



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“TERATOMA DE OVARIO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Masaquiza Culqui, Lourdes Virginia

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Ambato – Ecuador

Septiembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del análisis del caso clínico sobre el tema:

“TERATOMA DE OVARIO”, de Masaquiza Culqui Lourdes Virginia, 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, Julio 2015

EL TUTOR:

.

.....
Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis de caso clínico sobre: “**TERATOMA DE OVARIO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Julio de 2015

LA AUTORA

.....
Masaquiza Culqui, Lourdes Virginia

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, Julio 2015

LA AUTORA

.....
Masaquiza Culqui, Lourdes Virginia

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de caso clínico sobre:
“TERATOMA DE OVARIO” de Masaquiza Culqui Lourdes Virginia, estudiante
de la Carrera de Medicina.

Ambato, Septiembre 2015

Para constancia firma

.....

PRESIDENTE/A	1er VOCAL	2do VOCAL
--------------	-----------	-----------



DEDICATORIA

El siguiente caso clínico lo dedico a Dios por permitirme la dicha de vivir y juntos alcanzar este gran sueño: ser médico.

A mis padres por ser apoyo fundamental en este largo camino hacia esta meta que es la dicha de mayor felicidad.

Masaquiza Culqui Lourdes Virginia

AGRADECIMIENTO

Agradecer primero a Dios quien me ha hecho el regalo más grande, la vida ya que sin ella no hubiese logrado alcanzar mi sueño.

Agradezco a mis padres porque son y fueron el apoyo fundamental durante mi carrera, contar con ellos en días buenos, malos y pésimos; mi padre nunca dudo en que lograría llegar a este momento, él nunca se rindió y me empujo, me levanto de las veces que caí, mi chofer particular al que no le importaba horarios, mi cocinero favorito con aquellos desayunos; mi madre aquella persona que se encargaba de mi uniforme, las comidas y el descanso, los amo papitos.

Mis hermanos, mi hermana y mis hermanas por ley mil gracias por el apoyo, porque nunca dudaron de mí, que este momento llegaría, que las veces que quise caer me daban aliento y me hicieron participe de los acontecimientos importantes de cada una de sus familias, siempre he sido y seré un miembro más.

Agradecer a mis sobrinos lo más bello que tengo en la vida, mis hijos adoptivos, mi media docena de ángeles que iluminan mi día a día con sus sonrisas, sus juegos, sus travesuras, quienes se sentaban a mi lado a hacerme compañía, o simplemente esperaban verme despertar para regalarme un poco de cariño y amor.

Mis docentes, mis residentes siempre confiaron en mí, quienes no dudaron de mi capacidad cuando tuve miedo de equivocarme, siempre sus consejos, sus experiencias, su amistad fueron ideal para que pudiese formarme y nunca dejare de decirlo mis residentes fueron los mejores de mi año de internado.; además de mi Tutor Doctor Byron Mena, quien fue ente colaborador para realizar este trabajo y fue de gran apoyo para realizarlo.

A mis amigas y amigos no muchos pero si lo suficientes, hicieron amenos aquellos momentos de decepción o tristeza, alegraron mi día a día, siempre con una sonrisa, consejos y una amistad sincera y verdadera.

En fin agradecer a cada una de esas personas que supieron brindarme apoyo, consejo y las ganas de cumplir con esta meta, este sueño un gran anhelo, llegar donde estoy y ser lo que siempre quise ser, Médico.

A todos ustedes GRACIAS.

Masaquiza Culqui Lourdes Virginia

ÍNDICE GENERAL

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.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS GENERAL:.....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
DESARROLLO	5
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	5
1. Emergencia:	5
2. Medicina Interna:	9
2.1 Cirugía General	9
2.2 Ginecología y Obstetricia:.....	10
• Reporte de ECO PELVICO TV:.....	11
3. Hospital Especialidades Eugenio Espejo	13
Estudio histopatológico.....	14
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	15

DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO	15
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN	16
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	16
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	20
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	24
LINKOGRAFÍA	24
CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE BASE DE DATOS UTA	25
ANEXOS	277

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Signos vitales	6
Tabla 2: Biometría Hemática	7
Tabla 3: Examen Elemental y Microscópico de Orina	7
Tabla 4: Tiempos de Coagulación.....	8
Tabla 5: Marcadores Tumorales.....	12
Tabla 6 Caracterización de las oportunidades de mejora.....	18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: ECO transvaginal.....	12
Figura 2 reporte ECO Transvaginal	27
Figura 3: ECO transvaginal.....	26
Figura 4: Reporte laboratorio de marcadores tumorales	28
Figura 5: Reporte exámenes de laboratorio.....	27

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“TERATOMA DE OVARIO”

Autor: Masaquiza Culqui, Lourdes Virginia

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Fecha: Ambato, Julio del 2015

RESUMEN

La consulta más frecuente en nuestro medio por síntomas como dolor abdominal en hipogastrio o fosa iliaca corresponde en su mayoría a patologías de origen ginecológico.

El teratoma de ovario es una patología que puede ser de dos tipos maduro e inmaduro; según la literatura revisada se pudo determinar que el 93% de individuos corresponde a casos de teratoma maduro, esto basado en la edad al diagnosticarse que por lo general comprende desde los 60 años; y además de la evolución que presente sea esta lenta, mientras que los teratomas inmaduros se encuentran en población menor de 15 años y presenta un crecimiento rápido y agresivo.

Se presenta como un cuadro asintomático, ya que la mayoría de ocasiones se diagnostica en paciente que cursan con patologías de base, es decir se considera un hallazgo casual.

El caso a tratarse es de una paciente de género femenino, de 60 años de edad, nacida en el Cantón Huambalo, con antecedentes patológicos personales de importancia de Neumonía Adquirida en la Comunidad que requirió hospitalización. Atendida en el servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, por

presentar cuadro de dolor en miembro inferior derecho; tos y expectoración, como diagnósticos de base presenta Trombosis Venosa Profunda y Neumonía Adquirida en la Comunidad, por lo cual paciente es hospitalizada y es donde refiere dolor abdominal, se consulta a servicios de cirugía y ginecología quienes mediante exámenes de imagen y laboratorio se indica la presencia de masa anexial diagnosticándose un teratoma de ovario, siendo este un hallazgo casual.

PALABRAS CLAVES: MASA_ANEXIAL, TERATOMA, OVARIO, DOLOR_ABDOMINAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"OVARIAN TERATOMA"

Author: Masaquiza Culqui Lourdes Virginia

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Date: Ambato, July 2015

SUMMARY

In our medical surroundings, mostly gynecological consultations are related to symptoms such as abdominal pain in the hypogastrium or iliac fossa.

Ovarian teratoma is a pathology that can be of two types mature and immature. According to the literature used in this article, 93% of cases belong to mature teratoma, this percentage is based on the age of patients when this illness is diagnosed and its level of aggressiveness developed.

In general, it is always asymptomatic because most cases are diagnosed in patients which are presenting base pathologies that are considered like casual findings.

This case shows a female patient of 60 years old. She is from Huambalo Canton and her personal medical history shows an important factor of Acquired Pneumonia within the community by which required hospitalization. In addition no other medical history factor of importance was found.

This patient was send to Emergency service of the “Provincial Docente Ambato” Hospital which shows symptoms of pain in the right leg; cough and sputum.

Primarily is given a base diagnostic of Vein Thrombosis Depth and Pneumonia acquired within the community. After this dignostic the patient is hospitalized with signs of abdominal pain. Surgery and gynecology services are consulted who through x-ray and laboratory exams find presence of adnexal mass (adhered) which is diagnostic like an ovarian teratoma. It became to be considered a casual finding finally.

KEYWORDS: ADNEXAL_MASS, OVARIAN, TERATOMA,
ABDOMINAL_PAIN

INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causas frecuente de consultas ginecológicas; dentro de estas, los tumores de ovario son los más frecuentemente diagnosticados. (3)

Los teratomas son tumores de estirpe germinal; se han descrito varios lugares de ubicación siendo el más común el ovario, representan aproximadamente el 30% de los tumores ováricos. (1)

Contienen elementos de las tres capas embrionarias, predominando el ectodermo. Los teratomas maduros o benignos representan el 95% de los teratomas. El 75% aparece durante la edad reproductiva y un 20% de los casos es bilateral. (1)

Los teratomas inmaduros son malignos y representan el 3% de los teratomas. Afectan a mujeres jóvenes, principalmente adolescentes. Son de gran tamaño y rápido crecimiento. Constituyen sólo el 1% de todos los cánceres ováricos pero es el segundo en frecuencia de los cánceres de ovario de estirpe germinal. (1)

Las teorías clásicas del origen de los teratomas incluyen: gemelar incompleto, secuestro de blastómeros totipotenciales o células madres que degeneran a proliferación neoplásica, depresión de información genética totipotencial del núcleo de células somáticas, desarrollo partenogénico de células germinales.

Debido a la incidencia de teratomas ováricos, el origen de células madre totipotenciales se postuló hace décadas, utilizando polimorfismos y enzimas, así como estudios de los cromosomas. Linder demostró que los teratomas son homocigotos para polimorfismos de cromosomas, mientras que los otros tumores de células germinales no teratomatosos son heterocigotos. Esto sugiere que el genotipo de los teratomas es adquirido durante la división meiótica secundaria. (7).

El teratoma maduro contiene diversos tejidos benignos que podrían parecerse a las vías respiratorias, los huesos, el tejido nervioso, los dientes y otros tejidos de un

adulto.

Los teratomas inmaduros se asemejan a tejidos embrionarios o fetales, tales como el tejido conectivo, las vías respiratorias y el cerebro. El pronóstico de estos tumores malignos suele ser muy pobre y estará en relación con el estadio, el grado, y la presencia de invasión vascular. Por tanto, es necesario dilucidar las características clínico-patológicas que sugieran transformación maligna. (5)

El diagnóstico precoz es casi imposible, incluso los tumores grandes son asintomáticos y se descubren como hallazgos casuales en una exploración o ecografía. En ocasiones exhiben datos clínicos que hacen que se sospeche, como el crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal subagudo. Rara vez exhiben datos indirectos de actividad endocrina o metabólica. (3)

Las pruebas de imagen, los marcadores tumorales y el estudio anatómico-patológico son exámenes complementarios que ayudan al diagnóstico. La actitud terapéutica dependerá de la naturaleza y el grado de extensión del tumor. (2)

Los marcadores tumorales pueden estar elevados, tales como α -fetoproteína y CA-125, sin ser éstos los determinantes de la condición de esta paciente. (10).

Dentro de los diferentes diagnósticos diferenciales podemos encontrar: cáncer de ovario, quiste folicular, síndrome de ovario poliquístico. (12)

Las posibles complicaciones son: torsión, rotura espontánea, riesgo de peritonitis química y malignidad, por lo que el tratamiento quirúrgico es necesario posterior al diagnóstico en pacientes que el dolor abdominal sea intenso y continuo. (11)

Dentro del tratamiento la bibliografía describía al tratamiento clásico de los teratomas por cistectomía u ooforectomía a través de laparotomía, para evitar el derrame del contenido del quiste y la posibilidad de peritonitis química, asociada con fiebre posoperatoria e íleo secundario al depósito de granulosa en el peritoneo abdominal formador de adherencias.

Con el avance de la tecnología endoscópica y la aceptación mundial de los beneficios del abordaje laparoscópico, la mayor parte de los casos de teratoma

quístico benigno son tratados por vía laparoscópica en vez de con la técnica de laparotomía estándar. (11)

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

Establecer un diagnóstico oportuno para el Teratoma de Ovario por medio de valoración clínica, imágenes y laboratorio para minimizar las complicaciones asociadas y realizar un tratamiento adecuado para esta patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Concientizar la importancia de la anamnesis y exploración física completa y minuciosa prestándole gran interés al examen ginecológico, complementando con estudio de imágenes y laboratorio.
- ✓ Determinar las principales complicaciones que se pueden presentar en pacientes con Teratoma de Ovario.
- ✓ Educar a la población sobre la importancia de controles de salud permanentes para evitar patologías de larga evolución sin tratamiento.
- ✓ Establecer si cada nivel de atención de salud realiza los manejos adecuado en relación a esta patología.

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. Emergencia:

09/04/2015; 18h25

▪ **Datos de filiación:**

Paciente de sexo femenino, 60 años de edad, nacida y residente en Huambalo, Cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua, mestiza, católica, ama de casa, lateralidad diestra, instrucción primaria incompleta, grupo sanguíneo desconoce.

▪ **Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:**

- Neumonía adquirida en la comunidad por lo que fue hospitalizada hace 2 meses por 7 días.

▪ **Antecedentes Patológicos Familiares:**

Madre fallece con cáncer de útero.

- **Motivo de consulta:** dolor de miembro inferior derecho

▪ **Enfermedad actual:**

Paciente con 48 horas de dolor en miembro inferior derecho, localizado en toda su extensión, de moderada intensidad (EVA 7/10), presenta edema, rubor, calor, impotencia funcional y dolor a la digito presión. Además de tos de 72 horas de evolución con expectoración verdosa

▪ **Examen físico:**

Tabla 1: Signos vitales

SIGNOS VITALES:	
FC:	105LPM
FR:	20RPM
TA	110/70
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:	
PESO:	60KG
TALLA:	165 CM
IMC:	22.05

Fuente: obtenido de historia clínica

Paciente álgica, biotipo asténico.

Ojos: pterigium en ojo izquierdo.

Boca: piezas dentales incompletas en regular estado de conservación e higiene.
ORF eritematosa.

Pulmones: murmullo vesicular levemente disminuido, respiración ruda bilateral.

Extremidades: presencia de edema en miembro inferior derecho, doloroso a la palpación, pulso distal disminuido.

Impresión diagnóstica de Emergencia: Trombosis Venosa Profunda y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Se solicita exámenes de laboratorio que reportan:

Tabla 2: Biometría Hemática

Biometría Hemática		
Hematocrito:	40.6%	37-50%
Hemoglobina:	12.8	11.0 – 16g/dL
Plaquetas:	265.000	100.000-500.000
Leucocitos:	11.570	4.000-10.000 uL
Linfocitos	22,10%	20-40%
Neutrófilos	85,20%	50-70%

Fuente: obtenido de historia clínica.

Análisis: se evidencia aumento de leucocitos (leucocitosis), con desviación a la izquierda por presencia de neutrofilia, que generalmente se aprecian en procesos infecciosos o inflamación.

Mientras que otros parámetros como hematocrito, hemoglobina, plaquetas se encuentran dentro de parámetros normales.

Tabla 3: Examen Elemental y Microscópico de Orina

Color:	Amarillo
Aspecto:	lig.turbio
Densidad:	1.015
Ph:	6
Sangre:	Trazas
Nitritos:	negativo
Piocitos:	negativo
Hematíes:	negativo
Bacterias:	Negativo

Fuentes: obtenido de historia clínica

Análisis: el estudio elemental y microscópico de orina no reporta ninguna anormalidad, todos los parámetros se encuentran dentro de rango normales.

El análisis de orina proporciona información valiosa para la detección, diagnóstico diferencial y valoración de alteraciones nefro-urológicas, y, ocasionalmente, puede revelar elementos de enfermedades sistémicas que transcurren silentes o asintomática.

Las características más útiles del examen de orina son: lo fácil y rápidamente disponible de la muestra a analizar, la posibilidad de obtener información sobre muchas funciones metabólicas importantes de nuestra fisiología, y al ser un método de laboratorio simple y rápido. Los elementos que constituyen la orina son dinámicos y pueden variar con la dieta, actividad, consumo de medicamentos y otras variables.

Tabla 4: Tiempos de Coagulación

Resultados paciente	Valores normales
TP: 14 seg	12-14seg
TTP 34seg	25-35 seg
INR: 1.31	0.9-1,3

Fuente: obtenido de historia clínica

Análisis:

- Tiempo de protrombina es la determinación del tiempo de coagulación del plasma citratado, tras la adición de un exceso de tromboplastina tisular y calcio. Sirve para medir la vía extrínseca de la coagulación, así como la vía común.

El tiempo de protrombina se encuentra prolongado en casos de deficiencias congénitas o adquiridas de los factores VII, V, X, protrombina o fibrinógeno (por déficit de vitamina K, enfermedades hepáticas, tratamiento con anticoagulantes orales).

- Tiempo de tromboplastina parcial consiste en medir el tiempo de coagulación del plasma citratado, en contacto con calcio y fosfolípidos. Mide la vía

intrínseca de la coagulación y la vía común, y es útil para valorar la actividad global de todos los factores de la coagulación, excepto el VII y el XIII.

- Cociente internacional normalizado (INR) es la relación entre el TP del paciente sobre el TP normal, generalmente se usa en paciente con tratamiento con anticoagulantes.
- Los resultados de exámenes en la paciente se encuentran dentro de parámetros normales.

2. Medicina Interna:

09/04/2015; 22h00

Dolor abdominal de 48 como fecha aparente y 2 meses como fecha real, localizado en hipogastrio que se irradia a fosa iliaca derecha, de moderada intensidad, intermitente que no cede con el reposo, tipo pulsátil; que cede con el reposo.

Al examen físico se encuentra:

Abdomen: suave depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha, RHA presentes.

Plan: Interconsulta cirugía general

2.1 Cirugía General

10/04/2015; 11:00am

Dolor abdominal de 2 días de evolución localizado en hipogastrio.

Al momento paciente álgica, afebril (37°C); abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio.

IDG: Masa anexial

Plan: se descarta proceso de abdomen agudo inflamatorio y se solicita valoración por Ginecología.

2.2 Ginecología y Obstetricia:

13/04/2015; 11h00

- **Antecedentes Gineco – Obstetras:**

Telarquia: 12 años

Pubarquia: 13 años

Menarquia: 15 años

Ciclos menstruales: irregulares, cada 2 o 3 meses por 5 días.

IVSA: 18 años

Número de parejas sexuales: 1

Infecciones de transmisión sexual: ninguna

Planificación familiar: ninguna

PapTest: Hace 1 año, reporta inflamación recibe tratamiento

Gestas: 6

Partos: 4

Cesárea: 0

Abortos: 2

Hijos vivos: 4

Examen físico

Región Inguino Genital: edema vulvar con presencia de intertrigo vulvo perineal izquierdo; Tacto vaginal: vagina elástica, cérvix móvil, útero no se palpa por

presencia de masa anexial derecha; examen especular cérvix inflamado con ectropión.

Dg: Masa anexial derecha descartar CA.

Plan: ECO PELVICO TRANSVAGINAL y PAPTEST

Tratamiento: Especifico

- **Reporte de ECO PELVICO TV:**

Útero en retroversión mide 6.1cm x AP 3.1 cm x3.5 cm transverso, heterogéneo.

Endometrio mide 2mm

Ovario derecho, masa tumoral solida parcialmente definida vascularizada con calcificaciones que miden 3.2 cm x 2.6 cm

Ovario izquierdo mide 2.4cm x 1.1 de aspecto normal

Espacio de Douglas libre

IDG: POSIBLE TERATOMA EN OVARIO DERECHO

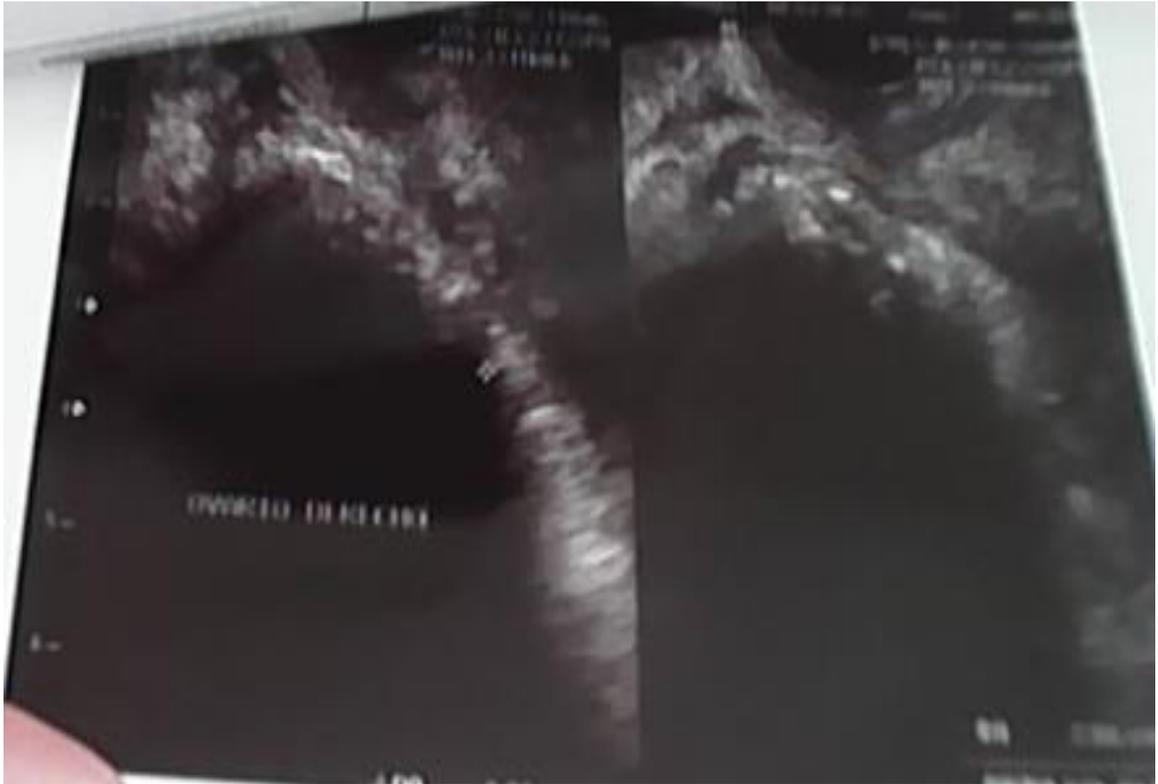


Figura 1: ECO transvaginal

Exámenes Complementarios

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE ABDOMEN

Teratoma de ovario

Tabla 5: Marcadores Tumorales

alfetoproteina	3,11ng/ml	Menor o igual a 7 ng/ml
Antígeno carcino embrionario	4,78mg/ml	Menor o igual a 7.8 ng/ml
CA125 (carcinoma ovárico)	119,1 U/ml	Hasta 35 U/ml
BCHG cuantitativa	0,676	Hasta 6 mU/ml

Análisis

Todos los marcadores se encuentran dentro de rango normal, excepto el CA 125 que es producido por una variedad de células, pero particularmente por células de cáncer ovárico.

Pueden encontrarse niveles elevados de CA 125 en procesos tanto malignos como benignos. Por todo esto la determinación de CA 125 no puede recomendarse como una prueba de selección para descubrir cáncer en la población general. Más bien esta determinación está indicada como prueba postoperatoria en el cáncer de ovario, en el seguimiento del tratamiento con quimioterapia y para decidir si se realiza una segunda intervención quirúrgica.

▪ Evolución y alta:

Con estudios realizados se comprueba el diagnóstico de Teratoma de Ovario, se decide realizar transferencia hospital de Tercer nivel área de Oncología, se agenda turno en consulta externa con fecha; paciente estable evoluciona favorablemente a patologías de base, se decide alta del Hospital Provincial Docente Ambato.

3. Hospital Especialidades Eugenio Espejo

15/05/2015; 11h00

Se atiende a paciente referida de Hospital Provincial Docente Ambato, con diagnóstico de Teratoma de Ovario, se realiza nueva valoración con TAC de abdomen que confirma patología.

Se realiza ingreso 18/05/2015 de paciente para exéresis de tumor mediante laparotomía exploratorio y correspondiente estudio histopatológico.

20/05/2015: Se realiza intervención quirúrgica sin complicaciones.

Estudio histopatológico:

22/06/2015

Teratoma quístico maduro que presenta piel, dientes, cartílago y tejido adiposo en su interior

Paciente fue dada de alta 27/05/2015; sin riesgo de metástasis, ni sometida a tratamiento complementario, contrareferencia a centro de salud.

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Edad

El riesgo de padecer un tumor de ovario aumenta con la edad. Es poco común en las mujeres menores de 40 años, y la mayoría se origina después de la menopausia. La mitad de todos los tumores de ovario se encuentran en mujeres de 63 años o más. (2)

Control de la natalidad

Las mujeres que han usado anticonceptivos orales (píldora anticonceptiva) tienen un menor riesgo de tumor de ovario. El menor riesgo se observa después de solo 3 a 6 meses de usar los anticonceptivos orales, y el riesgo es menor mientras más tiempo se use la píldora. Este riesgo menor continúa por muchos años después de suspender las píldoras. (13)

Medicamentos para la fertilidad

En algunos estudios, los investigadores han encontrado que el uso del medicamento para la fertilidad citrato de clomifeno (Clomid[®]) por más de un año, puede aumentar el riesgo de tumores ováricos. Los medicamentos para la fertilidad parecen aumentar el riesgo del tipo de tumor ovárico conocido como "tumores de bajo potencial maligno"

Sin embargo, las mujeres que son infértiles pueden presentar un mayor riesgo (que las mujeres fértiles), aunque no utilicen medicamentos para la fertilidad. Esto podría, en parte, deberse a que no han tenido un embarazo a término o usaron píldoras anticonceptivas (las cuales ofrecen protección). (13)

Antecedentes familiares de cáncer de ovario, del seno o cáncer colorrectal

El riesgo de tumor de ovario aumenta si su madre, hermana o hija tiene, o tuvo, cáncer ovárico. El riesgo también aumenta más mientras más familiares tengan cáncer de ovario. Un mayor riesgo de tumor de ovario también puede que provenga de la familia del padre. (10)

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION

La recopilación de los datos para la realización del caso clínico se obtuvo de:

- Informe de Emergencia y Hospitalización.
 - Interconsultas a Cirugía General y Ginecología.
 - Reporte de exámenes complementarios.
 - Notas de evoluciones clínicas y quirúrgicas de la paciente hasta su alta hospitalaria.
 - Historia clínica Hospital Especialidades Eugenio Espejo
- ✓ **Entrevista con la paciente y sus familiares al cuidado:**
- Información sobre historia clínica, antecedentes patológicos, quirúrgicos, así como controles médicos realizados.

IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRITICOS

Ruta de usuario

- Paciente no realiza controles en Subcentro de Salud por el dolor abdominal ya que se prescribía medicación para disminuir dolor, y en ocasiones no había turnos para médico.
- Paciente hospitalizada hace dos meses con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la comunidad, refiere que el dolor ya se encontraba presente durante el periodo de hospitalización.
- Familiares refieren que posterior a hospitalización realizan consulta a medico particular por dolor abdominal quien indica medicación

(analgésicos), programa cita para consultas posteriores pero paciente no acude.

- Paciente presenta cuadro de dolor de miembros inferiores por lo que acude a Hospital, donde es ingresada y valorada con diagnóstico de trombosis venosa profunda, posterior a su estancia refiere dolor abdominal se realiza interconsulta a cirugía y ginecología, quienes mediante exámenes complementarios añaden el diagnóstico de Teratoma de Ovario.
- Se realiza todos los exámenes complementarios imagen y sangre con estos resultados se realiza trámite por parte de servicio de Ginecología y Obstetricia para referencia a Hospital Eugenio Espejo servicio de Oncología
- Paciente atendida en consulta externa de Oncología del Hospital Eugenia Espejo, se recibe referencia, se realiza TAC de Abdomen, se indica el ingreso de paciente y programa cirugía, se realiza exéresis de masa de ovario derecho sin complicaciones, se envía muestra para estudio histopatológico; reportándose Teratoma maduro de ovario, paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

Tabla 6 Caracterización de las oportunidades de mejora

OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO
Información a la población en general de lo importante que es realizarse chequeos de salud periódicamente.	Charlas de capacitación.	1 año	MSP	Personal de centro de salud. Estudiantes de unidades educativas que concienticen a sus familiares Población en general.
Capacitar al personal de salud sobre la importancia que tiene el realizar un examen físico completo y detallado.	Charlas de capacitación	2 meses	MSP Comité de docencia intrahospitalaria.	Personal del centro de salud en general.

Correcto diagnóstico y manejo por parte del personal médico frente a un dolor abdominal.	Elaborar un algoritmo de manejo	2 meses	MSP	Personal médico y de enfermería.
Contar con Radiólogo de llamado los siete días de la semana las 24 horas del día.	Elaborar un oficio donde se indique la necesidad de contar con un Ecografista las 24 horas del día, de acuerdo a la demanda de pacientes.	1 año	MSP	Gerente y director médico. Radiólogo

Fuente: elaboración propia

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

La palabra teratoma deriva del griego *teras*, que significa monstruo. El origen de los teratomas ha sido un tema rodeado de fascinación durante siglos. Los teratomas son tumores de las células germinales compuestos de múltiples tipos de células derivadas de una o más de las tres capas germinativas. Comúnmente son llamados quistes dermoides, sin ninguna diferencia. Los teratomas pueden ir desde benignos o bien diferenciados que son los maduros e incluyen lesiones quísticas a tumores sólidos y los malignos o inmaduros. La localización gonadal más frecuente es en el ovario. (1)

El presente caso, paciente femenina de 60 años de edad, con antecedentes clínicos de Neumonía Adquirida en la Comunidad, acude por cuadro de dolor en miembros inferiores que se acompaña de edema, rubor y calor; además de presentar tos más expectoración, y dolor abdominal en hipogastrio.

Por lo general el dolor abdominal localizado en hipogastrio o fosa iliaca, se relaciona en su mayoría con consultas ginecológicas, aunque en este caso paciente acude por otras patologías, siendo este síntoma secundario en importancia.

Por lo general este tipo de tumores no presenta síntomas ni signos, ya que su hallazgo es casual, no asociados a síntomas ni signos por los que acuden a consultar.

Como antecedente el dolor abdominal era de moderada intensidad, que lo trataba con medicina natural, con lo cual cedía y no incapacitaba por lo que nunca fue controlado en centro de atención de primer nivel; además cuando fue hospitalizada por cuadro respiratorio nunca se tomó en cuenta este síntoma.

Paciente acude a control en área extra hospitalaria, la misma que no fue adecuada, debido a que la atención medica se basa en una anamnesis bien detallada y un examen físico que sea minucioso que direccionen a la patología e incluso acompañarse de exámenes de imagen o laboratorio según sea el criterio medico; en sí que todo junto sea orientarnos y darse el tratamiento adecuado al paciente

En este caso recibió medicación y nunca realizó próximos controles, porque el tratamiento no disminuyó el dolor en su totalidad, por tanto no afectaba actividad diaria sin tomar en cuenta las complicaciones que podrían existir, que tampoco fueron explicadas para orientación y responsabilidad de control.

Como se indica paciente acude a Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, ingresada a Medicina Interna con diagnósticos de Trombosis venosa profunda y Neumonía; posterior refiere dolor abdominal localizado en hipogastrio, por lo que se realiza interconsulta a cirugía y Ginecología.

Posterior a valoración ginecológica se realiza exámenes de imagen y marcadores tumorales con lo cual se establece el diagnóstico presuntivo de Teratoma de ovario, y por el nivel de capacidad resolutoria, es referida a una unidad de mayor complejidad, al Hospital Eugenio Espejo área de Oncología, quienes realizaron exéresis de teratoma, estudio histopatológico y paciente no necesita otro tipo de tratamiento, siendo dada de alta sin ningún otro problema.

El estudio de un tumor o masa pélvica sea esta benigna o maligna implica un reto para quien lo realice, ya que se debe tomar en cuenta el estado del paciente así como su entorno familiar; constituyen un hallazgo casual o en casos se presentan complicaciones y son inminentes la presencia de síntomas; el examen de imagen como eco transvaginal es un método sensible para la detección de tumores de ovario y por lo general se aprecian como imágenes de un tumor quístico, un tumor ecogénico complejo con porciones sólidas internas, o un tumor con calcificaciones.

Marcadores tumorales en donde se mide el nivel de CA-125 en suero, es una de las herramientas importantes para diferenciar un tumor maligno de un tumor ovárico benigno porque el nivel de CA-125 se eleva en más del 80% de los pacientes con cáncer de ovario. (8), sin embargo el diagnóstico final se realiza en el estudio histopatológico. (2)

Se debe tomar en cuenta diagnósticos diferenciales como:

Cáncer de Ovario: es más frecuente su aparición en mujeres entre 65-80 años, lo que nos indicaba que probablemente en esta paciente no se podría descartar este diagnóstico. Los hallazgos que se encuentran en la ultrasonografía, tabiques gruesos, cápsula gruesa y lesión mayor a 6 cm. Estos no son compatibles con los datos encontrados en la ECO TV de esta paciente.

Quiste Folicular: se originan cuando tras el crecimiento folicular fracasa la ovulación por un defecto previo en la foliculogénesis. La clínica directa depende de su volumen y movilidad, que puede llevar a torsiones anexiales. Es frecuente que se presente dolor y sangrado uterino anormal. El quiste suele tener un tamaño limitado, no superando los 4-5 cm. Son más frecuentes en la fase peripuberal y durante la perimenopausia. Ecográficamente se trata de un quiste puro de paredes finas, con un contenido líquido, homogéneo, sin calcificaciones; hecho que descarta esta patología en esta paciente, ya que el ECO TV presentaba hallazgos de calcificaciones.

Teratoma: La característica que más comúnmente define una masa ovárica como teratoma quístico en el ultrasonido, es una imagen con sombra ecogénica que puede ser dada por estructuras calcificadas como hueso o dientes y mechones de cabello, además de la edad de presentación que se relaciona con la paciente, síntomas que no indicaban complicaciones ni crecimiento agresivo.

Diagnóstico definitivo: teratoma maduro de ovario

CONCLUSIONES:

Por lo tanto se puede concluir lo siguiente:

- Diagnosticar un teratoma de ovario es un hallazgo ocasional debido a que la sintomatología que presenta no es definida, y en ocasiones se presenta cuando existen complicaciones, por ende es necesario llevar un control adecuado en los centros de salud a las personas que presenten teratoma de ovario
- Realizar una anamnesis y examen físico completo ya que constituye el 50% de la información para obtener una orientación diagnóstica,
- Capacitar al equipo médico es la mejor manera de prevenir complicaciones de esta patología, ya que si la información se transmite de persona a persona es más fácil llegar y que la población tome en cuenta el riesgo de este tipo de patologías.
- Mejorar las falencias en nuestro sistema de salud en todos los niveles de atención, motivo por el cual se necesitan estrategias inmediatas para mejorar dichas fallas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• LINKOGRAFIA

1. Alvarado Armuelles, A., & Tejeira, E. (2012). Teratoma de Ovario. *Revista Medico Cientifica*, 25(1), 46-47.
2. Álvarez de la Rosa R, M., Padrón P, E., Hernández P, P., & Trujillo C, J. (2006). TERATOMA QUÍSTICO DE OVARIO CON CONCRECIONES SÓLIDAS. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 71(4). doi:10.4067/s0717-75262006000400008
3. Briones-Landa, C., Ayala-Yáñez, R., Leroy, L., Anaya-Coeto, H., Santarosa-Pérez, M., & Reyes-Muñoz, E. (2010). Comparación del tratamiento laparoscópico vs laparotomía en teratomas ováricos. *Ginecología Y Obstetricia Mex*, 78(10), 527-532.
4. Cancer.org, (2015). ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de ovario?, from <http://www.cancer.org/espanol/cancer/ovario/guiadetallada/cancer-de-ovario-causes-risk-factors>
5. Corrales Hernández, Y., & Ayala Reina, Z. (2012). Teratoma de ovario. Presentación de un caso. *MEDISUR*, 10, 66-72. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180023367011>
6. Fischerova, D., Zikan, M., Dundr, P., & Cibula, D. (2012). Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Borderline Ovarian Tumors. *The Oncologist*, 17(12), 1515-1533. doi:10.1634/theoncologist.2012-0139
7. Gómez-Monterrosas, O., Flores-García, L., Gómez-Garza, G., Pichardo-Bahena, R., Méndez-Sánchez, N., & Pantoja, J. (2015). Teratoma maduro de ovario como causa de abdomen agudo. Reporte de un caso. *Medigraphic*, 13(4).
8. Jeoung, H., Choi, H., Lim, Y., Lee, M., Kim, S., & Han, S. et al. (2008). The efficacy of sonographic morphology indexing and serum CA-125 for preoperative differentiation of malignant from benign ovarian tumors in patients after operation with ovarian tumors. *J Gynecol Oncol*, 19(4), 229. doi:10.3802/jgo.2008.19.4.229
9. O'Neill, G., & Martin, C. (2010). MASA PÉLVICA ASINTOMÁTICA EN MUJER DE 24 AÑOS “EL MONSTRUO BENIGNO”. *Revista Medico Cientifica*, 22(1), 30-37.

10. Ras Vidal, E. (2005). Teratoma: tumor ovárico en la infancia. A propósito de un caso. *SEMERGEN - Medicina De Familia*, 31(10), 489-490. doi:10.1016/s1138-3593(05)72975-0
11. Suescún, O., Yáñez, J., Santana, D., Quintero, F., Ordoñez, M., Beltrán, M., & Martínez, E. (2014). Adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical e intestinal a partir de un teratoma quístico maduro del ovario. *Revista Colombiana De Cancerología*, 18(2), 83-87. doi:10.1016/j.rccan.2014.03.001
12. Torres Lobaton, A. (2014). Tumores malignos de células germinales del ovario. Estado actual de su diagnóstico y tratamiento. *Ginecol Obstet Mex*, 82(3), 177-187. Retrieved from <http://www.femecog.org.mx> y revistasmedicasmexicanas.com
13. Vidal, R., Campos, S., Vázquez-Rodríguez, M., Prieto, O., García-Giménez, E., & Carbajales, A. (2012). Adenocarcinoma mucinoso intestinal sobre teratoma maduro quístico de ovario. A propósito de un caso. *Clínica E Investigación En Ginecología Y Obstetricia*, 39(2), 76-78. doi:10.1016/j.gine.2010.10.006

• **CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE BASE DE DATOS UTA**

14. **EBSCO:** González, J. S., Casal, M. B., Mantilla, H. R., & Machado, M. G. (2008). Tumor gigante de ovario y embarazo. A propósito de un caso. (Spanish). *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 34(2), 41-44.
15. **EBSCO:** Ramírez, A. (2006). Quiste de ovario neonatal: informe de un caso y revisión de su tratamiento en la literatura. (Spanish). *Boletín Médico Del Hospital Infantil De Mexico (Departamento De Ediciones Medicas Del Hospital Infantil De Mexico Federico Gomez)*, 63S58-S59.
16. **EBSCO:** Reddihalli, P. V., Subbian, A., Umadevi, K., Rathod, P. S., Krishnappa, S., Nanaiah, S. P., & Bafna, U. D. (2015). Immature teratoma of ovary – outcome following primary and secondary surgery: study of a single institution cohort. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*, 19217-21. doi:10.1016/j.ejogrb.2015.06.017

- 17. EBSCO:** Solís Alfonso, L., Álvarez Padrón, J. F., Paula Piñeira, B. M., & Pérez Escribano, J. (2011). Diagnóstico imaginológico de un teratoma gigante de ovario. (Spanish). *Revista Cubana De Medicina Militar*, 40(2), 182-188.
- 18. EBSCO:** Vidal Gutiérrez, O., Fernández Reyes, I., Medellín Moreno, M. G., Treviño Salinas, E., Saldivar Rodríguez, D., & Barboza Quintana, O. (2005). Frecuencia de tumores primarios del ovario en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. (Spanish). *Medicina Universitaria*, 7(29), 215-221.

ANEXOS

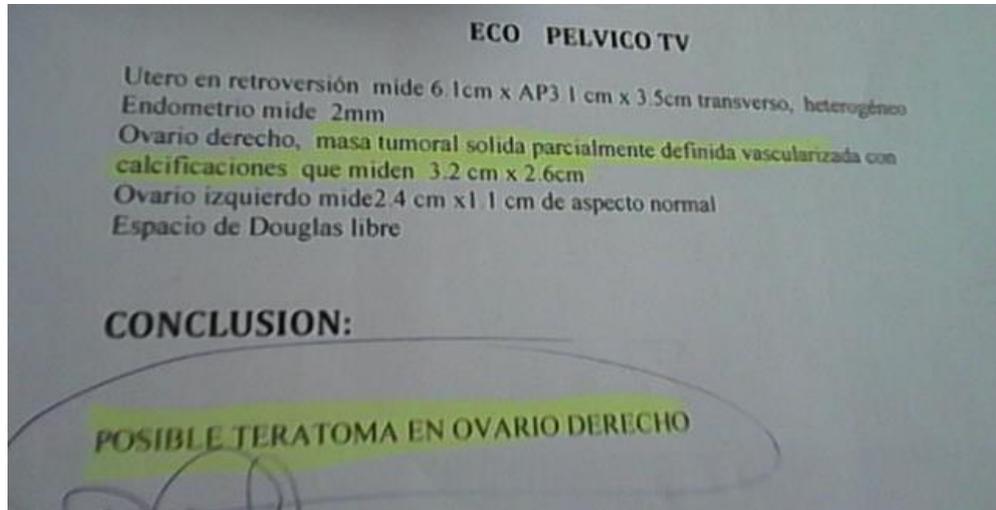


Figura 2 reporte ECO Transvaginal



Figura 3: Eco Transvaginal

MARCADORES ONCOLOGICOS		
Parámetro	Resultados	Valor de referencia
ALFA FETO PROTEINA (AFP) ALFA FETO PROTEINA (AFP)	3.11 ng/mL	Menor o igual a 7.0 ng/mL. Gestación semana 14 Mediana: 27.0 ng/mL. Gestación semana 15 Mediana: 30.0 ng/mL. Gestación semana 16 Mediana: 34.0 ng/mL. Gestación semana 17 Mediana: 40.0 ng/mL. Gestación semana 18 Mediana: 46.0 ng/mL. Gestación semana 19 Mediana: 54.0 ng/mL. Gestación semana 20 Mediana: 65.0 ng/mL.
<u>METODO: Electroquimioluminiscencia</u>		
ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO (CEA) ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	4.78 ng/mL	No fumadores - Menor o igual a 5.5 ng/mL. Fumadores - 5.5 ng/mL.
<u>METODO: Electroquimioluminiscencia</u>		
CA 125 (CARCINOMA OVARICO) CA 125	119.1 Resultado verificado con repetición de test U/mL.	Hasta 35 U/mL.
<u>METODO: Electroquimioluminiscencia</u>		

Figura 4: Reporte laboratorio de marcadores tumorales

INMUNODIAGNOSTICO		
Parámetro	Resultados	Valor de referencia
HCGB CUANTITATIVO HCGB CUANTITATIVO	0.676	No embarazadas: Hasta 5 mU/mL. Embarazadas: El embarazo normal se confirma si los valores son superiores a 10 mU/mL, y si se duplican en 48-72 hrs. 3ra Semana de Gestación: 0.5-7.0 mU/mL. 4ta Semana de Gestación: 0.5-700 mU/mL. 5ta Semana de Gestación: 217-271 mU/mL. 6ta Semana de Gestación: 136-1000 mU/mL. 7ma Semana de Gestación: 300-1000 mU/mL. 8va. Semana de Gestación: 300-1000 mU/mL. 9va. Semana de Gestación: 300-1000 mU/mL. 17va. Semana de Gestación: 47100 mU/mL. 18va. Semana de Gestación: 42100 mU/mL.
<u>METODO: Electroquimioluminiscencia</u>		

Figura 5: Reporte exámenes de laboratorio