



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“TUMOR EPITELIAL DE OVARIO BORDERLINE UNILATERAL MÁS
EMBARAZO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Viña Castillo, Carolina Felisa

Tutor: Dr. Narváez Rosero, Ramiro Oswaldo

Ambato – Ecuador

Julio 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de caso Clínico con el tema: **“TUMOR EPITELIAL DE OVARIO BORDERLINE UNILATERAL MÁS EMBARAZO”**, De Viña Castillo Carolina Felisa, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato Mayo 2015

EL TUTOR:

.....

Dr. Narváez Rosero, Ramiro Oswaldo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis de caso clínico: “**TUMOR EPITELIAL DE OVARIO BORDERLINE UNILATERAL MÁS EMBARAZO**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, mayo 2015

LA AUTORA

.....
Viña Castillo, Carolina Felisa

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este análisis de Caso Clínico o parte de un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi análisis de caso Clínico 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 Mayo 2015

LA AUTORA

.....
Viña Castillo, Carolina Felisa

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico, sobre el tema **“TUMOR EPITELIAL DE OVARIO BORDERLINE UNILATERAL MÁS EMBARAZO”** Elaborado por Viña Castillo Carolina Felisa egresada de la Carrera de Medicina.

Ambato, Julio 2015

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE /A

.....
1er VOCAL

.....
2 do VOCAL

DEDICATORIA

A las madres “Madre” una palabra sencilla de escritura pero con significado invaluable, a ellas por ser las encargadas de mantener la raza humana por encima de su dolor y que aun en las peores situaciones siguen siendo sinónimo de amor, en especial a mi madre quién con cada sacrificio, ejemplo, inspiró en mí la perseverancia, para llegar aquí y convertirme en lo que ahora soy. Con esta investigación pretendo gratificarlas ya que servirá de modelo en casos similares que posiblemente con la bendición de Dios lleguen a un mejor desenlace.

A todos mis pacientes sean grandes o chicos, hombres o mujeres, colaboradores o apáticos, a ellos a quienes les debo tanto por recordarme siempre que la formación profesional es académica pero más humana.

Viña Castillo, Carolina Felisa

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento es uno de los sentimientos más sublimes que el humano pueda experimentar, al recordar quienes contribuyeron en mi logro actual miles de situaciones cruzan por mí como una compleja película de manera fugaz, primero agradezco a Dios por mi vida y la vida de quienes forman parte de este triunfo.

A mi madre por ese inigualable espíritu que nunca escatimó el esfuerzo y se centró en la tarea de ver bien y felices a todos sus hijos. A ella por ser tan incondicional y desprendida si de mí bienestar se trataba.

A mis hermanos quienes iniciaron este viaje junto a mí y durante el camino con cada ejemplo y enseñanza tejieron un baúl de fortalezas para mi defensa en el campo de la vida y el estudiantil.

A mis amigos, los hermanos que elige el corazón, por el cariño y acogimiento brindado en esta tierra inicialmente extraña sin procurar cambios a pesar de las diferencias.

A mis docentes, a los buenos y malos, todas las situaciones son una forma de aprendizaje, dichas pedagogías tan propias de cada uno nos hicieron camaleónicos, forman profesionales competentes y combatientes. Un agradecimiento especial a mi tutor Dr. Ramiro Narváez, Descartes decía que daba todo lo que sabía por la mitad de lo que ignoraba una forma simple de explicar lo valioso que es el conocimiento, compartirlos con otros a cambio de una remuneración no le quita su valor, mucho menos si lo haces sin ninguna, gracias tutor por su cordial solidaridad.

A todas las casas de salud especialmente al Hospital Regional Docente Ambato y el Hospital IESS Latacunga con cada uno de sus pacientes por darme la oportunidad sin conocerme, de emprender este viaje de resistencia donde la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas serán en su honor y para su beneficio.

A la Universidad Técnica de Ambato una casa educativa que alberga la ilusión de miles de jóvenes listos para estallar y a los cuales defienden armoniosamente mejorando cada día más.

Mi efusivo saludo de estima y consideración a los miembros del tribunal.

Fraternalmente

Viña Castillo, Carolina Felisa

INDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iv
ACEPTACION DEL COMITÉ.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.	vii
ÍNDICE GENERAL.....	x
RESUMEN.....	ix
SUMMARY.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	4
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	16
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADA.....	23
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	26
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	34

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

**“TUMOR EPITELIAL DE OVARIO BORDERLINE UNILATERAL +
EMBARAZO”**

Autora: Viña Castillo, Carolina Felisa

Tutor: Dr. Narváez Rosero, Ramiro Oswaldo

Fecha: Ambato, Mayo del 2015

RESUMEN

El manejo de una gestante con masa anexial gigante es un reto para el Ginecólogo. En este escrito hablamos de una Trabajadora agrícola joven que en su tercera gesta presenta dolor abdominal debido a una masa gigante que se observaba a nivel de epigastrio acude inoportunamente a la casa de salud lo que complicó aún más su tratamiento y por lo tanto aumenta la morbilidad materno-fetal. Los tumores “Borderline” originados del epitelio de este órgano tienen un comportamiento biológico intermedio entre las lesiones malignas y benignas del ovario, según la FIGO el subtipo mucinoso se presenta con una frecuencia del 20% de este tipo de tumores, es raro encontrar su aparición en una gestante por lo tanto su manejo es complicado empezando por el diagnóstico de malignidad o benignidad lo que retrasa la toma de decisiones, si bien es cierto su diagnóstico definitivo es con el Histopatológico, existen índices de riesgo de malignidad el más conocido es el de Jacobs que da una puntuación al ultrasonido de acuerdo a la valoración de varios parámetros característicos del tumor, el valor del Ca-125 y si cursa la pre o postmenopausia si el resultado es mayor de 200 se lo califica como altamente sugestivo de malignidad, el uso del Ca-125 en gestantes es controversial puesto que su propia condición “embarazo” altera los valores. El tratamiento inicial

siempre será quirúrgico extirpando todo lo dañado a la visibilidad, la elección quirúrgica de nuestra paciente fue una Anexectomía Derecha y tiene que haber seguimiento independientemente del resultado. El Tumor Epitelial de Ovario Borderline unilateral tipo Mucinoso tiene buen pronóstico, el más asociado a malignidad es el papilar microinvasivo.

PALABRAS CLAVES: TUMOR_EPITELIAL, DE OVARIO_BORDERLINE UNILATERAL, EMBARAZO, ANEXECTOMÍA DERECHA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

**"BORDERLINE OVARIAN TUMOR SKIN UNILATERAL +
PREGNANCY"**

Author: Viña Castillo Carolina Felisa

Tutor: Dr. Ramiro Narváez

Date: Ambato, Mayo del 2015

SUMMARY

The management of a pregnant woman with adnexal mass is a huge challenge for the gynecologist. In this paper we talk about a young farm worker in his third quest has abdominal pain due to a giant mass was observed at the level of epigastric go amiss home health which further complicated their treatment and therefore increases the morbidity and mortality maternal-fetal. The tumors originated "Borderline" the epithelium of this body have a biological behavior intermediate between malignant and benign ovarian lesions, according to FIGO mucinous subtype occurs with a frequency of 20% of these tumors is rare to find an appearance in a pregnant thus its handling is difficult starting with the diagnosis of malignancy or benignidad delaying decisions, albeit its definitive histopathological diagnosis is there risk indices of malignancy best known is that of Jacobs gives a score to ultrasound according to the assessment of several characteristic parameters of the tumor, the value of Ca-125 and whether the pre or postmenopausal courses if the result is greater than 200 qualifies as highly suggestive of malignancy, the use Ca-125 in pregnant women is controversial because their condition "pregnancy" alter the values. Initial treatment is always surgical removing all damaged visibility, surgical choice of our patient was a

adnexectomy Right and must have tracking regardless of the outcome. Ovarian Epithelial Tumor unilateral Borderline mucinous has a good prognosis, most associated with malignancy is the papillary Microinvasive.

KEYWORDS: OVARIAN EPITHELIAL TUMOR UNILATERAL BORDERLINE, PREGNANCY, RIGHT OOPHORECTOMY.

INTRODUCCIÓN

La Ginecología viéndola superficialmente es la ciencia de la mujer pero cuando uno se enfrenta a cualquiera de sus patologías se asume la responsabilidad de 2 vidas madre e hijo presentes o futuros, priorizar no es admitido hasta que existan puntos críticos en donde el riesgo-beneficio ayuda a tomar una decisión.

Los tumores “borderline” fueron descritos por vez primera en 1929 por Taylor e incluidos en la clasificación de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) en 1971, fue el que introdujo el término de “semimalignos”, que en la actualidad no se acepta. En 1970, Russel usó la terminología de “tumor proliferativo atípico”. En 1973, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los denominó por primera vez como tumores de bajo potencial maligno y fue en el año 2003 que la OMS les dio el nombre de tumores “borderline” o de bajo grado de malignidad, terminología utilizada actualmente para designar a estos tumores originados del epitelio de este órgano y tienen un comportamiento biológico intermedio entre las lesiones malignas y benignas del ovario dice MSc. Dr. Osvaldo Barrios Viera, Lic. Judith Cabrera González (2014).

Según la FIGO los Tumores de Ovario Epiteliales se clasifican en: tumores serosos (50%), tumores mucinosos 20%, tumores endometrioides 20%, tumores de células claras 10%, tumores de células transicionales, tumores de células escamosas, tumores epiteliales mixtos, carcinomas indiferenciados 5%.

A su vez, la frecuencia de tumores o masas anexiales que coinciden con la gestación se ha reportado 1 en 1.000 embarazos. Las mujeres con mayor riesgo de desarrollar esta neoplasia son la nulíparas que consuman anticonceptivos orales actuando también estos como factores protectores, hablar de su fisiopatología es hablar de genética también y su cuadro clínico suele ser silente-asintomáticos. En nuestro país no existen protocolos de manejo establecidos para estos casos, el uso de exámenes de imagen es limitado pos la condición de la paciente siendo el Ultrasonido utilizado como rutina en gestantes es el método principal de diagnóstico además de marcadores tumorales, principalmente el Ca-125 a pesar de que su utilidad es controversial en este tipo de tumores.

El tratamiento va guiado a la sospecha de malignidad o benignidad, paridad satisfecha o no y edad sin desmerecer la viabilidad fetal y su calidad de vida posterior.

Los tratamientos quirúrgicos son histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía, biopsias peritoneales múltiples y citología peritoneal. En caso de TBO mucinosos, se debe realizar también la apendicetomía.

Pueden producirse complicaciones durante la gestación, tales 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. La complicación del embarazo por cáncer es de rara coexistencia y representa un desafío para el obstetra dice Yasmely Sánchez U, etc (2013).

1.- “TEMA: TUMOR EPITELIAL DE OVARIO BORDERLINE UNILATERAL MÁS EMBARAZO”

2.- OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Proponer un manejo integral para gestantes con Tumor gigante de ovario a través del análisis y diferenciación de puntos claves con la fin de mejorar la morbimortalidad materna y fetal.

2.1.- Objetivos Específicos:

- a) 1.- Indicar factores de riesgo para el Desarrollo de Tumor de Ovario Borderline.
- b) 2.- Determinar todas las especialidades a intervenir en gestantes con Tumor gigante de ovario.
- c) 3.- Categorizar los niveles de atención que requiere una gestante con Tumor gigante de ovario.
- d) 4.- Analizar la toma de decisiones médicas en gestantes con Tumor gigante de ovario.
- e) 5.- Definir al Tumor de ovario Borderline y su implicación en el embarazo.
- f) 6.- Contrastar el tratamiento quirúrgico en una paciente nulípara, una multípara gestante y una primigesta.
- g) 7.- Establecer diferencias entre el manejo de nuestra paciente y lo que dicen las guías médicas actuales sobre el Tumor de Ovario Borderline en gestantes.

3.- PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 22 años de edad, mestiza, soltera, nace en Latacunga y reside en Lasso, analfabeta, trabajadora agrícola en una Florícola. Sin antecedentes patológicos y familiares de relevancia, en los hábitos menciona dieta rica en carbohidratos, equilibrada, miccional 3-4 veces/día, defecatorio 1 ves/día, no nicturia, sueño 5-6 horas/día reparador, medicamentoso ninguno, niega consumo de alcohol, tabaco o drogas, actividad alta por su ocupación laboral, exposición al humo de leña si desde la infancia a la actualidad. Dentro de los antecedentes ginecoobstétricos menarquia a los 11 años de edad, ciclos regulares cada 28 días +/-3 que al interrogatorio detalla, volumen, duración, color y fluidez con aparente normalidad, inicia su vida sexual a los 14 años, parejas sexuales 2, fecha de la última menstruación no especifica, alrededor de hace +/- 5 meses, cursa en su tercera gesta, partos cefalovaginales 2 ambos con producto masculino a término sin complicaciones, no requirieron internación, abortos ninguno, hijos muertos no, método de anticoncepción no usaba, periodo intergenésico 2 años, controles prenatales previos ninguno, vacunas previas si, hierro y ácido fólico no. Revisión actual de aparatos y sistemas sin patología aparente.

Es una madre soltera que vive junto a sus 2 niños y hermana en casa de adobe se niega hacinamiento, cría animales extradomiciliarios 2 perros, existen buenas relaciones familiares, es la encargada de la manutención del hogar, remuneración económica calificada como baja.

Paciente presenta Dolor abdominal con fecha real y aparente de +/- 5 meses con inicio insidioso de moderada intensidad tipo continuo localizada en epigastrio sin irradiaciones que empeora con la actividad física, no síntomas acompañantes, debido a cuadro clínico en mención, acude donde médico ocupacional de Florícola quién tras valoración clínica sugiere embarazo más masa abdominal y orienta a el servicio de Emergencias Ginecológicas del Hospital IESS Latacunga donde revaloran e ingresan.

Al examen físico:

General:

Signos vitales: Temperatura: 36,5 TA: 90/50 FR: 20 FC: 70

Medidas antropométricas: Talla: 1,51 kg Peso: 57 kg IMC: 25 kg/m²

Regional:

Apariencia general: Paciente consciente, hidratada, afebril, orientada en las 3 esferas, normotensa, biotipo constitucional nomosómico, fascies cloasma gravídico, gestante. Cabeza, cuello, cardiopulmonar no se encuentran hallazgos relevantes. Abdomen útero gestante con estrías, línea umbilico-pubiana hiperpigmentada, se palpa masa de +/- 18 cm llega hasta epigastrio, suave, no dolorosa que protruye con maniobra de vasalva, fondo uterino sobre el ombligo O + 2, feto único vivo de presentación dorso-longitudinal izquierda, frecuencia cardíaca 145 lpm, actividad uterina nula, movimientos fetales positivos. Genitales externos femeninos de multípara no se evidencian lesiones, anormalidades morfológicas, ni sangrados activos o secreciones, en historia clínica no se registra examen de mamas y tacto vaginal.

Paciente es hospitalizada con diagnóstico de embarazo más masa abdominal en estudio, para abrir camino y descartar orientando a un diagnóstico más preciso, al ingreso indican ultrasonido pélvico y ciertos exámenes de laboratorio extra a los de rutina en obstetricia, ver tabla 1,2 según corresponda, además de prescribir dieta general, control de signos vitales-frecuencia cardíaca fetal cada 6 horas y elaboración de parte físico y virtual por posibilidad de laparotomía exploratoria.

Imagen:

Tabla 1: Ultrasonido pélvico (26/10/14)

EXAMEN	RESULTADO
Ultrasonido pélvico	Eco pélvico que reporta edad gestacional de 24.1 semanas. Presencia de masa de aproximadamente 18x11x19 cm. Volumen 207 cc que ocupa todo el hemiabdomen superior hallazgo que sugiere la posibilidad de cistoadenocarcinoma seroso.

Fuente: Exámenes Sistema AS-400 Hospital IESS Latacunga Elaborado por: Carolina Viña

Laboratorio:

Tabla 2: Exámenes de rutina en obstetricia más marcador tumoral (26/10/14)

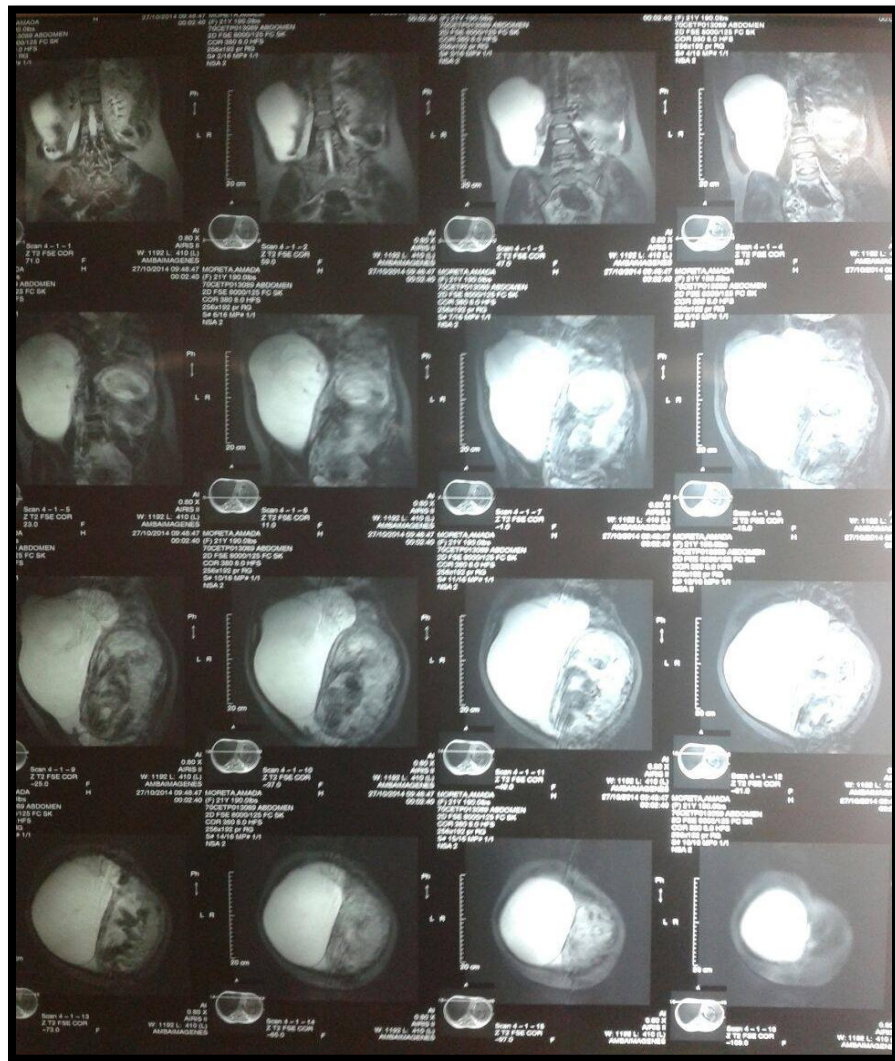
B IOMETRÍA HEMÁTICA	
PARAMETROS	RESULTADO
Glóbulos rojos	3.92
Leucocitos (WBC)	6.35
Hemoglobina (HGB)	12.8
Hematocrito (HCT)	35.9
Plaquetas	234.000
Neutrofilos %	70.7
Eosinófilos %	0.2
Basófilos %	0.2
Monocitos %	5.4
Linfocitos %	23.5
VCM	91.6
HCM	32.7
CHCM	35.7
VPM	11.2
GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	

Grupo	O
Factor	Rh+
QUIMICA SANGUÍNEA	
Glucosa	63
Urea	12
Creatinina	0.4
REACCIONES SEROLÓGICAS	
VDRL	Negativo
HIV	Negativo
TIEMPOS	
TP	10.4
TTP	29.1
INR	0.94
MARCADOR TUMORAL	
Ca-125	25,87u/ml

Fuente: Exámenes Sistema AS-400 Hospital IESS Latacunga Elaborado por: Carolina Viña

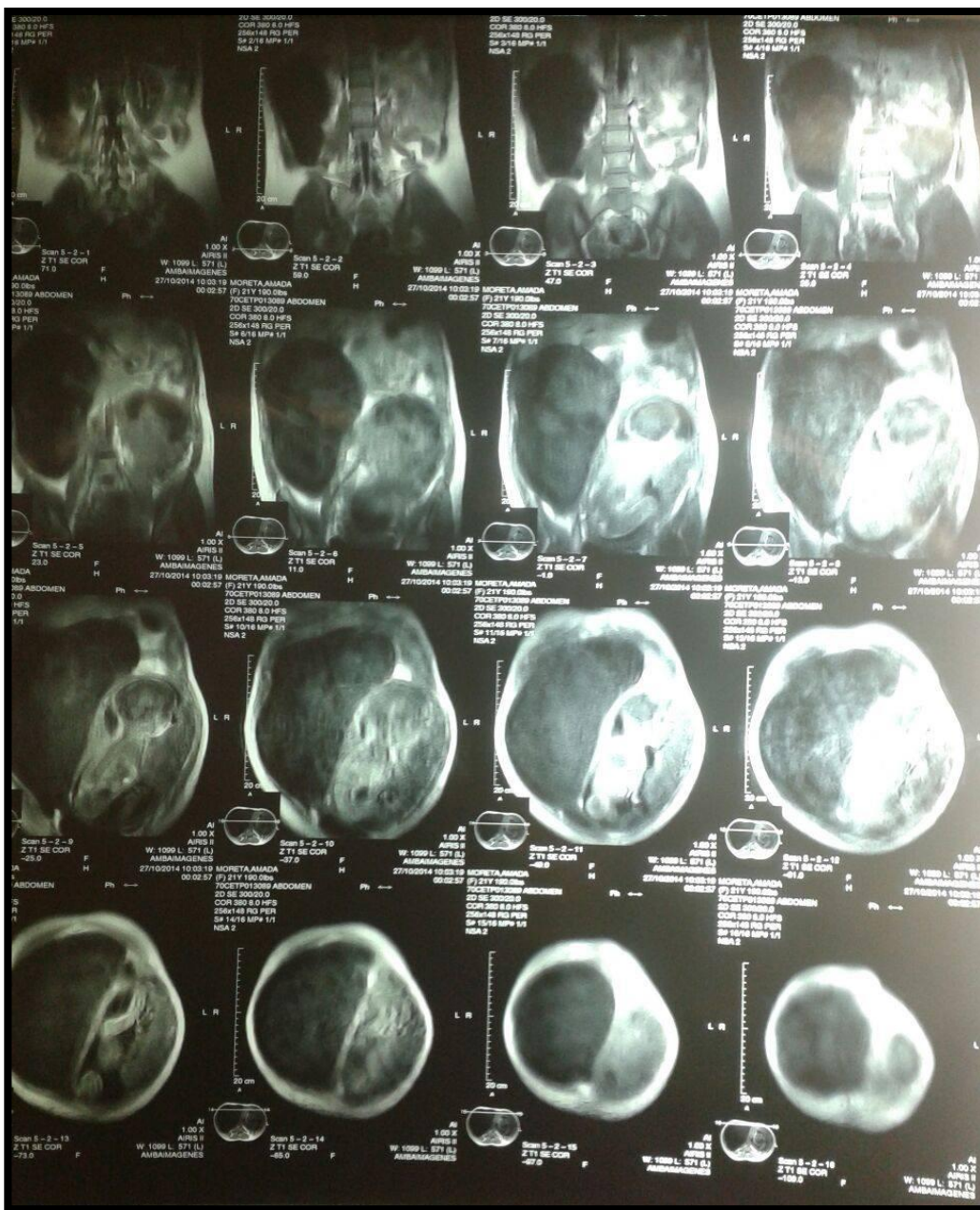
Al día siguiente tratantes del servicio **suspende cirugía** y precisan realizar resonancia magnética antes de intervención alegando delimitar el tumor ver figura 1 y 2.

Figura 1. RMN Abdominopélvica (27/10/14)



Fuente: Paciente Tomada por: Dra. Lilian Fiallos

Figura 2. RMN Abdominopélvica (27/10/14).



Fuente: Paciente Tomada por: Dra. Lilian Fiallos

La Cirugía no se realiza pero deciden mantener a paciente hospitalizada para monitoreo y maduración pulmonar fetal por comorbilidad y 1 semana después solicitan ECO abdominal y pélvico de control ver tabla 3.

Tabla 3. Ultrasonido Abdomino-pélvico (1/11/14)

EXAMEN	RESULTADO
Ultrasonido abdomino-pélvico	Hígado de parénquima conservado vesícula biliar y vías biliares sin patología, riñones bazo páncreas sin patología. Desde el mesogastrio al epigastrio presencia de lesión anecogénica quística de aproximadamente de 218 x 137 x 210 mm con un volumen de 280 cc. En su interior imagen quística septada. Flujo doppler periférico. Útero gestante con feto vivo único posición variable con movilidad y actividad cardiaca 149 Lpm. placenta anterior grado 0 la en volumen conservado. Cérvix cerrado. ID. embarazo de 25 semanas/masa paraanexial derecha/cistadenoma.

Fuente: Exámenes Sistema AS-400 Hospital IESS Latacunga Elaborado por: Carolina Viña

Deciden transferir a la paciente al Hospital del IESS Carlos Andrade Marín considerando la posibilidad de necesitar atención de tercer nivel por parte de oncología y UCI neonatal , donde ingresan para continuar en observación hasta obtener viabilidad fetal, manifiestan que si empeora cuadro se procederá a puncionar quiste para descompresión y si esto no resulta posibilidad de laparotomía. Las indicaciones fueron: dieta general, CSV-C/AU-CMF, reposo relativo, NST QD y PRN, calcio 1 TAB VO Q D, hierro 1 TAB VO QD, ácido ascórbico 1 TAB VO QD, PBF QD, valoración por Nutrición y Oncología.

Oncología en obstetricia norte sugiere generar una nueva valoración en cuanto se disponga de resultado de estudio histopatológico que reporte malignidad.

Nutrición califica que su IMC de 26 kg/m² como normopeso para su edad gestacional, valores de hemoglobina y glucosa conservados para su condición, según anamnesis alimentaria consume dieta hospitalaria con normalidad, no tiene episodios de vómitos, nauseas, diarreas o estreñimiento, sus reservas grasas se encuentran conservadas manteniéndose indicaciones previas.

Se hicieron además durante su hospitalización otros ultrasonidos de control para valorar compromiso y crecimiento de tumor.

Logran mantener el embarazo hasta la semana 31,1 de gestación donde se inicia un cuadro clínico de disnea, aumento del dolor y dificultad para la deambulacion, resuelven hacer

inicialmente laparotomía que cambian a cesárea más anexectomía derecha en último momento en documento médico legal no se registra motivo.

Bajo anestesia raquídea colocan sonda y realizan incisión media de aproximadamente 15 cm con los siguientes hallazgos:

1. Abdomen gestante mayor a edad gestacional, se palpa masa en hemiabdomen derecho.
2. Útero gestante, acorde a edad gestacional.
3. Líquido amniótico claro sin grumos
4. RN femenino, vivo, peso 1790 g, talla 40 cm, PC 30,5 cm, PB 8,5 cm, APGAR 8-9.
5. Masa anexial dependiente de ovario derecho aproximadamente de 50 cm de diámetro, contenido líquido, componentes hemorrágicos, aproximadamente 500 cc, a pedículo torcido, que ocupa gran parte de la cavidad abdominal.
6. Líquido ascítico libre en cavidad aproximadamente 300 cc.
7. Anexo izquierdo de características normales
8. Sangrado aproximadamente 700 cc.
9. Material blanco completo según enfermería.

Posterior a la cirugía piden biometría hemática de control, PCR, procalcitonina y masa es enviada a histopatología para estudio, se exponen los siguiente resultados, ver tabla 4 y 5.

Además indican antibioticoterapia con Ampicilina intravenosa cada 6 horas, analgesia con Ketorolaco TID, protección gástrica con Ranitidina y enzimas digestivas.

EL reporte histopatológico de la masa anexial derecha a los 15 días reporta un Tumor Mucinoso Proliferativo Atípico, bordes libres, trompa sin alteraciones, también es denominado Tumor Borderline de ovario unilateral, ver tabla 5 y figura 3. En los registros Médicos del sistema AS400 hasta la fecha no se evidencian nuevos controles de la paciente por parte de Ginecología y mucho menos de Oncología.

Tabla 4. Exámenes de laboratorio postquirúrgicos (15/11/14)

B IOMETRÍA HEMÁTICA	
PARAMETROS	RESULTADO
Glóbulos rojos	3.32
Leucocitos (WBC)	10.49
Hemoglobina (HGB)	10.0
Hematocrito (HCT)	29.6
Plaquetas	250.000
Neutrofilos %	86.7
Eosinófilos %	1.3
Basófilos %	0.2
Monocitos %	7.7
Linfocitos %	35.0
VCM	90.5
HCM	30.5
CHCM	33.7
VPM	11.0
Procalcitonina	0.04
PCR cuantitativo	0.29

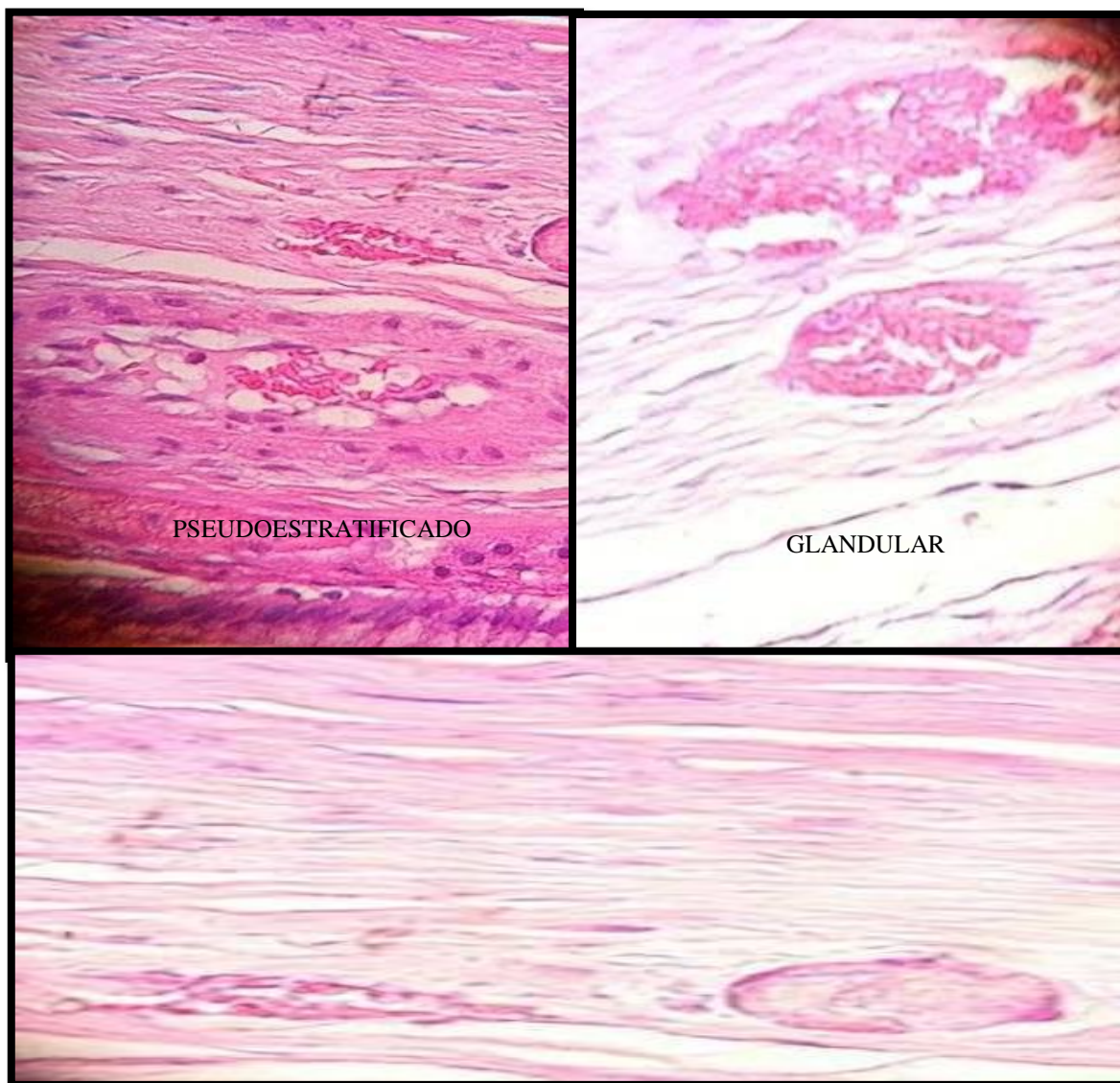
Fuente: Exámenes Sistema AS-400 Hospital IESS Latacunga Elaborado por: Carolina Viña

Tabla 5. Reporte histopatológico de masa anexial derecha.

EXAMEN	RESULTADO
<p>Histopatológico</p> <p>Masa anexial derecha</p>	<p>Quieste anexial derecho a “ pedículo torcido ” se recibe: formación quística de 5500 g, que mide 33 x 30 x 1 5 cm, superficie externa lisa, rosada, surcada por finos vasos, con una solución de continuidad de 10 cm con grapas de sutura, adyacente a la cual se identifica trompa uterina de 11 x 0. 6 cm, de serosa lisa violacea y luz virtual al corte salida de líquido cetrino de aspecto mucoso, la superficie interna es lisa rosada surcada por finos vasos en la cual se identifica una formación quística multiloculada de 15 x 10 x 5 cm y al corte hay salida de material mucinoso, que presenta pedículo de 3 x 3 cm, en la pared quística se identifica una formación multiloculada de 10 x 6 x 2 cm y a l corte presenta salida de líquido mucinoso. Se rotula:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Formación quística pediculada 6 c 2- Pedículo 3 c 3- Formación quística de pared 4 c 4- Pared quística 5 c 5- trompa uterina 1 c <p>Microscópico: Los cortes muestran pared multilocular revestido por epitelio de tipo endocervical like constituido por células con atipia leve a moderado con pseudoestratificación y algunas mitosis formando estructuras papilares e inclusiones glandulares, además se aprecia áreas de necrosis y hemorragia. Pared de trompa sin alteraciones. Estudio de inmunohistoquímica: KI67: 35% P53: negativo</p> <p>Cirugía: Anexectomía derecha</p> <p>Diagnóstico: Tumor Mucinoso Proliferativo Atípico, bordes libres, trompa sin alteraciones</p>

Fuente: Patología Sistema AS-400 Hospital IESS Latacunga Elaborado por: Carolina Viña

Figura 3: Tumor epitelial de ovario Borderline tipo Mucinoso.



Fuente: Histopatología Hospital del IESS Carlos Andrade Marín Elaborada por: Carolina Viña Tomada por: José Luis Gallegos

Se refiere evolución postquirúrgica favorable para la madre, mamas aumentadas de volumen, turgentes, secretantes, involución uterina adecuada, sangrado genital escaso y normotensa por lo que dan de alta con el diagnóstico de Postcesárea de 48 horas más Anexectomía Derecha más Recién Nacido Vivo Prematuro Extremo más Tumor Epitelial De Ovario Borderline Unilateral, no así para el neonato que por Prematuridad Extrema y

Riesgo Metabólico es colocado inmediatamente en incubadora luego ingresado a UCI de neonatología por 4 semanas más debido a Síndrome de Distrés Respiratorio, envían a casa junto con su madre con signos de alarma para 2 semanas después presentar dificultad respiratoria, van a centro de salud de Lasso dan primeros auxilios, entuban y transfieren al Hospital IESS de Latacunga a la llegada se observa neonato cianótico con bajo peso y marcada dificultad respiratoria entra en paro cardiaco por dos ocasiones se da reanimación cardiopulmonar que inicialmente es satisfactoria para horas después con nuevo compromiso hemodinámico fallece un 24/12/14 a las 15:30 horas pm.

4.- ANÁLISIS DEL CASO

4.1.- Discusión de caso clínico:

El hallazgo de masas anexiales durante el embarazo es excepcional; la incidencia reportada es del 2 al 5% es decir de 1:18.000 a 1: 47.000 embarazos.

Ciertos factores como cursar por su tercera gesta a los 22 años de edad siendo madre soltera, no utilizar anticoncepción, desconocer su fecha específica de última menstruación y acudir a su primer control a las 24,1 semanas de gestación solo por el dolor abdominal dejan claro su descuido, por irónico que suene, esto no es un riesgo mayor para el desarrollo de este tipo de tumores hallados por lo general en la cuarta década de vida, en un estudio realizado en Suecia se evaluaron los factores de riesgo los resultados mostraron que las mujeres multíparas tenían menor riesgo de desarrollar tumor borderline en comparación con las mujeres nulíparas. Los autores encontraron, por otro lado, la lactancia como un factor de protección. Sin embargo, al contrario que éste último, el uso de anticonceptivos orales no fue un factor protector contra el desarrollo de TBO dicen Ritman T. y Col (2010).

En los artículos buscados encontré una similitud, ninguno nombraba a la ocupación y al nivel socioeconómico como factores de riesgo. Si descomponemos el rol de una trabajadora agrícola Florícola notaremos que está expuesta a productos químicos peligrosos: plaguicidas, fertilizantes, antibióticos, también a agentes tóxicos o alergénicos como ciertas plantas, flores, polvos, desechos animales, guantes (cromo), aceites Safework (2011).

Sabemos que muchas de estas sustancias pueden ser agentes cancerígenos especialmente los arsenicales y los herbicidas fenoxi-acéticos. Además están propensas a presentar otras enfermedades principalmente parasitarias y micóticas por el manejo de la tierra, porque no mencionar a la Yersinia una bacteria que puede vivir en la suelo durante muchos años, si a este panorama le sumamos el hecho de trabajar con maquinaria peligrosa, requerir esfuerzo físico se transforma en un ambiente no apto para una gestante. Las trabajadoras agrícolas, como muchos otros trabajadores rurales, presentan una alta frecuencia de lesiones y de enfermedades sin tener un acceso adecuado a los servicios de salud. En su gran mayoría casi no poseen educación, formación o información sobre los riesgos relacionados con sus trabajos. Las condiciones de trabajo a las que ellas se enfrentan, tienen serias repercusiones

sobre el embarazo. El riesgo de interrupción del embarazo, de un parto prematuro o de un aborto espontáneo ha sido directamente relacionado con el trabajo en microclimas de invernaderos y con la exposición a plaguicidas. Si hilamos todo notaran que el nivel de educación y socioeconómico junto con residir en una zona rural tienen relación con el trabajo agrícola lo que determina todas estas situaciones de peligro para una mujer gestante por lo tanto no pueden pasar como inadvertidas y entrar en el grupo de factores de riesgo también.

Las patologías relacionadas con lo mencionado se incluyen dentro de los accidentes más frecuentes en agricultura.

Cada unidad debe conocer bien su capacidad de resolución para detectar de forma oportuna signos de alarma y referir al nivel correspondiente. Un embarazo que cursa aparentemente dentro de la normalidad podría llevar sus controles en el primer nivel de salud, pero un embarazo más una masa abdominal es algo que no les compete, con nuestra paciente se tomaron las escalas pertinentes terminando en el tercer nivel Hospital de especialidades Carlos Andrade Marín por sospecha de necesidad de Oncología y UCI neonatal área con la cual no contaban el IESS de Latacunga. Sin embargo no hubo una detección oportuna del embarazo de alto riesgo por parte del primer nivel de salud, tanto del Centro de salud de Lasso como por parte del Médico ocupacional de su empleadora.

Si extrapolamos lo expuesto su descuido pasa a ser una condición sujeta a su desconocimiento/analfabeta y necesidad, es madre soltera de 2 niños a los que tiene que mantener, su ausencia de instrucción y cultura la obliga a trabajar en lo único que sabe “la agricultura” a pesar del esfuerzo que requiere para cualquiera peor para una gestante y de los horarios exigentes e inapropiados, ahora habría alguien mas por quién luchar y prefiere el trabajo a los controles médicos por miedo a perder su puesto, lo que me hace cuestionar el trabajo del personal Médico, recursos humanos, trabajadora social de estas instituciones que deben informar a la paciente que acceder a controles médicos es su derecho y no será removida de su cargo.

Considero que en la historia clínica la anamnesis de los antecedentes ginecoobstétricos está completa y brinda todos los datos que sirven para encaminar a un diagnóstico, mientras que en el examen físico no se registra el de mamas indispensable en la revisión

ginecoobstétrica, inicialmente ayuda en el diagnóstico por los cambios fisiológicos que se producen como la hiperpigmentación del pezón y areola o la aparición de los corpúsculos de Montgomery según la semiología de Carlos Guarderas.

Patológicamente existen ciertas malformaciones como el pezón invertido que si no es reconocido a tiempo habrán complicaciones posteriores como mastitis y un bebe con lactancia insuficiente o sin ella.

El tacto vaginal es un examen incomodo pero de gran utilidad en nuestra paciente nos hubiera brindado datos de los anexos.

El no detallar bien las características de la masa abdominal puede resultar contraproducente, debido a que ciertos particulares se relacionan más con benignidad o malignidad es así que una masa fija de gran tamaño con superficie irregular y bordes no definidos se inclinan más por la malignidad obviamente confirmada con métodos de imagen siendo el ultrasonido la primera opción.

La diferenciación clínica entre un quiste de ovario borderline, benigno o maligno es difícil según Patrono María Guadalupe, Minig Lucas, etc (2014). Muchos métodos diagnósticos de masas anexiales han sido reportados, tales como ultrasonografía abdominal y transvaginal, ultrasonografía 3D, 4D y Doppler, así como marcadores tumorales. Sin embargo ninguno de estos métodos usados individualmente han mostrado significativamente un mejor rendimiento en detectar tumores malignos de masas anexiales clínicamente dice Carlos A. James García (2012). Para mejorar resultados crearon índices de riesgo de malignidad de masas anexiales y así incorporar esquemas de manejos quirúrgicos por los servicios de Ginecología y Oncología Ginecológica adecuadamente. Los IRM (índice de riesgo de malignidad) se calcula a partir del puntaje ultrasonográfico (U) de acuerdo a los parámetros que valora (ver anexo 1, 2, 3), el estado menopáusico (M) y los niveles séricos del Ca 125, obteniendo la siguiente ecuación mediante el producto: $IRM = U \times M \times CA\ 125$. Posteriormente le agregaron un nuevo parámetro: el diámetro tumoral mayor (D) obteniendo la fórmula: $IRM = U \times M \times CA\ 125 \times D$, y demostró que este nuevo IRM tiene mejor precisión que usando sólo los tres parámetros anteriores, valor mayor a 200 es altamente sugestivo de malignidad y requerirá manejo del Oncólogo III Nivel menor de 200 se queda en segundo nivel y será atendido por el Ginecólogo.

Al principio este índice se describió para mujeres postmenopáusicas y posteriormente algunos otros estudios en todas las edades pero con poblaciones pequeñas, no se encontraron artículos sobre su cálculo en mujeres embarazadas ya que los marcadores tumorales no tienen mucha utilidad, en cuanto al estado menopáusico se conoce que mujeres en condición premenopáusica tienen riesgo de embarazo siendo esta una de las mayores causas de madres jóvenes.

Nótese que en el primer ultrasonido se describe un volumen de 207 cc que en una semana aumenta a 280 cc, no solo es una masa grande sino que también crece rápido, el tumor ya debió haber estado ahí sin manifestarse y durante el embarazo por los cambios hormonales se desarrolló más, signos indicativos de malignidad, su peso final fue de 5500 gramos que mide 33x30x15 cm con un producto femenino de 1790 gramos de peso. En un estudio de cohorte el tumor con peso máximo fue de 5800 benigno seguido de uno de 3600 maligno (carcinoma embrionario) el producto peso 1370 y nació a las 34 semanas Ana Cristina Arteaga-Gómez (2010). El neonato de nuestra paciente tuvo un peso adecuado para la edad gestacional a pesar de su mayor prematuridad y tamaño de la masa en relación con lo mencionado en el estudio de cohorte, logro atribuido a una buena nutrición y al control diario de la irrigación neonatal con perfil Biofísico, un buen peso baja el riesgo metabólico.

No me fue permitido sacar el IRM porque en ningún ultrasonido se describe los parámetros para obtener la puntuación a pesar de que el primero reporta Diagnóstico de Cistoadenocarcinoma Seroso. La decisión de realizar un RMN abdominopélvica fue apropiada, este método diagnóstico al igual que el ultrasonido no representa daño para el feto y brinda datos más específicos, necesario en nuestra paciente ya que en sus reportes no hablaban sobre las delimitaciones, su papel en ginecología, especialmente en el campo de la ginecología oncológica, ha ido adquiriendo una creciente importancia durante las dos últimas décadas. En el momento actual existe una sólida evidencia científica que apoya su uso en la patología pélvica tumoral, inflamatoria y malformativa. Además se considera una alternativa diagnóstica complementaria cuando el ultrasonido no suministra toda la información de la patología materna o fetal. Durante el embarazo puede evaluar y caracterizar lesiones anexiales y en pacientes con lesiones neoplásicas malignas ayuda a un

adecuado estadiaje. También es muy útil en la evaluación de la imagen fetal según Delgado Jorge A; Llano, Juan F; Pulgarin, Luis G. (2010).

Ante la sospecha de malignidad de cualquier masa de origen ovárico se solicita el marcador tumoral CA-125 que puede estar elevado en más de la mitad de las pacientes con TBO, sin embargo estudios reciente determinaron que el Ca-19-9 se relaciona con TOB Mucinosos y el Ca-125 con los serosos, solicitar los dos permite descartar y adelantarnos al reporte Histopatológico que da el diagnóstico definitivo, incluso en la toma de decisiones puesto que los TBO Mucinosos no suelen evolucionar a malignidad. Los niveles en plasma se consideran normales si son menores de 30-35 unidades/ml dice Shirley Vivian Lamar Alzate (2010). El uso de los marcadores tumorales en gestantes es controversial está limitado porque en este estado se alteran sus valores; el CA-125 aumenta en el primer trimestre y la alfa-fetoproteína puede variar por complicaciones propias del embarazo (ver anexo 4); por eso no deben utilizarse para excluir un tumor y la decisión de intervenir quirúrgicamente expone Ana Cristina Arteaga-Gómez (2010).

Las gestantes experimentan un sin número de cambios fisiológicos entre ellos circulatorio, el aumento de la volemia y del volumen plasmático conduce a disminución del hematocrito y de la concentración de hemoglobina lo que explica el hematocrito de 35,9 y hemoglobina de 12,8 cuando esta desciende de 11 amerita tratamiento complementario. En el postquirúrgico la fórmula roja decrece debido a la pérdida aguda de sangre posterior al procedimiento. En cuanto a la fórmula blanca postparto/cesárea sus valores se elevan esta no es alarmante en la primera semana mientras los leucocitos no pasen de 13000 en nuestra paciente no hay una leucocitosis tan marcada pero sí neutrofilia de 86.7%. En las evoluciones diarias no encontré signos y síntomas que justifiquen solicitar PCR y Procalcitonina lo cuales estaban dentro de parámetros normales, si bien es cierto estos exámenes de laboratorio no solo sirven para descartar infecciones, procesos inflamatorios o vigilar la respuesta antibiótica, existen un sin número de indicaciones entre ellas neoplasia menciona en su estudio González Fariña V (2014), pero el diagnóstico de neoplasia era evidente, la neutrofilia por la condición de embarazo y no se describen hallazgos sobre infección de herida quirúrgica así que los antibióticos estaban ejerciendo su efecto.

Una intervención quirúrgica se la puede utilizar como método de diagnóstico y tratamiento, al realizar una inspección cuidadosa de toda la cavidad abdominopélvica y para detectar la presencia de posibles implantes peritoneales una vez visualizado el tumor y sus compromisos orgánicos sabremos que extirpar. La cirugía constituye el tratamiento inicial de los TBO. Su principio es igualmente que el cáncer invasor extirpar toda la enfermedad macroscópicamente visible. Los Tumores Epiteliales de Ovario tipo Borderline se clasifican en: Tumor seroso, Tumor mucinoso, Tumor endometriode, Tumor mesonefroide (células claras) , Tumor de Brenner (carcinoma indiferenciado), Carcinosarcoma y tumor mesodérmico mixto.

La estadificación quirúrgica recomendada incluye histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral, omentectomía, biopsias peritoneales múltiples y citología peritoneal. En caso de TBO mucinosos, se debe realizar también la apendicetomía. Según los datos de la literatura, debe ser realizada principalmente en los subtipos serosos. Sin embargo, la mayoría de los autores lo recomiendan de forma rutinaria, independientemente del subtipo histológico del TBO. El tratamiento quirúrgico dependerá del estadio, satisfacción o no de la paridad y edad.

La cirugía realizada fue una anexectomía derecha, en la historia clínica no mencionan porque se cambió de laparotomía a cesárea, por las descripción en el estudio histopatológico asumo que se trató de una complicación “torsión del pedículo” al tratarse de una paciente Joven de apenas 22 años soltera estoy de acuerdo con el tratamiento elegido aunque no extirparon el apéndice como menciona la literatura, un tratamiento conservador suele llevar a una intervención quirúrgica en dos tiempos, justifico inclinación en el hecho de que podría formar un nuevo hogar y su pareja querría tener hijos y así lo puede. Uno de los parámetros para establecer el estadio es el estudio del líquido ascítico, en el protocolo operatorio dentro de los hallazgos se redacta haber encontrado 300 cc sin haberse realizado estudios posteriores para ver si existían células malignas o no, establecer un estadio así es arriesgado sin embargo guiándonos en que no se encontró nada en las trompas, los bordes estaban libres, y solo se presentó en un anexo me inclino por el estadio 1a (Tumor limitado a un ovario, “ supuesta” ausencia de células malignas en liquido ascítico, cápsula intacta, no extensiones), ver estadiaje completo según la FIGO en anexo 5.

El momento ideal para la intervención quirúrgica es de la semana 12 a la 16 de gestación. Pero la mayoría de la bibliografía coincidió que en sí hasta el segundo trimestre se puede intervenir ya que en este período la extirpación de cualquier lesión ovárica que involucre al cuerpo lúteo no causará aborto. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos fue la cirugía, la que no trajo consecuencias postoperatorias inmediatas y no alteró los resultados perinatales. Lo anterior nos confirma que planificar la cirugía después de las 12 semanas no trae complicaciones perinatales. el paciente en estudio acude a su primer control a las 24,1 semanas de gestación por un ECO recién hecho en esa primera consulta que no están seguro para valorar edad como lo es uno temprano, creyendo en ese reporte hacer una cirugía a esa semana sí hubiera sido factible esta justo en el límite del segundo trimestre, posterior a la intervención con los controles pertinentes para mantener el embarazo, se estudiaba la masa para saber el diagnóstico definitivo y así inmediatamente se continuaba el manejo según resultados, no operar en el momento ideal retraso el diagnóstico y aumento la posibilidad de mortalidad neonatal. Fundamento esto en base a los resultados pero cualquiera de las elecciones hubiera tenido riesgo, si no la operamos el tumor podría producir complicaciones tales como el impacto pélvico, la obstrucción al parto, torsión del pedículo ovárico, hemorragia en el tumor, rotura del quiste, infección, malignidad y daños al feto como compresión de vasos importantes, reducción de espacio, por la cual indicaron perfil biofísico diario; por el contrario si se daba la cirugía, varios autores mencionan amenaza de parto prematuro, infecciones, complicaciones intracirugía como hemorragia etc. El tiempo sigue siendo el factor clave.

Como desafío futuro está implementar la resolución de estas lesiones con laparoscopia ya que se ha demostrado no afectar los resultados perinatales, logrando menor tiempo de hospitalización y dolor post operatorio redacta en su estudio Mauricio Tapia M., etc (2010).

El manejo laparoscópico en masas anexiales benignas ha sido referido como seguro. También se ha asociado a una menor pérdida sanguínea, menores complicaciones postquirúrgicas, más corto tiempo de estadía hospitalaria y más rápida recuperación, en comparación con el manejo tradicional por laparotomía.

La remoción laparoscópica de masas anexiales malignas puede ser evitada con una cuidadosa selección prequirúrgica de la paciente. Si la evaluación antes del procedimiento

eleva la sospecha de malignidad, se deberá optar por realizar una laparotomía. La probabilidad de malignidad excluyen el manejo laparoscópico.

Se define quiste gigante como aquel que presenta un tamaño superior a 10 cm, algunos autores han limitado el abordaje laparoscópico a casos en los cuales la masa anexial es menor a lo expuesto.

Un gran quiste de ovario impone algunos retos para el cirujano que lo aborde por laparoscopia, como son: la insuflación y la inserción del trocar, que no deben ser realizados de la manera usual, por el riesgo de ruptura y el espacio disminuido por la compresión del quiste, lo cual hace la instrumentación más difícil e incrementa el riesgo de ruptura.

Aunque la remoción laparoscópica total es posible, existen reportes de técnicas combinadas para el abordaje de pacientes con masa anexial gigante. Se ha reportado la extracción de un quiste gigante, descomprimiéndolo por minilaparotomía y completando la ooforectomía por vía laparoscópica.

También se ha descrito el drenaje del quiste antes del procedimiento laparoscópico con un catéter suprapúbico, seguido por cistectomía laparoscópica.

Quito por ser la capital del país la mayoría de las instituciones públicas incluyendo las de salud tienen una concurrencia altísima muchas veces el personal de salud para disminuir los días de hospitalización y dar cabida a otros pacientes dan altas antes de tiempo, zona rural, bajo nivel socioeconómico el descuido de la madre, pensamiento condicionado, son alguno de los factores de riesgo que influyeron para que después de 2 semanas de alta el niño se descompensara tanto y muriera.

A lo largo del análisis se denota que este tipo de casos requerirán de un equipo multidisciplinario para un manejo integral (ver figura 4), ginecoobstetra, oncología, imagenología neonatología, nutricionista e histopatología nuestra paciente tuvo acceso a todos ellos y a pesar de eso existieron falencias, falleció el producto de la concepción, porque es difícil el diagnóstico y pintar los panoramas que puedan existir en el camino y futuro como se ha dicho por varias ocasiones, su complejidad requiere de una formación

práctica que sería algo adverso debido a la baja frecuencia de estos casos, con este trabajo espero aportar en algo.

Cuando se obtuvo el diagnóstico definitivo por parte de histopatología que reporta Tumor Mucinoso Proliferativo con atipia leve a moderada o también denominados tumores epiteliales de ovario “borderline” con células tipo endocervical like, pseudoestratificación y algunas mitosis formando estructuras papilares e inclusiones glandulares, además se aprecia áreas de necrosis y hemorragia, dentro de las características mencionadas encontramos algunas típicas de malignidad (atipia, pseudoestratificado, áreas de necrosis) otras tipo de tejido que podemos encontrar en estos tumores es el intestinal, antes ya por medio de la cirugía y el estudio macroscópico se estadifico como Ia, este a pesar de su buen pronóstico el seguimiento recomendado debe ser trimestralmente durante los primeros dos años, semestralmente del año 2 al 5 y debe continuar anualmente hasta los 15 años tras el diagnóstico inicial, pero el paciente en cuestión asevero que no le llamaron a control ni dieron planificación familiar y el sistema AS-400 no se registra en indicaciones de alta.

PRIMER NIVEL

MÉDICO GENERAL

MEDICO OCUPACIONAL

TAPS

SEGUNDO NIVEL

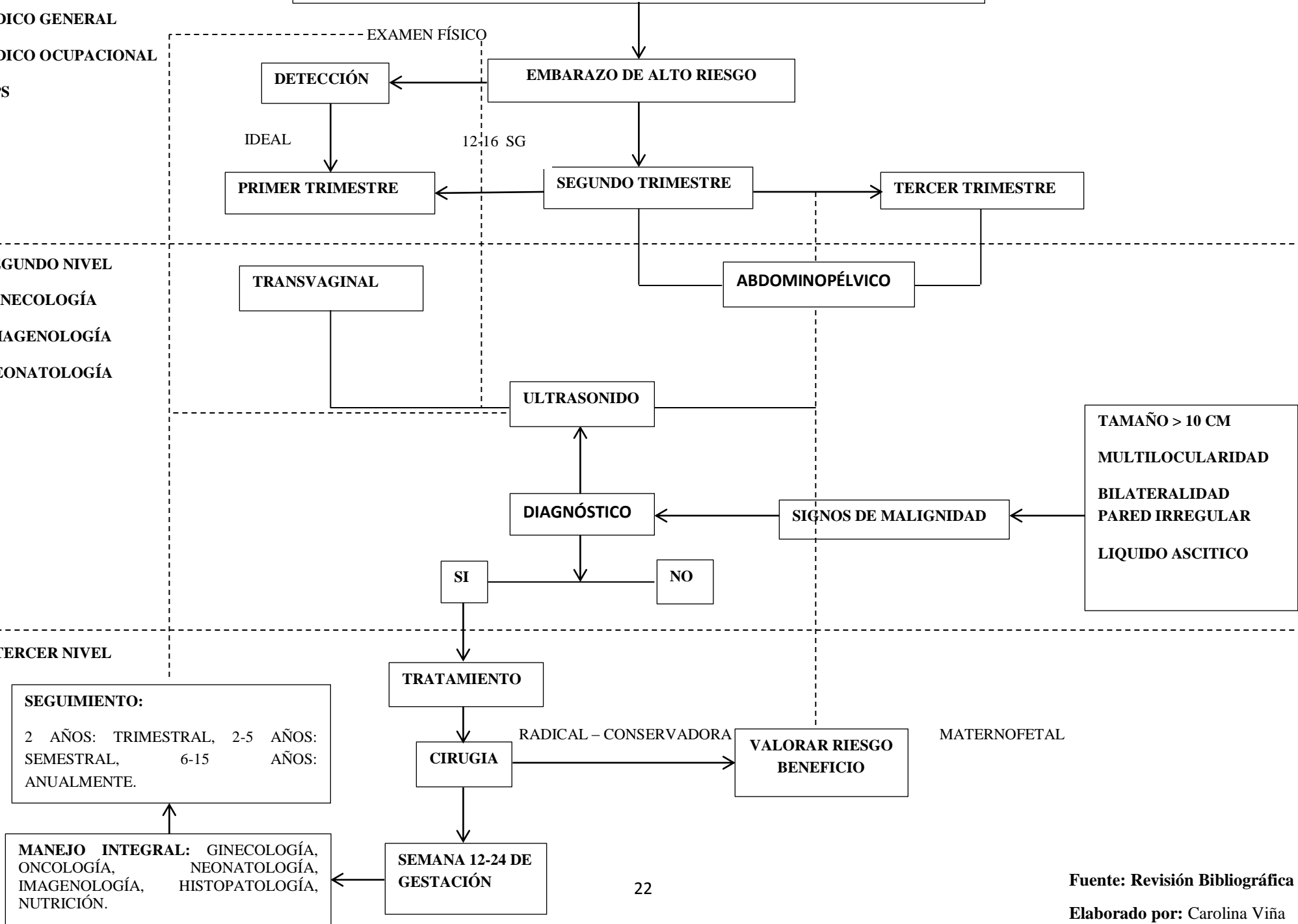
GINECOLOGÍA

IMAGENOLOGÍA

NEONATOLOGÍA

TERCER NIVEL

Figura 4: Manejo Integral de Tumor abdominal gigante más Embarazo



4.2 Factores de riesgo:

Nivel socioeconómico

Instrucción: Analfabeta

Estado civil: Soltera

Residencia en zona rural

Ocupación: Trabajadora agrícola

5.- DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADA

5.1.- Campo:

Médico – Hospital IESS Latacunga

5.2.- Fuentes de recolección:

Sistema AS400 del IESS Latacunga para acceder al historial médico completo de la paciente. La literatura dice que una historia clínica bien hecha aporta alrededor del 80% para un diagnóstico correcto y definitivo por lo tanto me base principalmente en eso, tomada del sistema AS400.

Internet, Libros, Artículos, revistas Médicas, Guías, manuales referente al tema físicas y virtuales.

5.3.- Documentos a revisar:

Epicrisis de transferencias y de alta, reporte de exámenes de imagen, parte operatorio físico, reporte de histopatología.

5.4.- Personas clave a contactar:

Conocedores del Tema (Doctores tratantes del área de Ginecología del Hospital IESS Latacunga).

5.5.- Instrumentos:

Entrevista directa a la paciente (historia clínica), computador, Internet, bolígrafo, papel, dinero, cámara fotográfica.

5.6.- IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:

No acude oportunamente a control médico.

En primer nivel de atención Médica no se detecta oportunamente embarazo de alto riesgo.

Paciente continúa trabajando en misma área de Florícola pese a su estado de gestante.

En historia clínica no se registra al examen físico tacto vaginal, examen de mama.

En historia clínica no se registra causa de cambio de Laparotomía a cesárea.

No se realiza laparotomía en segundo trimestre del embarazo, procedimiento seguro con bajo índice de amenaza y labor de parto pretérmino según la literatura mencionada, por lo tanto la masa creció demasiado impidiendo desarrollo adecuado del feto cuadro clínico empeora y se ven obligados a intervención quirúrgica obteniendo un neonato prematuro moderado que aumenta la probabilidad de morbimortalidad materna y neonatal.

Reporte de ultrasonido insuficiente.

No se envió para análisis a histopatología el líquido ascítico

Diagnóstico de benignidad o malignidad.

Alta médica sin planificación familiar en madre joven soltera con tres gestas que aún conserva anexo izquierdo.

Alta médica sin turno para control posterior en paciente que tuvo un Tumor gigante de ovario con comportamiento biológico intermedio entre las lesiones malignas y benignas.

6.- CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Detección oportuna de embarazos de alto riesgo en la zona rural.	<p>Capacitación sobre signos de alarma que ameriten referencia.</p> <p>Insistir más en el cumplimiento de las tareas del personal de salud en la zona rural (fichas familiares, visitas domiciliarias, mapas parlantes, etc).</p> <p>Derivación eficaz.</p>	A corto plazo	MSP	TAPS, Médicos rurales, Médicos ocupacionales de empresas agrícolas en zona rural, personal de enfermería.
Insistir en la planificación familiar	Aumentar y mejorar la calidad de promoción en salud sobre planificación familiar.	A corto plazo	MSP	Profesionales del Primer nivel de atención de salud.

Manejo integral de una gestante con masa abdominal en estudio.	Agilizar los trámites de reubicación de las trabajadoras agrícolas gestantes a una con menos exposición de riesgo para la salud o una de acuerdo a su condición.	A corto plazo	Estado, MSP, MA	Empresas agrícolas, Médicos ocupacionales, trabajadora social, psicólogo y recursos humanos de la empresa.
	Acceso oportuno a los servicios de salud necesarios. Discernir para decidir prioridades	A mediano plazo	MSP	Profesionales de los niveles II Y III de salud.
Intervención Quirúrgica a tiempo	Permitir a los tratantes capacitarse sobre las mejores opciones de diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones en paciente gestantes con tumor de ovario.	1 mes	MSP	Doctores ginecólogos, postgradistas o Médicos residente de Ginecología.
Garantizar seguimiento	Facilitar turno Informar al paciente beneficios y	A corto plazo	MSP	Profesionales de nivel III Y III según corresponda.

	riesgos			
Alta Médica oportuna	Descentralizar los servicios de Salud	A largo plazo	MSP	Todos los niveles de atención de Salud

7.- CONCLUSIONES:

1.- La resolución quirúrgica de las masas anexiales complejas durante el embarazo debe efectuarse sobre las 12 semanas período que da un margen de seguridad bastante amplio sin afectar la evolución del embarazo ni los resultados perinatales, en si se habla del segundo trimestre, posterior a eso se debe analizar riesgo-beneficio, criterios de cirugía según complicaciones y viabilidad fetal. Aconsejamos cautela y perseverancia en descartar lesiones malignas ya que la cirugía en esta etapa puede ser el tratamiento radical para lesiones pequeñas no invasoras.

2.- Los tumores gigantes de ovario durante el embarazo comprimen la cavidad pélvica, reducen el ambiente fetal se asocia a bajo peso al nacer y prematuridad.

3.- Una Gestante con Tumor Epitelial de Ovario Borderline requiere de la atención de un equipo multidisciplinario para un manejo integral de madre y feto.

4.- Existen otros factores de riesgo a parte de la Nuliparidad, los métodos anticonceptivos, no practicar la lactancia como lo son: la ocupación, el nivel socioeconómico y despreocupación, falta de información y/o comprensión (analfabeta), estado civil y residencia.

5. Una historia clínica bien hecha y redactada que recoja toda la información necesaria aporta el 80% para el diagnóstico.

6. El ultrasonido es un método diagnóstico sencillo con bajo costo que valora parámetros útiles para predecir malignidad o benignidad.

7. Existen Índices de riesgo de Malignidad que ayudan en la toma de decisiones que han comprobado tener buenos resultados con sensibilidad de 92% y especificidad del 86% como el Índice de Jacobs.

8. El Ca-19-9 es más específico que el Ca-125 en TEOB Mucinoso en mujeres no gestantes.

9. El Ca-125 y Ca-19-9 son marcadores tumorales útiles en no gestantes, en las que si lo están su uso es controversial puesto que su propia condición los hace alterar.

10. Todo Tumor Epitelial de Ovario Borderline Unilateral Mucinoso a pesar del estadio o buen pronóstico por sus características necesita seguimiento.

11. Si la paciente hubiera acudido antes la cirugía se hubiera hecho a tiempo habría la posibilidad de que el embarazo llegue a término o al menos prematuridad leve disminuyendo la probabilidad de mortalidad neonatal.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

1. Agudelo, J. S., Castillo, W., Barón, V. A. P., & García, F. (2001). Cistadenocarcinoma mucinoso gigante de ovario en el embarazo. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 52(3).
2. Arteaga-Gómez, A. C., Aranda-Flores, C., Márquez-Acosta, G., & Colín-Valenzuela, A. (2010). Tumor anexial y embarazo: diagnóstico y tratamiento. *Ginecol Obstet Mex*, 78(3), 160-167.
3. Calero, A. E. J. (2011). Estudio de las relaciones entre pesticidas organoclorados, ácidos grasos poliinsaturados y antioxidantes no enzimáticos presentes en la leche humana. Editorial de la Universidad de Granada
4. Carrillo guerrero, m. R., Alarcón Cedeño, t. D. R., & Bermeo Nicola, c. D. (2011). Anemia materna en el segundo y tercer trimestre del embarazo, en adolescentes mayores que acuden al área gineco-obstetricia de consulta externa del hospital básico Jaime Roldos Aguilera de la ciudad de ventanas de agosto del 2010-agosto 2011 (Doctoral Dissertation).
5. De Prada, C. (2012). LA EPIDEMIA QUÍMICA. Ediciones i.
6. Delgado, J. A., Llano, J. F., & Pulgarin, L. G. (2003). Resonancia magnética en obstetricia. *Rev. colomb. radiol*, 14(2), 1365-1372.
7. Lamar Alzate, S. V. (2013). Utilidad del índice de riesgo de malignidad en la valoración preoperatoria de las masas anexiales.
8. Mejía, S., Xovin, A., & Sajche, E. (2013). I. Presentación. Herederas ancestrales y sus demandas actuales, 75, 71.
9. Messen, A. L., & Funes, O. R. F. (1990). Tumores benignos de ovario. *Hondureña*, 14.
10. Pesaresi, M., & Jaraquemada, J. P. (2001). Emergencias gineco-obstétricas de resolución multidisciplinaria. *Patología de Urgencia Relato Oficial*, 9, 24-38.

11. Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *retina*, 1(6), 10-11.
12. Sánchez, Y., Urdaneta, J., Villalobos, N., Torres Nava, G., & Carrero, L. (2013). Cáncer de ovario en el embarazo: Reporte de un caso. *Revista chilena de obstetricia y gi Barrios Viera, O., & Cabrera González, J. (2014). Tumor mucinoso gigante de ovario de bajo grado de malignidad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(4), 414-419.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA

1. **PROQUEST:** Acinas, M. P. (2012, INTERVENCIÓN MÉDICO-PSICOLÓGICA CON PACIENTE Y FAMILIARES EN UN CASO DE CÁNCER GINECÓLOGICO EN CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS. *Psicooncología*, 9, 183-201. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1035233595?accountid=36765>
2. **PROQUEST:** Cruzado, J. A. (2010, LA TOMA DE DECISIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN CONSEJO GENÉTICO ONCOLÓGICO. *Psicooncología*, 7, 341-362. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/871382511?accountid=36765>
3. **SCIENCEDIRECT:** León, M. S., Ruiz, F. P., Cintas, R. L., & Martínez, E. G. (2011). Tumor borderline de ovario en adolescente. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 37(6), 312-314. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359311000153>
4. **SCIENCEDIRECT:** Morice, P., Uzan, C., & Gouy, S. (2010). Cirugía de los tumores epiteliales malignos del ovario. *EMC-Cirugía General*, 10(1), 1-16. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1634708010704067>
5. **SCIENCEDIRECT:** Vasconcelos, I., & de Sousa Mendes, M. (2015). Conservative surgery in ovarian borderline tumours: A meta-analysis with

emphasis on recurrence risk. *European Journal of Cancer*, 51(5), 620-631.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095980491500012X>

ANEXOS

Anexo # 1: **ÍNDICE DE RIESGO DE MALIGNIDAD DE JACOBS**

Índice de riesgo de malignidad (Jacobs) Sensibilidad (92%) Especificidad (86%)	
Parámetro	Valor
Ca-125	Nivel de Ca-125 UCA-125
Estado menopáusico (M) (amenorrea > 1 año)	Premenopáusica M=1 Postmenopáusica M=4
Evaluación ultrasonográfica (U)*	<ul style="list-style-type: none"> • Multilocularidad • Presencia de áreas sólidas • Bilateralidad • Ascitis • Tumores extraováricos <p>Se otorga 1 punto a cada uno Si existen 2 o más puntos U=4 Si hay menos de 2 puntos U=1</p>
Índice de riesgo de malignidad = CA-125 x M x U*	
Un valor mayor de 200 es indicación de referencia a un centro de mayor nivel	

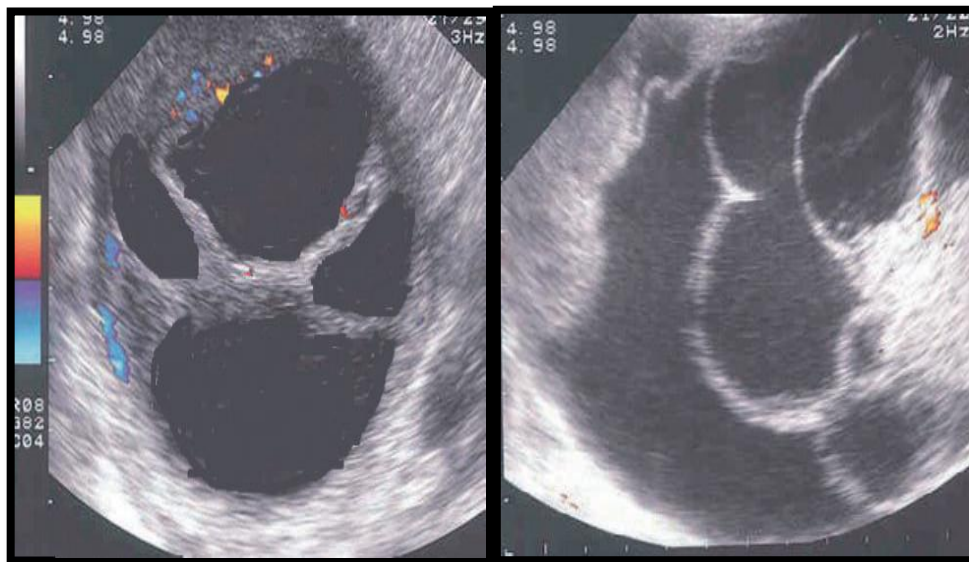
*Yamamoto agrega otro parámetro, el diámetro (D).

* Sassone elabora nuevos parámetros para el puntaje ultrasonográfico: estructura de la pared interna, grosor de la pared, presencia y grosor de los tabiques y ecogenicidad.

Anexo # 2 Características de sospecha de malignidad por ultrasonografía de una masa anexial de ovario.

Sospecha de Malignidad	Alta sospecha de malignidad
<ul style="list-style-type: none">- Tamaño entre 5-10 cm.- Contenido refringente Heterogeneo.- Tabiques de grosor superior a 3 mm.- Presencia de papilas- Liquido en cantidad moderada en Douglas.	<ul style="list-style-type: none">- Tamaño superior a 10 cm.- Bilateralidad.- Pared irregular o tabiques irregulares.- Multilocularidad.- Predominio refringencia.- Proyecciones papilares- Ascitis.

Anexo # 3 Ultrasonografía de una masa anexial de ovario con sospechas de malignidad.



Anexo # 4 Patologías en la que se altera el CA-125.

Patologías en las que se eleva el CA-125

1. **En el cáncer de ovario**
2. **Otros tumores como de: Cuello y cuerpo uterino, páncreas, mama, colon, hígado, pulmón.**
3. **En procesos benignos como: Pelviperitonitis, Pleuritis, Menstruación, Endometriosis, Embarazo.**

Anexo # 5 Carcinoma del ovario: clasificación por estadios según la nomenclatura FIGO.

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
I	Crecimiento limitado a los ovarios.
Ia	Crecimiento limitado a un ovario; no hay ascitis que contenga células malignas; no hay tumor en las superficies externas; Cápsula intacta.
Ib	Crecimiento limitado a ambos ovarios; no hay ascitis que contenga células malignas; no hay tumor en las superficies externas; Cápsula intacta.
Ic	Tumor en estadio Ia o Ib, pero con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios; o con la cápsula rota; o con ascitis que contenga células malignas; o con lavados peritoneales positivos.
II	El tumor afecta a uno o ambos ovarios con extensión pélvica.
IIa	Extensión y/o metástasis y/o trompas.
IIb	Extensión a otros tejidos pélvicos.
IIc	Tumor en estadio IIa o IIb, pero con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios; o con la cápsula rota; o con ascitis que contenga células malignas; o con lavados peritoneales positivos.
III	El tumor afecta a uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos; metástasis hepáticas superficiales; tumor limitado a la pelvis verdadera, pero con extensión maligna al intestino delgado o epiplón, comprobada histológicamente.
IIIa	Tumor macroscópicamente limitado a la pelvis verdadera con ganglios negativos, pero siembra microscópica de las superficies peritoneales abdominales, histológicamente confirmada.
IIIb	El tumor afecta a uno o ambos ovarios, implantes en las superficies peritoneales abdominales histológicamente comprobados, ninguno de los cuales supera los 2 Cm de diámetro; ganglios negativos.
IIIc	Implantes abdominales de 2 Cm de diámetro y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.
IV	Crecimiento que afecta a uno o ambos ovarios con metástasis a distancia; si hay derrame pleural, los resultados de las pruebas citológicas tienen que ser positivos, metástasis en el parénquima hepático.