



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS GERMINATIVAS DE OVARIO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autor: Cocha Nauñay, Darío Javier

Tutor: Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

Ambato-Ecuador

Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS GERMINATIVAS DE OVARIO”**, de Cocha Nauñay Darío Javier, 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 H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2015

EL TUTOR

.....
Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico “**TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS GERMINATIVAS DE OVARIO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015

EL AUTOR

.....

Cocha Nauñay, Darío Javier

DERECHOS DE AUTOR

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

Ambato, Septiembre del 2015

EL AUTOR

.....
Cocha Nauñay, Darío Javier

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre:
“TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS GERMINATIVAS DE OVARIO” de Cocha
Nauñay Darío Javier estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre del 2015

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dios mediante y después de años de dedicación, esfuerzo y estudio, en los que ha sido fundamental el apoyo incesante de mi Familia, me permito dedicarles este logro a ustedes por ser el pilar principal de esta, mi Carrera Profesional. Se los dedicó a ustedes por no dejarme caer y rendirme en los momentos más difíciles de mi Carrera, y brindarme la confianza y apoyo para lograr concluir este largo viaje, y por inculcar en mí la perseverancia y dedicación que requiere esta noble profesión.

Cocha Nauñay, Darío Javier

AGRADECIMIENTO

Todo mi agradecimiento y de todo corazón es para mis padres, ya que ellos fueron siempre mi principal motor para continuar en esta profesión, y nunca permitieron que desmaye en este proyecto, que fue ser médico. Enseñándome y brindándome consejos de vida para poder aplicar en mi profesión, aprendí que lo más importante y noble es la humildad y será la mejor virtud aprendida gracias a ellos.

Reitero el agradecimiento a mi madre por ser un pilar fundamental en mi vida, a mi padre por su constante aliento y apoyo, a mi hermano por animarme a seguir adelante. A toda mi familia que de una u otra forma me ha mostrado su apoyo.

A mis tutores y profesores que a lo largo de estos años han sabido transmitir sus conocimientos y brindarme su amistad.

Cocha Nauñay, Darío Javier

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
RESUMEN	ix
SUMMARY	xi

ÍNDICE DE CONTENIDO GENERAL

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	2
GENERAL:.....	2
ESPECÍFICOS:.....	2
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE.....	3
IV. DESARROLLO Y DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:	4
DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:.....	6
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:....	7
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS:.....	8
PUNTOS CRÍTICOS:.....	31
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:	32
V. CONCLUSIONES:	33
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	34
VII. ANEXOS.....	37

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

“TUMOR MALIGNO DE CÉLULAS GERMINATIVAS DE OVARIO”

Autor: Cocha Nauñay, Darío Javier

Tutor: Mera Ramos, Gerardo Vinicio

Fecha: Septiembre, 2015

RESUMEN

El presente análisis de estudio de caso clínico corresponde a un estudio descriptivo y retrospectivo cuyo objetivo general fue determinar la clínica y las alteraciones histopatológicas del tumor maligno de células germinales de ovario. Esta patología tiene como elemento de identificación diagnóstica principal, el rango de edad.

El caso relata de un paciente de 13 años de edad, que acude a consulta médica privada por dolor abdominal moderado, de aproximadamente tres horas de evolución, para lo cual se administra Antibioticoterapia y Analgesia, presentando mejoría pasajera, sin embargo 36 horas después el cuadro clínico empeora, por lo que la paciente termina regresando a la consulta médica, es valorada nuevamente y se solicitan exámenes complementarios, y con estos resultados se cataloga al cuadro como un Embarazo Ectópico Accidentado, por lo que se decide su resolución quirúrgica, la cual cursa sin complicaciones, solicitándose un estudio histopatológico de la masa obtenida, y este estudio reporta un Tumor Maligno de Células Germinales de Ovario, concluyendo que el diagnóstico inicial fue equivoco, a pesar de que el manejo fue el adecuado. Por lo que se decide transferir a paciente a centro de tercer nivel.

En el desarrollo del análisis del caso se realiza una revisión bibliográfica de las entidades patológicas y factores de riesgo del paciente para determinar los posibles causales.

PALABRAS_CLAVES: CÁNCER, OVARIO, CORIOCARCINOMA,
DISGERMINOMA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"GERM CELL TUMOR OF OVARY"

Author: Cocha Nauñay, Darío Javier

Tutor: Mera Ramos, Gerardo Vinicio

Date: Septiembre, 2015

SUMMARY

This analysis of clinical case study corresponds to a descriptive and retrospective study whose main objective was to determine the clinical and histopathological alterations of malignant germ cell tumor of ovary. This pathology has as main diagnostic element identification, the age range.

The case relates to a 13-year-old who goes to private medical practice by moderate abdominal pain, about three hours of evolution, for which antibiotics and analgesia administered, presenting temporary improvement, but 36 hours after the box clinical worsening, so the patient ends up returning to the doctor, is valued again and examinations are required, and these results are cataloged the painting as an Ectopic Pregnancy Rough, so its surgical resolution is decided which courses uncomplicated requested to make a histopathological examination of the mass obtained, and this study reports a malignant germ cell tumor Ovary, concluding that the initial diagnosis was wrong, although management was adequate. So it was decided to transfer the patient to tertiary level.

In developing the analysis as a bibliographic review of pathologies and risk factors of the patient it is done to determine possible causes.

KEYWORDS: CANCER, OVARY, CHORIOCARCINOMA, DYSGERMINOMA.

I. INTRODUCCIÓN

El cuerpo está compuesto por millones de millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen para crear nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar a las células desgastadas o a las que están muriendo y para reparar lesiones. El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada.

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no o teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución.

Los Tumores de Células Germinales constituyen el 15-20 % de los tumores ováricos, la mayoría son teratomas quísticos benignos, pero el resto que se encuentran principalmente en niñas y en jóvenes, tiene una mayor incidencia de conducta maligna y plantean problemas en el diagnóstico histológico y en el tratamiento.

II. OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar la clínica y las alteraciones histopatológicas del Tumor Maligno de Células Germinativas de Ovario.

ESPECÍFICOS:

- Establecer los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de Tumor Maligno de Células Germinativas de Ovario.
- Identificar el pronóstico y su correlación hispatológica de Tumor Maligno de Células Germinativas de Ovario.
- Crear o adoptar guías de protocolo, para valoración inicial, evaluación, diagnóstico y terapéutico de la patología.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

La principal fuente de investigación de datos obtenidos en este caso fue de manera retrospectiva a través del acceso a historia clínica obtenida en Casa de Salud Privada Peliservimed, la misma que indica que se realizó un procedimiento quirúrgico urgente por aparente diagnóstico de la paciente, el estudio fue complementado con examen histopatológico, concluyendo en un diagnóstico distinto al inicial, cabe puntualizar que se evidenció un factor genético familiar predisponente para desarrollo de un posible tumor maligno. Lo que permitió realizar un análisis de la presentación, diagnóstico, desarrollo y tratamiento de la patología, con sus posibles complicaciones y pronóstico.

Además de la valoración multidisciplinaria otorgada por los especialistas que fueron dilucidando su diagnóstico, apoyados en los exámenes complementarios de laboratorio e histopatológicos, que se realizaron secuencialmente durante la evolución de la patología, en conjunto con las prescripciones médicas que recibió la paciente.

En el proceso de recopilación de información fue necesario complementación de información mediante entrevistas con los médicos tratantes que intervinieron en la evolución del caso, además de información brindada por la paciente y familiar de la misma, cuya información no mantiene concordancia con la información encontrada en la Historia Clínica.

De igual forma el apoyo teórico en bibliografía actualizada de artículos de revisión, como guías clínicas, fue indispensable en la elaboración y desarrollo del análisis del caso presentado.

IV. DESARROLLO Y DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL

CASO:

El presente caso refiere a una paciente de 13 años de edad, nulípara, nuligesta, nacida y residente en Pelileo, en zona industrial donde existe galpones de crianza avícola y ladrilleras, soltera, estudiante (segundo año de bachillerato), católica, mestiza, grupo sanguíneo desconoce, teniendo como antecedentes patológicos personales Hepatitis A diagnosticada hace 10 años, e Infección de Vías Urinarias hace 3 años, además fue intervenida quirúrgicamente al año de vida por Estrabismo, como antecedentes familiares Tía materna con Cáncer de Seno diagnosticado hace 2 años y actualmente en tratamiento oncológico.

Madre de paciente refiere que acude a consulta médica privada por dolor abdominal, tipo cólico en hemiabdomen inferior, de moderada intensidad y de aproximadamente una hora de evolución, el mismo que se intensificó y se acompañó de astenia, malestar general, diaforesis, escalofríos y alza térmica. Al examinar a paciente, el profesional en salud menciona que paciente se encontraba consciente, orientada, álgica, hidratada, afebril, con signos vitales dentro de los parámetros normales, cardiopulmonar sin hallazgos patológicos, abdomen suave depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, puntos ureterales superiores y medios positivos, puño percusión bilateral positiva; por lo que el cuadro es catalogado como Infección de Vías Urinarias, para lo que se indica Antibioticoterapia y Analgesia, por lo que el cuadro cedió temporalmente, sin embargo dos días después reitera la presentación del cuadro clínico con mayor intensificación, por lo que paciente regresa a la consulta médica privada, por lo que el profesional decide realizar exámenes complementarios, encontrándose un EMO infeccioso y una BHCG positiva para Embarazo en orina y sangre, además se solicita un Eco Abdomino-Pélvico, el que reporta útero vacío, masa a nivel de trompa uterina izquierda y líquido libre en cavidad abdominal entre 2000 – 2500 cc, catalogando al caso como un Embarazo Ectópico Accidentado, por lo que se decide la resolución quirúrgica urgente (Laparatomía Exploratoria de Emergencia).

Posteriormente paciente es ingresada a Casa de Salud Privada Peliservimed, para la resolución quirúrgica, y según nota de ingreso paciente acude por dolor abdominal y

sangrado genital, de aproximadamente 72 horas de evolución, y con los exámenes complementarios ya mencionados, el médico tratante decide el ingreso, el mismo que al realizarse no reporta antecedentes personales, familiares ni gineco-obstétricos, al realizar el examen físico de la paciente no se reportan signos vitales, y aparentemente sin ninguna patología, reportándose abdomen doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior y genitales externos de características normales, Himen presenta desgarró a nivel de las cinco según manecillas del reloj, y se deja al ingreso las siguientes indicaciones: NPO, CSV, Preparar para cirugía, Lactato Ringer 1000 cc IV pasar a 40 gotas por minuto y Cirugía programada.

Se realiza Laparotomía Exploratoria bajo anestesia raquídea con bupivacaína pesada, y con los siguientes hallazgos:

- Líquido sanguíneo libre en cavidad abdominal en una cantidad aproximada de 2500 ml.
- Masa compleja que ocupa toda la longitud de la trompa uterina izquierda.
- Se realiza Salpingectomía Izquierda.

Durante la intervención quirúrgica no se presentó ninguna complicación, dejándose las siguientes indicaciones postquirúrgicas:

- NPO.
- CSV c/3 horas.
- Control de Sangrado Genital.
- Mantener Sonda vesical permanente.
- Lactato Ringer 1000 cc + Tramadol 50 mg IV cada 12 horas.
- Cefazolina 1 g IV cada 8 horas.
- Metamizol 1 g IV cada 8 horas.
- Metoclopramida 10 mg iv cada 8 horas.
- Novedades.

Se envía muestra anatómica obtenida de la cirugía para estudio Histopatológico posterior. Paciente que pasa a sala general para su recuperación en condiciones estables,

no presenta ningún tipo de complicación postquirúrgica, respondiendo de manera adecuada por lo que se decide darle el alta y en espera del resultado del estudio histopatológico.

Dos semanas posterior a la cirugía el estudio Histopatológico de la masa extirpada, reporta Tumor Maligno Germinativo Mixto (Coriocarcinoma 85% y Disgerminoma 15%), de ovario izquierdo, por consiguiente se refiere a paciente a Hospital Básico de Pelileo, como protocolo de ingreso a la Red de Salud Pública.

Se recibe a la paciente en el servicio de Consulta Externa de Ginecología, donde es valorada y se solicitan exámenes complementarios, cuya finalidad tiene como objetivo corroborar el diagnóstico previamente dado, concluyendo con un examen histopatológico, que el diagnóstico es el anteriormente indicado. Con lo cual se decide referir a paciente a Casa de Salud de Tercer Nivel.

DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:

Factores de Riesgo Biológicos:

Tía materna diagnosticada de Cáncer de Mama hace 2 años, actualmente en tratamiento.

Factores de Riesgo Ambientales:

Exposición a gases tóxicos resultantes de las fábricas de material de construcción, cercanas al domicilio de la paciente.

Exposición a químicos avícolas existentes en galpones de crianza avícola, cercanos al domicilio de la paciente.

Factores de riesgo sociales:

Maltrato psicológico a la paciente y su familia.

Falta de credibilidad en la paciente.

Falta de interés de los padres de la paciente para realizarle controles médicos rutinarios y de control a la paciente.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

Oportunidad en la solicitud de la consulta

En el caso de estudio, paciente solicita atención médica privada, aproximadamente una hora posterior a la presentación de su cuadro clínico, obteniendo atención médica, y con supuesta resolución clínica, sin embargo cuadro evoluciona desfavorablemente, razón por la cual regresa a consulta médica privada, dando resolución quirúrgica al cuadro y quince días después la refieren a la Red de Salud Pública, para transferencia a un centro de mayor complejidad, siguiendo así el protocolo de ingreso.

Acceso a la atención médica:

El lugar de residencia de la paciente evidencia determinadas dificultades geográficas, para acceder a la atención en Red de Salud Pública en una primera instancia.

Características de la atención:

La eficacia y calidad del contexto diagnóstico y terapéutico, llevada a cabo en la casa de salud privada, donde la paciente fue atendida en primera instancia, no cumplen con los criterios y requisitos protocolarios adecuados, para una valoración diagnóstica y terapéutica inicial de la paciente; debido a que en estas instancias la paciente necesitaba valoración por médico especialista.

Oportunidades en la remisión:

En el caso de estudio, la paciente posterior a su ingreso en casa de salud privada, es remitida a la Red de Salud Pública, siendo así un proceso de remisión asertivo, aunque tardío, debido a que en un inició, teniendo el diagnóstico por el cual es intervenida quirúrgicamente, se debió solicitar valoración por un médico especialista (Ginecólogo), a pesar de esto el manejo hubiese sido el mismo, debido a que por la edad de la paciente era difícil imaginar que se iba a encontrar aquellos hallazgos durante la cirugía, y menos

el resultado del Histopatológico, además hay que tener en cuenta que por la falta de interés de los padres de la paciente en realizar controles médicos rutinarios, el galeno en su valoración inicial, careció de esta información, así pues en lo que menos se podía pensar era en el diagnóstico final que se obtuvo. A su vez se podía realizar una referencia inicial, y así se ganaba tiempo en llegar al diagnóstico final para ser direccionada oportunamente hacia un centro de mayor complejidad y especialidad en la Red de Salud Pública del Ecuador, para su valoración y manejo de su patología.

Trámites Administrativos:

En el caso de la paciente existe una respuesta favorable en cuanto al área administrativa en cada una de las Casas de Salud en las que ingreso la paciente (Pública y Privada), aportando de esta manera a proporcionar un alivio en el componente emocional de la paciente y la familia.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRITICOS:

El cuerpo está compuesto por millones de millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen para crear nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar a las células desgastadas o a las que están muriendo y para reparar lesiones. El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de unas células anormales. El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa. Las células se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. El ADN se

encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara la alteración o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN alterado que tuvo la primera célula anormal. Las personas pueden heredar un ADN alterado, pero con más frecuencia las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. Algunas veces, la causa del daño al ADN es algo obvio, como el fumar cigarrillos. No obstante, es frecuente que no se encuentre una causa clara.

En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, rara vez forman tumores. En su lugar, estas células cancerosas afectan la sangre, así como los órganos productores de sangre y circulan a través de otros tejidos en los cuales crecen. Las células cancerosas a menudo se trasladan a otras partes del organismo donde comienzan a crecer y a formar nuevos tumores que reemplazan al tejido normal. A este proceso se le conoce como metástasis. Ocurre cuando las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de nuestro organismo. Independientemente del lugar hacia el cual se propague el cáncer, se le da el nombre (y se trata) según el lugar donde se originó. Por ejemplo, el cáncer de seno que se propaga al hígado sigue siendo cáncer de seno, y no cáncer de hígado. Asimismo, el cáncer de próstata que se extendió a los huesos sigue siendo cáncer de próstata y no cáncer de huesos. Los diferentes tipos de cáncer se pueden comportar de manera muy distinta. Por ejemplo, el cáncer de pulmón y el cáncer de seno son dos enfermedades muy diferentes. Crecen a velocidades distintas y responden a distintos tratamientos. Por esta razón, las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico para el tipo particular de cáncer que les afecta. No todos los tumores son cancerosos. A los tumores que no son cancerosos se les llama tumores benignos. Los tumores benignos y órganos sanos. Sin embargo, estos tumores no pueden crecer (invadir) hacia otros tejidos. Debido a que no pueden invadir otros tejidos, tampoco se pueden propagar a

otras partes del cuerpo (hacer metástasis). Estos tumores casi nunca ponen en riesgo la vida de una persona. (1)

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no, o teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución. Los verdaderos procesos neoplásicos presentan una constitución histológica muy diversa, de origen epitelial, le continúan los procedentes del estroma gonadal y, finalmente, los tumores de las células germinales. Se conoce que los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido y algunos de ellos pueden malignizarse en su evolución. Aproximadamente de 75 a 85 % de los tumores son en principio benignos. Hoy día, los factores causales del cáncer de ovario son desconocidos, aunque se plantea que en el ámbito celular es el resultado de la acumulación de múltiples defectos genéticos menores. Los estudios epidemiológicos han permitido enunciar 3 teorías con respecto a las causas de esta enfermedad:

- La división celular ininterrumpida y la continua regeneración del epitelio ovárico con cada ovulación proporcionan la oportunidad para una mutación y transformación maligna por la estimulación de los ovarios y por hormonas gonadotrópicas, que de forma mantenida pueden inducir a la malignización.

- La exposición del ovario a diferentes agentes carcinogénicos.

- Los eventos moleculares que dirigen el desarrollo del cáncer epitelial de ovario son desconocidos. A pesar de esto, en investigaciones epidemiológicas se han identificado algunos factores causales en la carcinogénesis del cáncer de ovario: factores endocrinos, ambientales y genéticos, aunque se incluyen otros, tales como: nuliparidad, historia familiar, menarquia temprana, menopausia tardía, raza blanca y aumento de la edad.

La incidencia específica aumenta según la edad de la paciente, con un pico en la sexta década de la vida. Es infrecuente en mujeres menores de 40 años. El riesgo de que se presente esta enfermedad disminuye con la paridad, con el uso de contraceptivos

hormonales y la lactancia; también parece que la histerectomía o la ligadura de trompas con conservación de los ovarios disminuyen la posibilidad de aparición. El cáncer de ovario con historia familiar constituye apenas 2,5 % del total. (2)

Entre los cánceres del tracto genital femenino, el de ovario es el tercero en frecuencia por detrás del cáncer de cérvix y de endometrio, pero es responsable de casi la mitad de las muertes por cáncer genital, debido a la dificultad para el diagnóstico precoz. El ovario puede originar tumores histológicamente muy diferentes y siempre ha sido un problema su clasificación porque la patogenia está menos clara que en otros tumores.

Adquieren cada vez más importancia los antecedentes familiares y las mutaciones hereditarias como las del BRCA1 y BRCA2, igualmente se ha descrito concentraciones elevadas del oncogén HER2/neu y mutaciones en el p53. (3)

CLASIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud clasifica los tumores ováricos de acuerdo con el tejido de origen. Es necesario puntualizar que los tumores “borderline” o tumores en el límite de malignidad histológica, son formas tumorales con entidad propia, no un estadio evolutivo. Histológicamente se diferencian de los benignos por: estratificación epitelial, aumento de la actividad mitótica, atípia nuclear con ausencia de invasión estromal, y porque pueden metastatizar. (3)

TUMORES DEL EPITELIO DE SUPERFICE-ESTROMA (65-70 %)
TUMORES SEROSOS
Benignos: Cistoadenoma
Cistoadenoma de malignidad borderline
Malignos: Cistoadenocarcinoma seroso
TUMORES MUCINOSOS, TIPO ENDOCERVICAL Y TIPO INTERSTICIAL
Benignos
Borderline
Malignos
TUMORES ENDOMETRIOIDES
Benignos
Borderline
Malignos
Epitelial-Estromal
Adenosarcoma
Tumor mesodérmico mixto
Tumor de células claras
Benigno
Borderline
Malignos
Tumores de células transicionales
Tumor de Brenner
Tumor de Brenner Borderline
Tumor de Brenner Maligno
Carcinoma de células transicionales (no Brenner)
TUMORES DE LOS CORDONES SEXUALES- ESTROMA (5-10 %)
Tumores de células de la granulosa-estroma
Tumores de células de la granulosa
Tumores del Grupo tecoma-fibroma
Tumores de las células de sertoli-estroma, androblastomas
Tumore de los cordones sexuales con túbulos anulares
Ginandroblastomas
Tumor de células esteroides (lipídicas)
TUMOR DE CELULAS GERMINALES (15-20%)
Teratoma
Inmaduro
Maduro (adulto)
Sólido
Quístico (quiste dermoide)
Monodérmico
Disgerminoma
Tumor del saco vitelino (Tumor del seno endodérmico)
Tumor mixto de células germinales
CARNER METASTÁTICO NO OVARICO (5 %)

Figura 1 Clasificación de los Tumores Ováricos. (3)

TUMORES DE CELULAS GERMINALES

Constituyen el 15-20 % de los tumores ováricos, la mayoría son teratomas quísticos benignos, pero el resto que se encuentran principalmente en niñas y en jóvenes, tiene una mayor incidencia de conducta maligna y plantean problemas en el diagnóstico histológico y en el tratamiento.

TERATOMA

Histogénesis.- El origen ha sido materia de fascinación durante siglos, algunas creencias antiguas los hacían responsables de brujas o adulterio con el diablo. La teoría partenogenética actual sugiere un origen en una célula germinal meiótica. El cariotipo de todos los teratomas ováricos benignos es 46 XX. De los resultados de las técnicas de bandeado cromosómico y de la distribución de las variantes electroforéticas de enzimas en las células normales y el teratoma, Linder sugiere que los tumores se originan de un cigoto después de la primera división meiótica. Con frecuencia presentan tejido de las 3 hojas embrionarias.

Teratoma Quístico Benigno. Teratoma Quístico o Quiste dermoide.

Estas neoplasias derivan de la diferenciación ectodérmica de las células totipotenciales, suelen encontrarse en mujeres jóvenes durante los años reproductivos. Son bilaterales en el 10-15 % de los casos. Suelen ser quistes uniloculares que contienen pelos y material sebáceo, al corte ponen de manifiesto una pared fina revestida de una epidermis opaca de color gris o blanco. Desde esta epidermis sobresalen tallos de pelos, y en el interior de la pared pueden encontrarse estructuras dentarias y áreas de calcificación. En raras ocasiones el teratoma es sólido. Microscópicamente, la pared está compuesta de epitelio escamoso estratificado con glándulas sebáceas subyacentes, tallos de pelos y otras estructuras de los anejos cutáneos. Algunos quistes dermoides han incorporado en su pared un cistoadenoma mucinoso. En un 1% de los casos pueden sufrir una transformación maligna de cualquiera de los elementos componentes (lo más frecuente es el carcinoma espinocelular).

Teratoma Solido Maligno, Teratoma embrionario, Teratoblastoma

Es un tumor generalmente pequeño, perfora la cápsula que lo envuelve y penetra en la cavidad abdominal, al corte es sólido, con pequeñas cavidades quísticas. Microscópicamente es muy complejo, suelen predominar áreas de origen mesodérmico con hueso, cartílago, dientes etc.

Teratoma inmaduro

Son tumores raros, que difieren de los teratomas benignos por que el tejido componente se asemeja al observado en el feto o embrión más que al adulto. Ocurre en adolescentes prepúberes o mujeres jóvenes (la edad media es 18 años) Crecen rápidamente y perforan la cápsula con diseminación local o metastásica. Macroscópicamente son tumores voluminosos y presentan una superficie externa lisa, a la sección tienen una estructura sólida con áreas de necrosis y hemorragia, puede haber pelos, material grumoso, cartílagos huesos y calcificaciones. Microscópicamente hay tejido inmaduro. Un riesgo importante para la posterior diseminación extraovárica es el grado histológico del tumor que se basa en la proporción de tejido que contiene neuroepitelio inmaduro.



Figura 2. Teratoma Inmaduro. (3)

MONODERMICOS ESPECIALIDADOS

Estruma Ovárico

Es un teratoma monodérmico especializado que desarrolla únicamente tejido tiroideo, son siempre unilaterales, puede hiperfuncionar y causar hipertiroidismo.

Carcinoide

El carcinoide ovárico, que se origina del epitelio intestinal en un teratoma puede ser funcionante en tumores de gran tamaño (más de 7 cm) produciendo 5-hidroxitriptamina y el síndrome carcinoide, menos de un 2 % son malignos.

DISGERMINOMA

Terminología

Germinoma, seminoma, gonocitoma, carcinoma de células pequeñas.

Histogénesis

Se originan a expensas de células germinales primitivas, antes de la diferenciación sexual. Representan el 2 % de todos los cánceres de ovario, y sin embargo forman la mitad de los tumores malignos de células germinales. Pueden darse en la infancia pero el 75 % de los casos ocurren entre los 20 y 40 años. Algunos se presentan en pacientes con disgenesia gonadal incluido el pseudohermafroditismo.

Anatomía patológica

Generalmente unilaterales en el 80-90 % de los casos, sólidos, tamaño variable, al corte son blandos y carnosos. Microscópicamente se aprecian islotes de células tumorales rodeadas por tejido conectivo infiltrado por linfocitos. Todos son malignos, pero el grado atipia histológica es variable y solo un tercio son agresivos. Así un tumor unilateral, que no se ha roto a través de la cápsula y que no se ha diseminado tiene una tasa de curación hasta el 96 % después de una salpingo-ooforectomía simple. Son

neoplasias radiosensibles, incluso las que se han extendido más allá del ovario pueden controlarse con radioterapia.

TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO (SACO VITELINO)

Terminología

Carcinoma embrionario, tumor del saco vitelino, mesoblastoma, telium.

Histogénesis

Se origina por proliferación selectiva maligna de estructuras extraembrionarias que reproducen los senos endodérmicos de la placenta, asociado a mesoblasto extraembrionario. Ocurre en niñas o mujeres jóvenes, al igual que el saco vitelino el tumor es rico en alfa-fetoproteína.

Anatomía Patológica

Suelen afectar a un único ovario, pero crecen de modo rápido y agresivo, adquieren gran tamaño, encapsulados, al corte presenta zonas sólidas de consistencia similar al caucho y pequeñas cavidades quísticas, junto a áreas de necrosis y hemorragias. Microscópicamente es una estructura de tipo glomerular compuesta por un vaso sanguíneo central envuelto por células germinales en el interior de un espacio revestido de células germinales (cuerpos de Schiller-Duval). Se observan estructuras similares al saco vitelino.

CORIOCARCINOMA

La mayoría acompañan a otros tumores germinales ováricos, la forma pura es extremadamente infrecuente, puede confirmarse solo en una chica prepuber porque después de esta edad no puede diferenciarse de un embarazo ectópico de situación ovárica. Los primarios ováricos son muy agresivos y generalmente metastatizan en el momento del diagnóstico, responden mal a la quimioterapia y generalmente son fatales (al contrario que los de origen placentario). Histológicamente son idénticos a las lesiones placentarias. Se expone en el tema de enfermedad trofoblástica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En la mayoría de las ocasiones, hasta en un 70%, el cáncer de ovario se presenta como enfermedad avanzada, ya que debido a la localización anatómica de los ovarios, no suelen dar sintomatología hasta que se conforma una gran masa pélvica o hay diseminación peritoneal o ascitis. En estadios precoces, las pacientes suelen estar asintomáticas y el diagnóstico suele ser un hallazgo casual durante el transcurso de una exploración ginecológica rutinaria. Inicialmente, la clínica suele comenzar como molestias abdominales inespecíficas, siendo los síntomas al debut, distensión abdominal, ya sea por grandes masas o por ascitis, náuseas, anorexia, saciedad precoz con pérdida de peso y estreñimiento en el caso de diseminación a nivel intestinal. (4)

Los síndromes paraneoplásicos asociados son poco frecuentes, pero se han descrito situaciones como hipercalcemia asociadas al carcinoma de células claras, así como la degeneración subaguda cerebelosa, dermatomiositis o síndrome de Trousseau (“trombosis migrans”) entre otros. Llegado este punto, el primer paso diagnóstico consistirá en una exploración ginecológica, la cual nos puede dar una idea de malignidad, si palpamos una masa sólida, de origen anexial, fija a la pared pélvica, con o sin la presencia de ascitis. Posteriormente se procederá a la realización de diversos procedimientos diagnósticos para confirmar la sospecha de malignidad o no del proceso, de cara a considerar la necesidad de intervención quirúrgica para el diagnóstico definitivo.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO:

MARCADORES TUMORALES:

Ca 125.- Es el marcador más utilizado en el seguimiento del carcinoma de ovario. Si bien al diagnóstico suele estar elevado en fases avanzadas de la enfermedad, con valores > 65 u/ml en el 80% de las pacientes, en ocasiones puede estar elevado en circunstancias de benignidad tales como endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria o menstruación, entre otros. No obstante, los niveles muy elevados de Ca 125 se suelen

correlacionar con estadios avanzados, con tumores de alto grado, histología serosa y presencia de ascitis.

Asimismo, su descenso tras la cirugía de citorreducción es un indicativo muy sensible del éxito de dicha intervención, permite monitorizar la respuesta al tratamiento y sospechar precozmente la posible recidiva tumoral. Se encuentra en la mayoría de los carcinomas ováricos de tipo seroso, endometrial y de células claras, y con menor frecuencia en los mucinosos.

CEA (antígeno carcinoembrionario), CA 19.9.- No son marcadores tumorales que se utilicen habitualmente en el seguimiento del cáncer de ovario, y no está recomendado su uso en ninguna guía de consenso sobre el manejo del cáncer de ovario de la práctica clínica habitual. De esta forma, nos podemos encontrar un cáncer de ovario avanzado con niveles elevados de Ca 125 y niveles normales de CEA.

Sin embargo, podemos observar casos de cáncer de ovario mucinoso que presentan un CEA y/o Ca 19.9 elevado.

AFP(alfa-fetoproteína), LDH (ácido láctico deshidrogenasa) y BHCG (gonadotropina coriónica humana).- Ante la presencia de una masa pélvica en mujeres jóvenes y premenopáusicas, su medición nos puede ayudar a descartar la presencia de un tumor ovárico de origen germinal, tales como el tumor del seno endodérmico ante AFP elevada, disgerminoma ante aumento de LDH o el coriocarcinoma ante B-HCG elevada, entre otros.

PROCEDIMIENTOS DE IMAGEN

Ultrasonografía transvaginal.- Es un procedimiento que para el diagnóstico de cáncer de ovario muestra una sensibilidad del 62% y una especificidad del 77%. La imagen ecográfica nos puede mostrar características del quiste que orienten hacia su malignidad, tales como la presencia de áreas sólidas, irregulares, heterogéneas con zonas nodulares o papilares en su interior, septos gruesos intraquísticos o la presencia de vasos sanguíneos abigarrados con un flujo de baja resistencia en su interior, valorados por eco doppler

color. Asimismo, la presencia de ascitis abdominopélvica, la presencia de masas peritoneales o adenopatías, nos harán pensar claramente en la malignidad del proceso.

Tomografía axial computerizada (TAC).- Ante la presencia de masas ováricas es necesario descartar la presencia de neoplasias primarias extraováricas, tales como tumores gástricos, colorrectales, pancreáticos o de mama, tumores que con frecuencia presentan afectación metastásica en la superficie ovárica, para lo cual el TAC es un procedimiento adecuado. Asimismo, permite valorar la extensión peritoneal y extraperitoneal de la enfermedad y ayuda al cirujano en el planteamiento del abordaje quirúrgico posterior.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El hallazgo de una masa pélvica sospechosa de malignidad, hoy día sigue precisando de una laparotomía exploradora o laparoscopia, según la experiencia del cirujano, para un diagnóstico y estadificación definitiva, así como para proceder a citorreducción quirúrgica en caso de enfermedad avanzada. Es la parte más importante del tratamiento, determinando con su resultado el pronóstico de la paciente.

El tratamiento quirúrgico en la paciente en la que se sospecha de cáncer de ovario tiene 3 finalidades:

1º) Conseguir la confirmación histológica de la enfermedad.

2ª) Determinar la verdadera extensión de la enfermedad (estadificación quirúrgica), y con ello conocer qué tratamiento postquirúrgico se precisa y cuál es el pronóstico de la paciente.

3º) Fundamental para conseguir, en el caso de enfermedad avanzada, la máxima citorreducción posible, definida por la presencia o no de menos de 1 ó 2 cms de enfermedad residual, y con ello conseguir mejorar el pronóstico de la paciente.

El procedimiento consiste en realizar una laparotomía media amplia, supraumbilical, que permita inspeccionar toda la cavidad abdominal incluyendo ambas cúpulas diafragmáticas y el retroperitoneo. Se procede a realizar un lavado de la

cavidad peritoneal y envío de muestras del líquido resultante para citología. Se realizará una cuidadosa inspección intraabdominal y palpación de todas las superficies peritoneales y mesentéricas, sobre todo para evaluar las características morfológicas de malignidad.

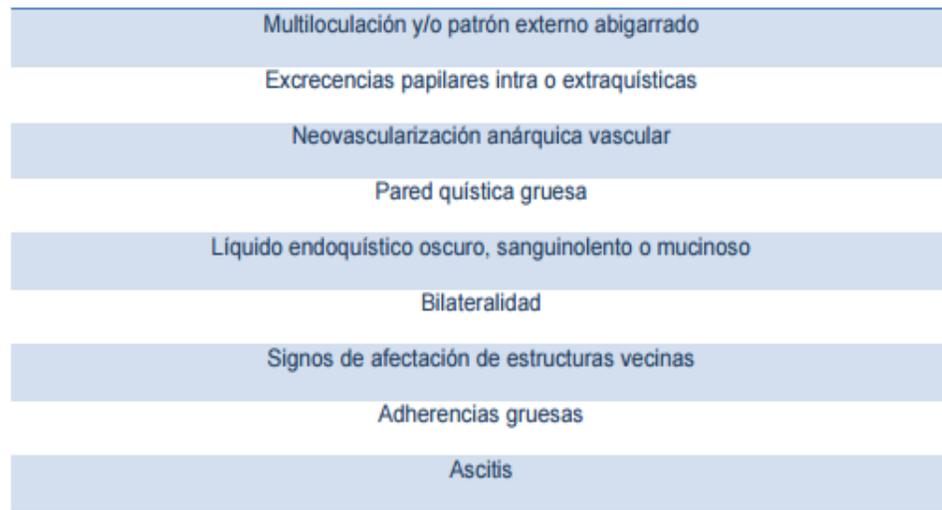


Figura 3. Características Morfológicas Macroscópicas de Malignidad de Masa Ovárica.
(4)

Después se debe proceder a la resección del ovario del que derive la masa anexial, con cuidado de que no se rompa el mismo. Tras la confirmación intraoperatoria de malignidad, se procederá según los deseos de paridad de la paciente o el estadio de la enfermedad:

- Si la paciente es postmenopáusica o ha cumplido sus deseos de maternidad se realiza el procedimiento quirúrgico completo, que consiste en anexectomía bilateral, histerectomía, omentectomía, que puede ser infracólica si no está afectada o completa, desde la curvatura mayor del estómago, si presenta implantes peritoneales, junto con apendicetomía, y toma de biopsias múltiples a nivel peritoneal, incluidos ambos espacios paracólicos, el fondo de saco de Douglas, ambas cúpulas diafragmáticas, grasa mesentérica, así como realización de linfadenectomía de ganglios paraaórticos y

pélvicos. De la misma forma, si se observase cualquier nódulo sospechoso, o afectación intestinal, se debe proceder a resección de la misma o del máximo posible, con la finalidad de no dejar enfermedad residual.

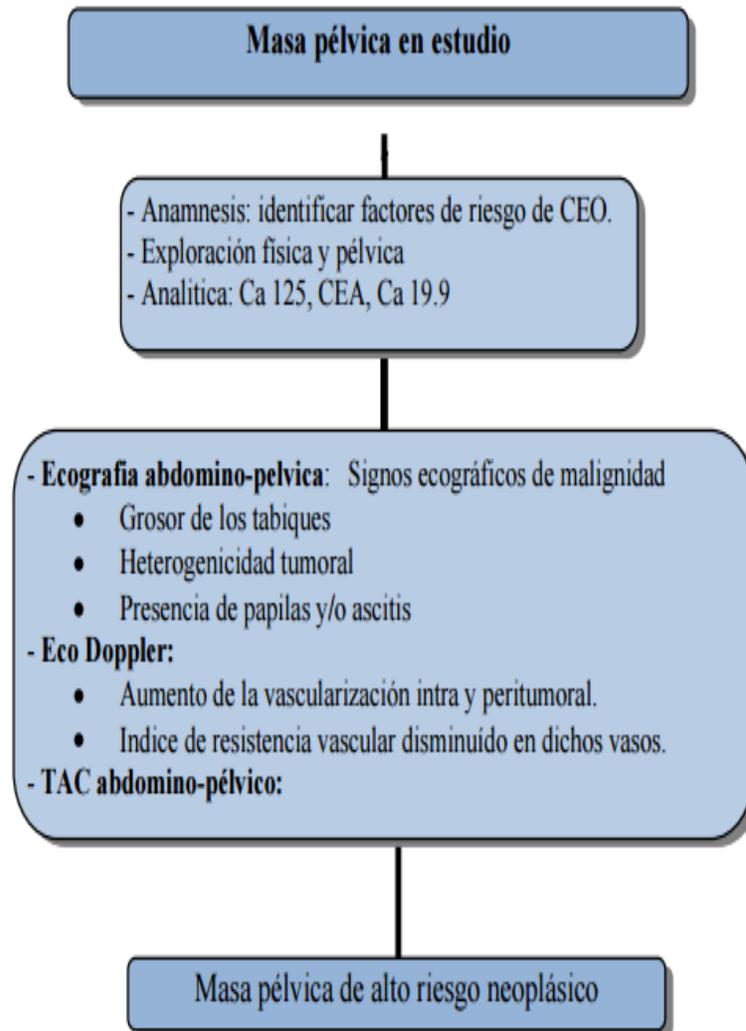
- Si la paciente no ha visto cumplidos sus deseos de maternidad y el tumor está limitado a un ovario (estadio FIGO IA/IB) y tiene un grado histológico bien diferenciado, se puede proceder a dejar el ovario contralateral y el útero y realizar el resto del procedimiento exploratorio.

- En el caso de que la situación clínica de la paciente o la extensión de la enfermedad haga totalmente irresecable la misma en un primer momento, se debe proceder a la toma de citologías y biopsias que permitan la confirmación histológica de la neoplasia. Posteriormente, tras someter a la paciente a tratamiento citostático, se puede proceder a una “cirugía de intervalo”, en un segundo tiempo, con la finalidad de intentar una cirugía de citorreducción óptima que mejore el pronóstico. Sin embargo, el pronóstico de las pacientes sometidas a estas cirugías de intervalo es peor que el obtenido tras una cirugía de citorreducción primaria. Una vez realizados los procedimientos diagnósticos pertinentes, incluyendo la laparotomía exploradora como parte fundamental del proceso, se obtiene la estadificación patológico-quirúrgica de la paciente, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O), que analiza parámetros tales como la afectación de la superficie ovárica, la rotura o no de la cápsula ovárica, la presencia de ascitis maligna o implantes peritoneales y la afectación ganglionar, todos ellos fundamentales para establecer el pronóstico de la paciente y decidir si precisa o no tratamiento complementario. La afectación ganglionar regional, definida como N1 incluye los ganglios hipogástricos, iliacos comunes y externos, sacros, para-aórticos, inguinales y obturadores bilaterales. (5)

Estadificación	Extensión
Estadio I	Cáncer limitado al ovario
Estadio Ia	Limitado al ovario, capsula íntegra, no tumor en superficie ovárica, sin ascitis.
Estadio Ib	Ambos ovarios afectados, capsula íntegra, no tumor en superficie ovárica, sin ascitis.
Estadio Ic	Ia o Ib con cápsula rota, tumor en superficie ovárica, ascitis o lavados peritoneales positivos.
Estadio II	Cáncer de uno o ambos ovarios con extensión limitada al tejido pélvico.
Estadio IIa	Extensión al útero o trompas de Falopio, sin ascitis ni lavado peritoneal positivo.
Estadio IIb	Extensión a otros tejidos pélvicos, sin ascitis ni lavado peritoneal positivo.
Estadio IIc	IIa o IIb con ascitis o lavado peritoneal positivo.
Estadio III	Afecta a uno o ambos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis (incluyendo metástasis en la capsula hepática) y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.
Estadio IIIa	Tumor macroscópicamente limitado a la pelvis verdadera con ganglios negativos, se comprueba extensión microscópica a la superficie peritoneal abdominal.
Estadio IIIb	Igual que IIIa pero con implantes peritoneales macroscópicos de ≤ 2 cms.
Estadio IIIc	Implantes peritoneales >2 cms y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.
Estadio IV	Presencia de metástasis a distancia (incluyendo derrames pleurales con citología positiva, metástasis al parénquima hepático/esplénico o a los ganglios periféricos superficiales).

Figura 5. Estadificación para el Carcinoma de Ovario según la FIGO. (4)

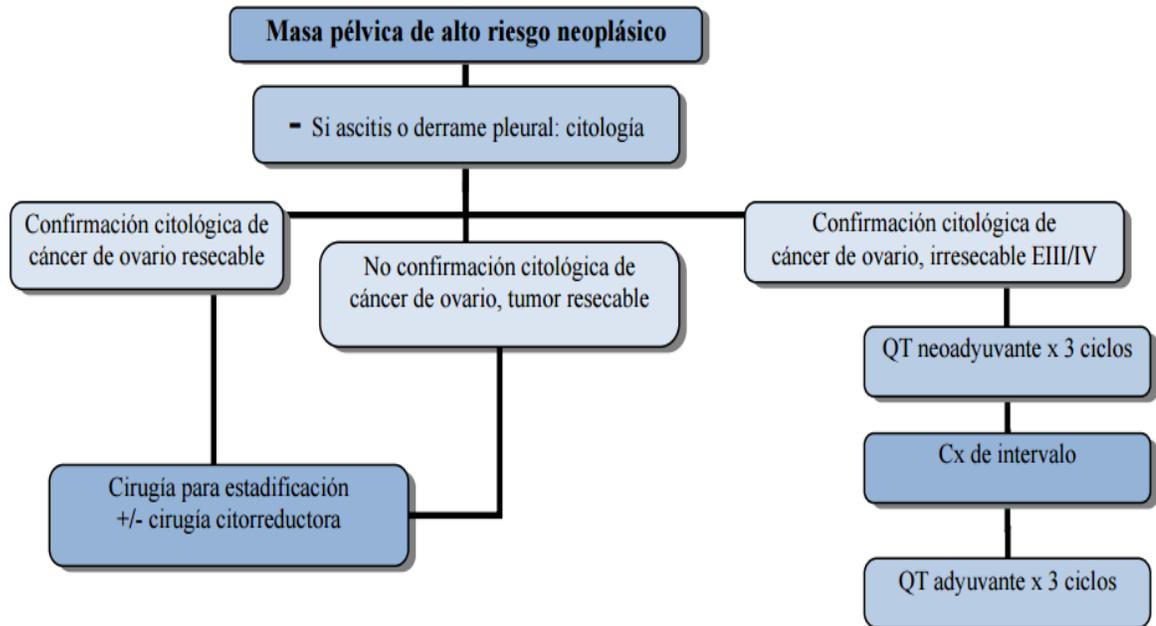
MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ENFERMEDAD EN ESTADIOS PRECOCES.



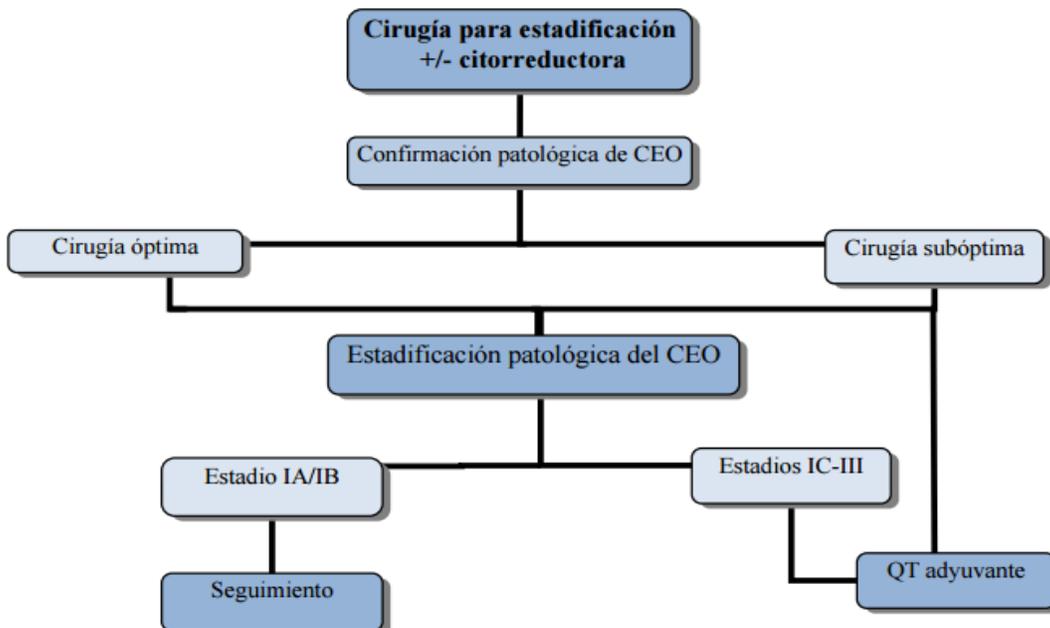
Algoritmo 1. Evaluación Pre quirúrgica. (4)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Estadificación



Algoritmo 2. Masa Pélvica de Alto Riesgo Neoplásico.



Algoritmo 3. Cirugía para estadificación. (4)

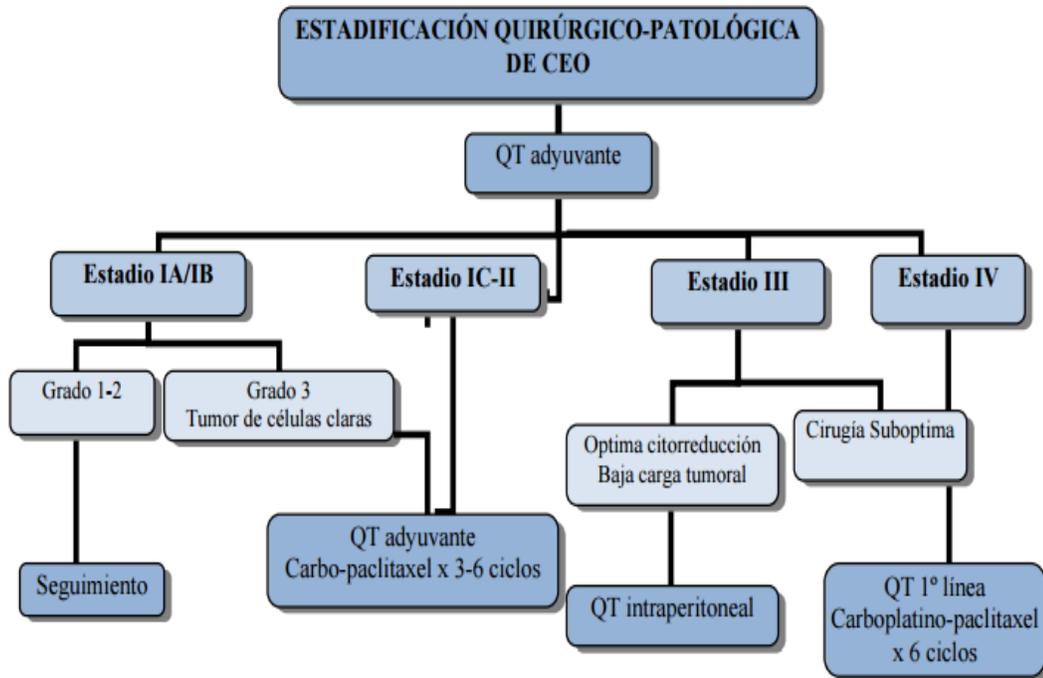
Quimioterapia (QT) adyuvante.

La QT adyuvante produce incremento tanto de la supervivencia libre de progresión (SLP) como de la supervivencia global (SG) en pacientes con estadios precoces de Cáncer Ovárico de alto riesgo, fundamentalmente estadio I Grado 3, estadio IC o cualquier estadio II. Sin embargo, se considera que pacientes de alto riesgo, que también deben beneficiarse de QT adyuvante, no sólo serán los estadios IC o II de Cáncer Ovárico, sino los estadios IA-IB poco diferenciados y cualquier estadio con histología de células claras, ambos grupos con un porcentaje de recidiva del 20-30%.

El regimen de quimioterapia adyuvante actualmente aprobado en Cáncer Ovárico en estadios precoces y de alto riesgo es la combinación de Carboplatino y Paclitaxel durante 6 ciclos. Con esta combinación el porcentaje de respuestas en pacientes con citorreducción óptima y subóptima es del 80% y 70%, respectivamente.

QT intraperitoneal.

En los últimos años se han desarrollado estudios analizando el uso de la quimioterapia intraperitoneal en primera línea de tratamiento del Cáncer de Ovario avanzado, sobre todo en pacientes con estadio III que se han podido someter a una cirugía citorreductora óptima, con enfermedad residual de < 1-2 cm. En ellos se han observado incrementos significativos tanto en SG como en SLP, tanto usando quimioterapia con cisplatino intraperitoneal y paclitaxel endovenoso, como con cisplatino y paclitaxel intraperitoneales. De manera global, el uso de QT intraperitoneal se ha asociado con una reducción en el riesgo de muerte del 21,6%. Sin embargo, no es una técnica exenta de efectos adversos, tales como infecciones asociadas al catéter intraperitoneal, dolor abdominal, insuficiencia renal, alteraciones hidroelectrolíticas y riesgo de perforación intestinal, motivo por el que no se recomienda su uso en pacientes con comorbilidades y que hace muy difícil que se establezca como una técnica estándar. Tampoco se recomienda en aquellas pacientes en las que en la cirugía citorreductora se ha precisado reseca áreas intestinales, por mayor frecuencia de complicaciones postquirúrgicas, o en pacientes con cirugía subóptima, con enfermedad residual de > 2 cms, por resultar ineficaz. (4)



Algoritmo 4. Estadificación Quirúrgico-Patológico del CEO (4).

MANEJO DE LA ENFERMEDAD RECURRENTE.

La mayoría de las pacientes con Cáncer Ovárico avanzado recidivan tras una primera línea de tratamiento. En este momento, podemos aplicar distintas opciones terapéuticas, dependiendo de la extensión de la enfermedad y del estado general de la paciente. Llegados a este punto, el pronóstico de la enfermedad va a depender de varios factores:

- La respuesta a la QT inicial.
- El intervalo transcurrido desde que finalizó dicho tratamiento hasta la aparición de la recidiva.

En base a ello debemos plantearnos la mejor opción de tratamiento paliativo para la paciente:

Quimioterapia (QT).

La QT busca la finalidad de ayudar en el control de síntomas y de frenar la evolución de la enfermedad. El beneficio de un esquema u otro de QT va a depender básicamente del intervalo libre de enfermedad de la paciente tras la primera línea de tratamiento.

Pacientes platino-sensibles. Son aquellos que progresan a más de 6 meses del tratamiento adyuvante previo. En ellos, la probabilidad de responder nuevamente al platino es del 60-70% si han recidivado a > 2 años, y en torno al 30% si han recidivado entre 6-12 meses. La recomendación es tratar nuevamente con platinos (carboplatino-paclitaxel o carboplatino-gemcitabina). Además, si responden, en este grupo es posible plantearse la cirugía citorreductora secundaria. Pacientes platino-resistentes. Son aquellos que progresan en menos de 6 meses tras haber finalizado el tratamiento de primera línea o durante el transcurso del mismo. Estas pacientes tendrán peor pronóstico y su tratamiento es fundamentalmente paliativo. Se aconseja el uso de agentes en monoterapia tales como adriamicina liposomal, topotecán, gemcitabina, docetaxel y etopósido vía oral. (4)

QT neo/adyuvante	Dosis	Vía	Frecuencia
Paclitaxel	135-175 mg/m ²	ev	día 1 cada 21 días
Carboplatino	AUC* 5-6		
QT de 1ª línea			
Paclitaxel	135-175 mg/m ²	ev	día 1 cada 21 días
Carboplatino	AUC* 5-6		
Otras líneas de QT			
Adriamicina liposomal	40-50 mg/m ²	ev	día 1/ c 28 días
Gemcitabina	1000 mg/m ²	ev	días 1,8,15 / c 28 días
Topotecan	1,5 mg/m ²	ev	días 1 a 5 / c 28 días
Docetaxel	60-75mg/m ²	ev	día 1/c 21 días
Paclitaxel semanal	80 mg/m ²	ev	semanal x 6/c 8 sem
Etopósido	100 mg	vo	días 1-14/ c 21-28 días
Tamoxifeno	20 mg	vo	1 comp/12 h diario

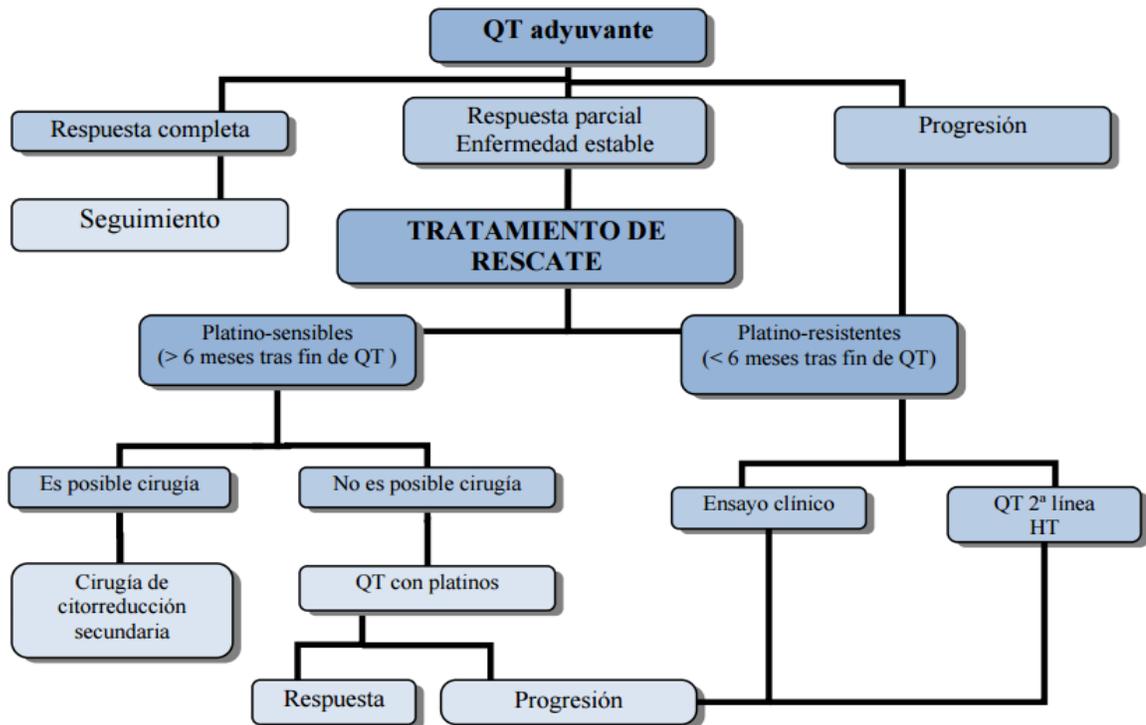
Figura 6. Esquema de Quimioterapia.

HORMONOTERAPIA (HT).- En el caso de que la recidiva se manifieste en forma de elevación del marcador Ca 125, sin evidencia clínica ni radiológica de enfermedad, o en pacientes multitratadas y/o con mal estado general para recibir un agente de quimioterapia, se han demostrado eficaces en Cáncer Ovárico drogas como el tamoxifeno, o un inhibidor de la aromatasa (letrozol).

CIRUGÍA CITORREDUCTORA SECUNDARIA.

Se considera el rescate quirúrgico de la enfermedad recidivada o persistente. Especialmente indicada en recidivas focalizadas, de bajo volumen y/o con largos periodos libres de enfermedad (> 18 meses).

RADIOTERAPIA (RT). La RT tiene un papel fundamental en la paliación de síntomas de las pacientes con Cáncer Ovárico recidivado, como es el alivio del dolor por el crecimiento de masas pélvicas, el sangrado o la compresión del recto.



Algoritmo 5. Quimioterapia y Tratamiento de Rescate. (4)

El embarazo ectópico representa un reto en la actualidad en cuanto a su diagnóstico temprano y su manejo anticipado a las complicaciones que éste representa como son la ruptura del saco gestacional y la hemorragia, debido a que es una de las principales causas de muerte materna directa durante el primer trimestre del embarazo. La prevalencia del embarazo ectópico tubario en Estados Unidos es del 2%.

El embarazo ectópico tubarico fue descrito por primera vez en 1693 por Busiere, durante el examen del cuerpo de una prisionera en París. Gifford, en 1731, realizó un informe más completo describiendo la condición del óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina. La localización del embarazo intersticial es poco frecuente (del 2 al 4% de los casos de embarazo ectópico), pero son de vital importancia su identificación y manejo, debido a que la ruptura, en caso de presentarse, se lleva a cabo en una zona altamente vascularizada. (6)

La localización más frecuente del Embarazo Ectópico es a nivel de las trompas de Falopio (EE tubárico) en el 95 al 98 % de los casos. También se puede encontrar en el cuello uterino (EE cervical), en los ovarios (embarazo ectópico ovárico), en el epiplón, vísceras abdominales (embarazo ectópico abdominal), en la porción intersticial de la trompa (embarazo ectópico cornual) y en el muñón de las trompas ligadas (embarazo ectópico del muñón), en la cicatriz de la cesárea, y se han descrito varios casos de embarazo ectópico bilateral.

Como causa principal se invoca la destrucción anatómica e histológica de las trompas de Falopio, también por desequilibrios hormonales, aberraciones de la motilidad tubaria, obstrucción y estrechez de la luz de la trompa y en casos muy raros puede originarlo la traslocación del huevo.

Numerosos autores coinciden al plantear los múltiples factores etiológicos asociados al Embarazo Ectópico:

- Las Infecciones de Transmisión Sexual (Chlamydia Trachomatis, Neisseria gonorrhoeae).
- Antecedentes de Enfermedades Inflamatorias Pélvicas (EIP).
- Antecedentes de infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Cirugías pélvicas previas.
- Esterilización quirúrgica o salpingectomía parcial bilateral (SPB).
- Uso de anticonceptivos intrauterinos.
- Abortos inducidos.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Tabaquismo. (7)

Las manifestaciones clínicas clásicas ocurren generalmente entre 6 y 8 semanas después de la fecha de la última menstruación. Los síntomas clásicos del EE son el dolor abdominal (99%), la amenorrea (74%) y el sangrado vaginal (56%). Estos síntomas pueden presentarse en EE rotos o no, siendo la tasa de esta complicación de 18%. (8)

El diagnóstico de EE no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con *shock* hemodinámico. Una de las presentaciones más frecuentes incluye uno o todos los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal. Desde hace aproximadamente tres lustros, se hace uso de exámenes auxiliares que ayudan a precisar el diagnóstico de EE, tales como subunidad β de gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y ultrasonografía transvaginal (USTV).

El EE puede ser manejado de manera expectante, médica o quirúrgica, siendo esta última muchas veces la más frecuente debido a la complejidad y gravedad del cuadro. En los últimos años se está optando por salvar tanto la vida de la paciente como preservar su fertilidad posterior, sobretodo en casos de mujeres nulíparas. (9)

PUNTOS CRÍTICOS:

- I. El rango de edad correlacionado a la definición histopatológica del tumor (Coriocarcinoma – Disgerminoma), es un punto crítico a analizar, debido a que la paciente se encuentra en un rango de edad (11-13 años), en el cual se puede confundir fácilmente su diagnóstico con un embarazo ectópico.
- II. Desinterés al sistema de salud nacional, al no acudir a una valoración médica multidisciplinaria, ofrecida por la red de salud pública.
- III. Falta de datos e información acerca de la incidencia, prevalencia, detección precoz y el seguimiento oportuno para un mejor pronóstico, de la patología, en la zona geográfica donde reside la paciente,
- IV. Falta de controles médicos rutinarios anteriores de la paciente, por falta de interés de los padres, los cuales no acudían a que se realice una valoración multidisciplinaria de la paciente, ya que se asume la paciente presentaba molestias anteriormente debido a que el Tumor debió tomar un largo tiempo en desarrollarse, tiempo durante el cual la paciente pudo presentar molestias.
- V. Déficit de investigaciones nacionales para definir zonas de riesgo y de mayor predisposición a este tipo de patología en base a sus características sociodemográficas.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:

OPORTUNIDAD DE MEJORA	OPCIONES DE MEJORA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE	FORMAS DE ACOMPAÑAMIENTO
Falta de guías y protocolos propios o adaptados a la realidad nacional	Elaboración de Guías y Protocolos	Corto plazo	Médicos Tratantes, residentes e Internos de Medicina	Guías Terapéuticas y de Manejo. Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento.
Desinterés al Sistema de Salud	Promoción del funcionamiento del sistema de Salud actual	Corto y Largo Plazo	MSP	Afiches y Pancartas Publicitarias Difusión por Televisión, Radio y Prensa
Predisposición Geográfica	Cribaje de población en Riesgo	Etapas Inicial: 6 meses Etapas Seguimiento: indefinido	Médicos y personal de salud del primer nivel de Atención	Registro en ficha familiar. Elaboración de mapa de alto riesgo.
Déficit de Investigaciones Nacionales	Fomentar investigación en patologías locales de prevalencia	Mediano plazo	Médicos Tratantes, residentes e Internos de Medicina	Artículos de revisión. Presentación de Casos Clínicos.

V. CONCLUSIONES:

- Posterior al minucioso análisis de las características mencionadas, en el estudio de caso planteado encontramos que la variante histopatológica de un Tumor Mixto de Células Germinativas, se correlaciona de manera frecuente con la clínica de un Embarazo Ectópico Accidentado.
- Se encontró que un antecedente familiar, relacionado a Cáncer es un posible factor predisponente ligado al desarrollo de la patología.
- Los factores pronósticos que ayuden a mejorar la calidad de vida y supervivencia de las pacientes afectadas por Cáncer de Ovario son el rango de edad y los tipos histológicos del Cáncer.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA:

- Martín Francisco C, Laila JM, Bajo JM. Patología Tumoral de Ovario. Clasificación y Terminología de los Tumores de Ovario. Histogénesis y Anatomía Patológica. Fundamentos de Ginecología Segos. Capítulo 34. 2012. 12. (3)

LINKOGRAFÍA:

- American Cancer Society. Last Medical Review 9/9/2014. Last Revised 3/12/2015. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002317-pdf.pdf> (1)
- Ángel Iván Martínez Guadalupe. Yuri Sandy Mascaró Rivera. Sammy Walter Méjico Mendoza. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013. 59. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-1322013000300005&script=sci_arttext (9).
- Ignacio Cabrera Samith, Iván Perales. Germán Romero. Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico: Hospital Base de los Ángeles. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010. 75 (2). Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art04.pdf> (8).
- MsC. Laura María Pons Pona, MsC. Oddis García Gones, Dra. Acelia Salmon Cruzata. Tumores de Ovario: Patogenia, Cuadro Clínico, Diagnóstico, Ecográfico e Histopatológico. 2012. 16 (6). 12. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vo_16_6_12/san13612.pdf (2).

- Parrasqueby Loukidis Alarcón. Caracterización Clínico Histopatológico de los Tumores Germinales de Ovario.2011. Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_busca/archivo.php?codArchivo=5026 (5).
- Rosa Delia García Marrero. Cáncer de Ovario y Factores Pronósticos [Tesis Doctoral]. 2010. Disponible en: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccppytec/cp311.pdf> (4).
- Yordanka Rodríguez MoralesI; Margarita Altunaga Palacio. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010.36 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2002000300004&script=sci_arttext (7).

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

- **EBSCOHOST:** Alejandro Arellano Borja, Jose Antillon Valenzuela, Abraham Gonzales Olivos. Manejo conservador laparoscópico de un embarazo ectópico intersticial no roto. Reporte de caso, descripción de la técnica quirúrgica y revisión de la literatura. Medigraphic. 2012. 26 (2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2012/ip122g.pdf> (6).
- **PROQUEST:** Centers for Disease Control NAICS. Sexo y el Embarazo. ProQuest, 2008. 4 (9). Disponible en: Search.proquest.com/docview/389083630/2A9D8630D8FE4E72PQ/9?accountid=36765 (13).
- **PROQUEST:** Diario Médico. Vínculo entre en Tabaco y el Embarazo Ectópico. ProQuest, 2015. 10 (29). Disponible en: Search.proquest.com/docview/1036967445/2A9D8630D8FE4E72PQ/5?accountid=36765 (12).
- **PROQUEST:** Marrugo – Flórez Martha Lucía, Valencia Mejía Margarita, Ramirez Hernandez Esteban. Embarazo Ectópico en cicatriz de cesárea.

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universidad del Norte,
2013.29 (3). Disponible
en: search.proquest.com/docview/1511620156/A9BCF1153C84E63PQ/6?accountid=36765 (10).

- **PROQUEST:** Mendoza Claudia. Qué es el embarazo ectópico? ProQuest, 2015.
10 (29). Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/ProQuestDocuments-2015-10-29.pdf>. (11).

VII. ANEXOS



PELISERVIMED S.A.

Tel: 2871-926 Telefax: 2871-034

APELLIDO PATERNO <i>BARROSO</i>		MATERNO <i>CUNALATA</i>		NOMBRES <i>PAMELA DEL ROCIO</i>		N° DE LA HISTORIA CLINICA <i>2402</i>	
FECHA <i>23/05/2015</i>	EDAD <i>13 años</i>	SEXO <i>♀</i>	ESTATURA	PESO	Ocupacion ACTUAL <i>Estudiante</i>	SERVICIO <i>Obstetricia</i>	SALA <i>UNO</i>
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO <i>Embarazo ectópico Accidental</i>		DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO <i>Embarazo ectópico Accidental</i>		OPERACION PROPUESTA <i>Embarazo Laparotomía</i>		OPERACION REALIZADA	
CIRUJANO <i>Dr. F. Medina C</i>		AYUDANTES <i>Dr. F. Villena Chico</i>		OPERACION REALIZADA <i>Sagittomectomia, Juguirudo</i>			
ANESTESIOLOGO <i>Dr. Indulio Barrera</i>		AYUDANTES <i>Sra. Mónica Ramirez</i>		INSTRUMENTISTA			

AGENTES		HORA		REGISTRO TRANS-ANESTESICO																	
				15			30			45			15			30			45		
T.A.	220																				
MAX. MMHg	21																				
PULSO	19																				
INDUCCION	180																				
FN-ANESTESIA	38°																				
RESPIRACION	17																				
ESP.	36°																				
ASIST.	140																				
CONT.	34°																				
TEMPERATURA	120																				
FETO	32°																				
PRES. VENOSA	11																				
TORNIQUETE	100																				
	9																				
	80																				
	7																				
	60																				
	5																				
	40																				
	3																				
	20																				
	1																				
	0																				
POSICION		1			2			3													

DROGAS ADMINISTRADAS				TIEMPOS	
N°	TIPO				
1	<i>Bupivacain 0.5%</i>	4	8	DURACION ANESTESIA	
2	<i>Miltocapromin 10mg</i>	6	9	HS.	MIN.
3	<i>Midazolam 2mg</i>	7	11	DURACION OPERATIVA	
				HS.	MIN.

TECNICAS		INFUSIONES		COMPLICACIONES OPERATORIAS	
GENERAL	<input type="checkbox"/> CONDUCTIVA	<input checked="" type="checkbox"/> D	D DEXTROSAS	cc	HIPOTENSION
SISTEM. ABIERTO	<input type="checkbox"/> ASEPSIA DE PIEL	<input checked="" type="checkbox"/> R	R RINGER 1000	cc	ARRITMICAS
SISTEM. CERRADO	<input type="checkbox"/> CON <i>Alcohol Yodado</i>	<input type="checkbox"/> S	S SANGRE	cc	DEPRESION RESPIRATORIA
SISTEM. SEMI-CERR.	<input type="checkbox"/> HABON	<input type="checkbox"/> E	E EXPANSIONES	cc	DIFICULTAD TECNICA
APARATOS USADOS	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDEA	<input checked="" type="checkbox"/> TOTAL	TOTAL 1000	cc	CONDUCTIVA INSUFICIENTE
CIRC.	<input type="checkbox"/> VAIVEN	<input type="checkbox"/> EPIDURAL CAUD.	HEMORRAGIA	cc	PARO CARDIACO
MASCARA	<input type="checkbox"/> SIMPLE	<input type="checkbox"/> CONTINUA	2.000	cc	CAMBIO DE TECNICA
INTB. TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> NASAL	<input type="checkbox"/> ALTURA PUNCION:	APGAR		COMENTARIOS: <i>Se monitorea SpO2, TA, FC Hemostas: Sangre libre en cavidad Abdominal en uno 2000 ml I Masa Compleja que ocupa todo el espacio de Trompa uterina izquierda</i>
RAPID.	<input type="checkbox"/> LENT.	12-13	1 MIN 5 MIN 10 MIN F. MUERTO		
TUBO No.	<input type="checkbox"/> PUNCION LAT.		TECNICAS ESPECIALES		
MANGUITO INFLAB	<input type="checkbox"/> LINEA MEDIA				
TAPONAMIENTO	<input type="checkbox"/> AGUJA N°	27			
ANST TOPICA	<input type="checkbox"/> NIVEL		CONDUCIDO A: <i>Sala</i>		FIRMA DEL ANESTESIOLOGO
ANST TRANSORAL	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERBARA		POR: <i>Dr. I. Barrera C</i> HORA: <i>15:40</i>		
	POSICION				

M.R.P. - H.C.U. - Form. 018

REGISTRO DE ANESTESIA

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N° HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
					2402

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

A *Dolor abdominal* C

B *Sangrado genital* D

2 ANTECEDENTES PERSONALES DESCRIBIR ABAJO, CON EL NÚMERO RESPECTIVO FUM= FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FUP= FECHA ÚLTIMO PARTO FUC= FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA

1. VACINAS	5. ENF. ALÉRGICA	9. ENF. NEUROLÓGICA	13. ENF. TRAUMATOL.	17. TENDENCIA SEXUAL	21. ACTIVIDAD FÍSICA	MENARQUIA -EDAD-	MENOPAUSIA -EDAD-	CICLOS	VIDA SEXUAL ACTIVA
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABÓLICA	14. ENF. QUIRÚRGICA	18. RIESGO SOCIAL	22. DIETA Y HÁBITOS	GESTA	PARTOS	ABORTOS	CEBAREAS
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO. LINF.	15. ENF. MENTAL	19. RIESGO LABORAL	23. RELIGIÓN Y CULTURA	FUM	FUP	FUC	BIOPSIA
4. ENF. ADOLESCENTE	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. T. SEXUAL	20. RIESGO FAMILIAR	24. OTRO	MÉTODO DE P. FAMILIAR	TERAPIA HORMONAL	COLPOS COPIA	MAMO GRAFÍA

3 ANTECEDENTES FAMILIARES DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO.

1. CARDIOPATÍA	3. DIABETES	3. ENF. C. VASCULAR	4. HIPERTENSIÓN	5. CÁNCER	6. TUBERCULOSIS	7. ENF. MENTAL	8. ENF. INFECCIOSA	9. MAL FORMACIÓN	10. OTRO
----------------	-------------	---------------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	--------------------	------------------	----------

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, FACTORES QUE ABRIVAN O MEJORAN, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXÁMENES ANTERIORES, CONDICIÓN ACTUAL

Durante refer que desde el día jueves 21/05/2015 presenta dolor abdominal por lo que acude a médico quien prescribe medicación antiinflamatoria con lo cual se mejora el cuadro clínico - el día sábado 27/05/2015 acude nueva mente al médico por cuando el dolor persiste y además hay patidas generaliza da por lo que se realizan exámenes: toma prueba de embarazo la misma que resulta + y un ecografía abdominal al cual se indica la presencia de masa anexal de tamaño uterino izquierdo y se indica libre su cantidad abdominal uterino 2700 a 2500 ml, con lo cual se decide el ingreso a sala de salud para tratamiento quirúrgico de emergencia.

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; MARCAR "X" Y SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA

1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	3. CARDIO VASCULAR	5. GENITAL	7. MUSCULO ESQUELÉTICO	9. HEMO LINFÁTICO
2. RESPIRATORIO	4. DIGESTIVO	6. URINARIO	8. ENDOCRINO	10. NERVIOSO

5.- Genital - Presencia de masa en la trompa izquierda izquierda y sangrado

7 EXAMEN FÍSICO		R= REGIONAL S= SISTÉMICO	CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES	SP = SIN EVIDENCIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR	
	CP	SP		CP	SP
1-R PIEL - FANERAS	X		6-R BOCA	X	
2-R CABEZA	X		7-R ORO FARINGE	X	
3-R OJOS	X		8-R CUELLO	X	
4-R OÍDOS	X		9-R AXILAS - MAMAS	X	
5-R NARIZ	X		10-R TÓRAX	X	
			11-R ABDOMEN	X	
			12-R COLUMNA VERTEBRAL	X	
			13-R INGLE-PERINE	X	
			14-R MIEMBROS SUPERIORES	X	
			15-R MIEMBROS INFERIORES	X	
			1-S ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	X	
			2-S RESPIRATORIO	X	
			3-S CARDIO VASCULAR	X	
			4-S DIGESTIVO	X	
			5-S GENITAL	X	
			6-S URINARIO	X	
			7-S MÚSCULO ESQUELÉTICO	X	
			8-S ENDOCRINO	X	
			9-S HEMO LINFÁTICO	X	
			10-S NEUROLÓGICO	X	

11-R - Dolor a la palpación en hemicabdomen inferior

5-S - Genitales externos de características normales
Himen presente desgarro ^{anterior} y ^{posterior} nivel las 5 según las manecillas del reloj

8 DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	Embarazo Ectópico Acidental	0.03		X	4			
2					6			
3					6			

9 PLANES DE TRATAMIENTO

DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICOS Y EDUCACIONALES

Ingreso
Hidratación
Cuidado de Embarazo
Profilaxis
Analgesia



CLINICA PELILEO
PELISERVIMED S.A.

Juan Montalvo y Padre Chacón
Telf.: 2871-926 Telefax:2871-034

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F) N° HOJA	N° HISTORIA CLINICA
	Camela del Peño	Parrojo Camalote	F / 1	2402

REGISTRAR EN ROJO LA ADMINISTRACION DE FARMACOS Y OTROS

1 EVOLUCION		
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
23/05/2015		<p><u>NOTA DE INGRESO</u></p> <p>Paciente de 13 años de edad - esta diante, nacida y residente en Pelileo - Barrio Cristo del Consuelo - Vía a Guacá Moreno - Motivo de Consulta: Dolor abdominal.</p> <p>Paciente que desde el día jueves 21/05/2015 presenta dolor abdominal tipo cólico en tumbos abdominales inferior por lo que acude a múltiples quini prescibe medicación que no impacta en lo cual en cuanto al dolor - El día de hoy se habido acude nuevamente a su médico el cual luego del examen clínico general solicita exámenes de laboratorio y ecocardiograma de cavidad pélvica, los cuales se relatan los siguientes datos: 4u orina - Posiva + para embarazo el ecocardiograma evidencia en la posibilidad de un embarazo ectópico uterino accidentalmente en presencia de líquido libre en cavidad en una cantidad aproximada a 200-250 ml. Luego de el dialogo con los padre el médico tratante ordena el ingreso a esta casa de salud para tratamiento quirúrgico de emergencia.</p> <p>ID: Embarazo Ectópico accidental</p> <p>Plan: Laparotomía de Emergencia</p>

2 PRESCRIPCIONES	
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y OTRO PERSONAL)	FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCION / ADMINISTR. FARMACOS INSUMOS
<p>1.- N.P.O</p> <p>2.- CSU</p> <p>3.- Preparar para cirugía</p> <p>4.- Antideficiente Kinga 1000 ml Parac IV a XL gotas x'</p> <p>5.- Cirugía a las 14:00 horas.</p>	<p><i>[Firma]</i></p> <p>Dr. Francisco Medina</p> <p>P.F. / UJ</p>

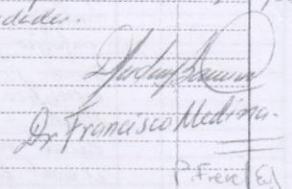
SNS-MSP / HCU-Form.005 / 2008

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (1)

REGISTRAR EN ROJO LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y PRODUCTOS (ENFERMERÍA)

1 EVOLUCION		
FECHA (DIA/MES/AÑO)	HORA	NOTAS DE EVOLUCION
23/05/2015	15:30 h	<p>NOTA POST CIRUGIA</p> <p>Paciente que bajo anestesia se guideo con laparoscopia y se realizó SAMPINBECROMIA 120 mg DA sin complicaciones.</p> <p>HALLAZGOS: 1.- líquido sanguinolento libre en cavidad abdominal en una cantidad aproximada a 2000 ml (2). Masa complexa que ocupa toda la longitud de la Trompa uterina izquierda.</p> <p>Paciente sale del quirófano empujando, bajo efecto de anestesia, signos vitales estables.</p> <p>TD: Embarazo Ectópico Abierto todo.</p>
24/05/15		<p>Se le da el analgésico de la noche en todas las horas que se requiera para reposarlo.</p>
25/05/15		<p>Muchas dudas</p>

2 PRESCRIPCIONES	
FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERÍA Y OTRO PERSONAL)	FIRMAR AL PIE DE CADA PRESCRIPCIÓN ADMINISTR. FÁRMACOS INSURCIS
1.- N.P.O	
2.- C.S.U 9/24 X 3 horas	
3.- Control de sangrado genital	
4.- Mantener sonda vesical permeante hasta las 20:00 hrs.	
5.- Dactilo Ringes 100 mg IV Tramadol 50 mg IV	
6.- Cefazolin 1 gramo IV q8h	
7.- Metamizol 1 gramo IV q8h	
8.- Metoprolol 10 mg IV q8h	
9.- No vedado.	


 Dr. Francisco Medina
 P. Frías E.

- 1) C.S.U
- 2) Mucha planta
- 0.2 Ricox 100 mg p.c.c
- 0.2 Apogal 100 mg 1/8/2/3 dosis
- 0.2 Metamizol 100 mg d1
- 0.2 No vedado
- Dr. Medina



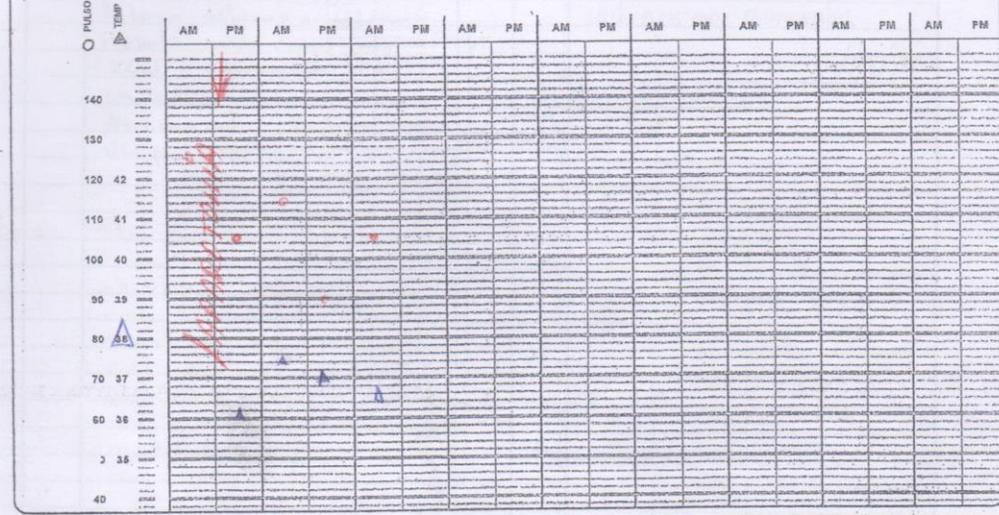
CLINICA PELILEO
PELISERVIMED S.A.

Juan Montalvo y Padre Chacón
Telf.: 2871-926 Telefax:2871-034

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO M F	NUMERO HOJA	N° HISTORIA CLÍNICA
					2402

FECHA	23/05/2015	24/05/2015	95-05-15
DIA DE INTERNACIÓN			
DIA POSTQUIRÚRGICO			

1 SIGNOS VITALES



F. RESPIRATORIA X min	20'	20'	20'	20'
PRESIÓN SISTÓLICA	120	120	100	110
PRESIÓN DIASTÓLICA	70	80	60	70

2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL						
	VIA ORAL						
	TOTAL						
ELIMINACIONES CC	ORINA						
	DRENAJE						
	OTROS						
	TOTAL						

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO							
PESO Kg							
DIETA ADMINISTRADA			NPO				
NUMERO DE COMIDAS							
NUMERO DE MICCIONES			1				
NUMERO DE DEPOSICIONES							
ACTIVIDAD FÍSICA			NA				
CAMBIO DE SONDA							
RECANALIZACIÓN VÍA							
RESPONSABLE			EM				

SIGNOS VITALES / 1



CLINICA PELILEO
PELISERVIMED S.A.

Juan Montalvo y Padre Chacón
Telf.: 2871-926 Telefax: 2871-034

PELLIDO PATERNO		MATERNO	NOMBRES		N° DE LA HISTORIA CLINICA		
FECHA	HORA	El personal de Enfermería debe firmar al pie de cada nota. Las mismas que deben coincidir con la fecha y hora		FECHA	HORA	El personal de Enfermería debe firmar al pie de cada nota. Las mismas que deben coincidir con la fecha y hora	
23/5/15	14:00	Paciente de 13 años ingresa a sala de salud refiere dolor intenso con inicio, orienta, remiédiculado. Abdomen distendido a palpación. Presenta ponda vesical con 200ml de plastración orina con características normales. No pongo rudo. Recibe medicación vía parentérica permeable. P.F. 100/60		23/5/15	15:00	En el curso de esta casa de salud con el alto porcentaje de su médico tratante más indicaciones generales. H.P. 2	
24/05	17:30	Paciente durante la noche despierta tranquilo consciente orientado en tiempo y espacio mucosas orales semihúmedas abdomen blando a la palpación semihúmedo a la palpación permeable a la palpación. Se administra medicación prescrita por el médico tratante. P.F. 100/60					
24/05	06:30	Paciente durante la noche despierta tranquilo consciente orientado en tiempo y espacio mucosas orales semihúmedas abdomen blando a la palpación semihúmedo a la palpación. Se administra medicación prescrita por el médico tratante. P.F. 100/60					

CLINICA PELILEO
PELISERVIMED S.A.

Juan Montalvo y Padre Chacón
Telf.: 2871-926 Telefax: 2871-034

ESTABLECIMIENTO: HBPP NOMBRE: Pamela del Pozo APELLIDO: Barroxo Cuallata SEXO (M-F): F N° HOJA: N° HISTORIA CLINICA: 2902

1 MEDICAMENTO	2 ADMINISTRACIÓN											
	DIA Y MES											
PRESENTACIÓN, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	23/5/15			24/5/15			25-05/2015					
	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN	HORA	INI	FIN
1 Lactato Ringer 1000ml +Tranexal 50mg IV c/12	15:30	MR	EJ	3:50								
				12:00	FN	MI						
				10								
2 Cefazolina 1gr IV c/8h	15:35	PF	EJ	7:35	MA	MI	8	ME				
	24:00	MA	MI	16	SA	MI						
				24	MG	LI						
3 Lactato Ringer 1000ml IV c/12	14:00	MR	EJ									
4 Metamizol 1gr IV c/8h	16	PF	EJ	8	MA	MI	8	ME	BF			
	24	MA	MI	16	SA	MI						
				24	MG	LI						
5 Metoclopramido 10mg IV c/8h	16	PF	EJ	8	MA	MI						
	24	MA	MI									
6 Lactato Ringer IV c/12h				14	SA	MI	2	ME	EJ			
7												
8												
9												

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)



Dra. Norma Almeida Norat
MEDICA PATOLOGA

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA Y ECUATORIANA DE PATOLOGIA
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CITOLOGIA
MEDICA TRATANTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

ANATOMIA PATOLOGICA - CITOLOGIA - HISTOPATOLOGIA.
Castillo 06-48 entre Cevallos y Juan B. Vela. Edificio "AMBATO 500" 2° piso - Of. 203
• Telfs : 2823192 • 2820181 - 098-243-601
• Correo electrónico : normaalmeida34@hotmail.com

Ambato, 25 de Mayo de 2015

Paciente: Niña Pamela del Rocío Barroso Cunalata Edad: 13 años, 08 meses
Médico: Doctor Francisco Medina.
Especimen: Masa Anexial Izquierda.
Antecedentes Clínicos: Masa anexial izquierda, accidentada. Excresis. I Dg:
Embarazo ectópico tubárico. Se solicita estudio histopatológico.

INFORME HISTOPATOLÓGICO -PROTOCOLO-

**DIAGNOSTICO: TROMPA UTERINA IZQUIERDA Y MASA PARA-
ANEXIAL IPSILATERAL (PARENQUIMA OVARICO):
(SALPINGO - OFORECTOMÍA SUBTOTAL (?) IZQUIERDA):**

1) TROMPA UTERINA:

MACROSCOPICO:

- LADO IZQUIERDO.
- MIDE 6 x 0.7 CM.

MICROSCOPICO:

- DE CARACTERÍSTICAS HABITUALES.
- NO SE OBSERVA EMBARAZO ECTÓPICO.

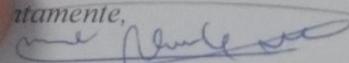
2) MASA PARA - ANEXIAL IPSILATERAL (PARÉNQUIMA OVÁRICO):

MACROSCOPICO:

- LADO IZQUIERDO.
- MIDE: 7 X 5 X 5 CM.
- CAPSULA ROTA.
- MASA NO FRAGMENTADA.

MICROSCOPICO:

- TUMOR MALIGNO GERMINATIVO MIXTO:
 - CORIOCARCINOMA 85 %
 - DISGERMINOMA 15 %

ntamente,

Dra. Norma Almeida N.
Médica. Anatomo- Patóloga.



Dra. Norma Almeida N.
MEDICA PATOLOGA
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA
MSP L 1°E" F B N 15 CMT 494



Dra. Norma Almeida Norat
MEDICA PATOLOGA

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA Y ECUATORIANA DE PATOLOGIA
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CITOLOGIA
MEDICA TRATANTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

ANATOMIA PATOLOGICA - CITOLOGIA - HISTOPATOLOGIA.
Castillo 06-48 entre Cevallos y Juan B. Vela. Edificio "AMBATO 500" 2° piso - Of. 203
• Telfs :2823192 •2820181 - 098-243-601
• Correo electrónico : normaalmeida34@hotmail.com

- 2 -

Continúa.... examen histopatológico de la paciente: Niña Pamela del Rocío Barroso Cunalata

DIAGNÓSTICO: TROMPA UTERINA IZQUIERDA Y MASA PARA-ANEXIAL IPSILATERAL:

1) TROMPA UTERINA:

- DE CARACTERÍSTICAS HABITUALES.
- NO SE OBSERVA EMBARAZO ECTÓPICO.

2) MASA PARA-ANEXIAL (PARENQUIMA OVARICO):

- TUMOR MALIGNO GERMINATIVO MIXTO:
 - CORIOCARCINOMA 85 %.
 - DISGERMINOMA 15 %

mente,

Norma Almeida N.
Anatomo- Patóloga.



Dra. Norma Almeida N.
MEDICA PATOLOGA
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA
MSP L 1-E F S N 15 CMT 464



Dra. Norma Almeida Norat
MEDICA PATOLOGA

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA Y ECUATORIANA DE PATOLOGIA
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CITOLOGIA
MEDICA TRATANTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

ANATOMIA PATOLOGICA - CITOLOGIA - HISTOPATOLOGIA.
Castillo 06-48 entre Cevallos y Juan B. Vela. Edificio "AMBATO 500" 2° piso - Of. 203
• Telfs :2823192 •2820181 - 098-243-601
• Correo electrónico : normaalmeida34@hotmail.com

Ambato, 25 de Mayo de 2015

Paciente: Niña Pamela del Rocío Barroso Cunalata

Edad: 13 años, 08 meses

Médico: Doctor Francisco Medina.

Espécimen: Masa Anexial Izquierda.

Antecedentes Clínicos: Masa anexial izquierda, accidentada. Excresis. I Dg:
Embarazo ectópico tubárico. Se solicita estudio histopatológico.

INFORME HISTOPATOLÓGICO

MACROSCÓPICO: Se recibe fijado trompa uterina izquierda que mide 6 x 0.7 cm, en uno de sus extremos se identifica las fimbrias. Se acompaña de una masa nodular, ovoidea de tejidos blandos, paratubárica, color pardo oscuro, de superficie ondulada, lisa; mide 7 x 5 x 5 cm, presenta una solución de continuidad, irregular, de dos cm por la cual emerge material hemorrágico blando; también otra solución de continuidad longitudinal de bordes lisos, a manera de hendidura, de 4 cm, a través de la cual se observa material hemorrágico hacia el interior de la masa. Se realizan múltiples cortes observándose áreas sólidas con pequeños quistes hemorrágicos y predominantemente abundante material hemorrágico color rojo vinoso reblandecido. SPMF.

MICROSCÓPICO: Los cortes muestran trompa uterina de características habituales, congestión vascular, no se observa vellosidades coriales ni células trofoblásticas. Junto a la trompa uterina, se observa una masa paratubárica con neoplasia de estirpe epitelial, maligna, de origen germinal, mixta; constituida por numerosas masas de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto, rodeadas de extensa necrosis y hemorragia. Focalmente en otras áreas se observa grupos de células tumorales que forman nidos bien definidos separados por finos tabiques conectivos en los que se observa algunos linfocitos, en otras áreas se disponen en patrón pseudoalveolar o trabecular. Las células son de citoplasma claro o finamente granular, membrana nuclear bien definida, núcleos centrales grandes, cuadrangulares y prominente nucleolo; estas áreas neoplásicas, constituyen aproximadamente en 15 % del tumor, son de localización preferentemente periférica. Las células tumorales de las dos neoplasias infiltran la pared de la masa. Además se observa algunos quistes foliculares, áreas luteinizadas, pequeñas calcificaciones y cuerpos de psamoma. No se observa vellosidades coriales.


Dr. Marcelo Ochoa Egas
MÉDICO PATÓLOGO

AMBATO - MATRIZ: Castillo No. 04-58 y Sucre Edificio CLANTOUR 6to. Piso Oficina
LABORATORIO DE EMERGENCIAS: Fybeca Ficoa, Av Rodrigo Pachano y Los Gu
LABORATORIO MICROBIOLÓGICO: Av. Rodrigo Pachano Edificio Calero - Telf: 242754
MIYO: Ceslao Marín y 27 de Febrero - Edificio C.C.C. - Telf: 2887790 / 095888111

Paciente: **BARROSO CUNALATA PAMELA DEL ROCIO**

Examen solicitado por: **RED DE SALUD PUBLICA**

Fecha: **15.Jul.2015**

MARCADORES ONCOLOGICOS

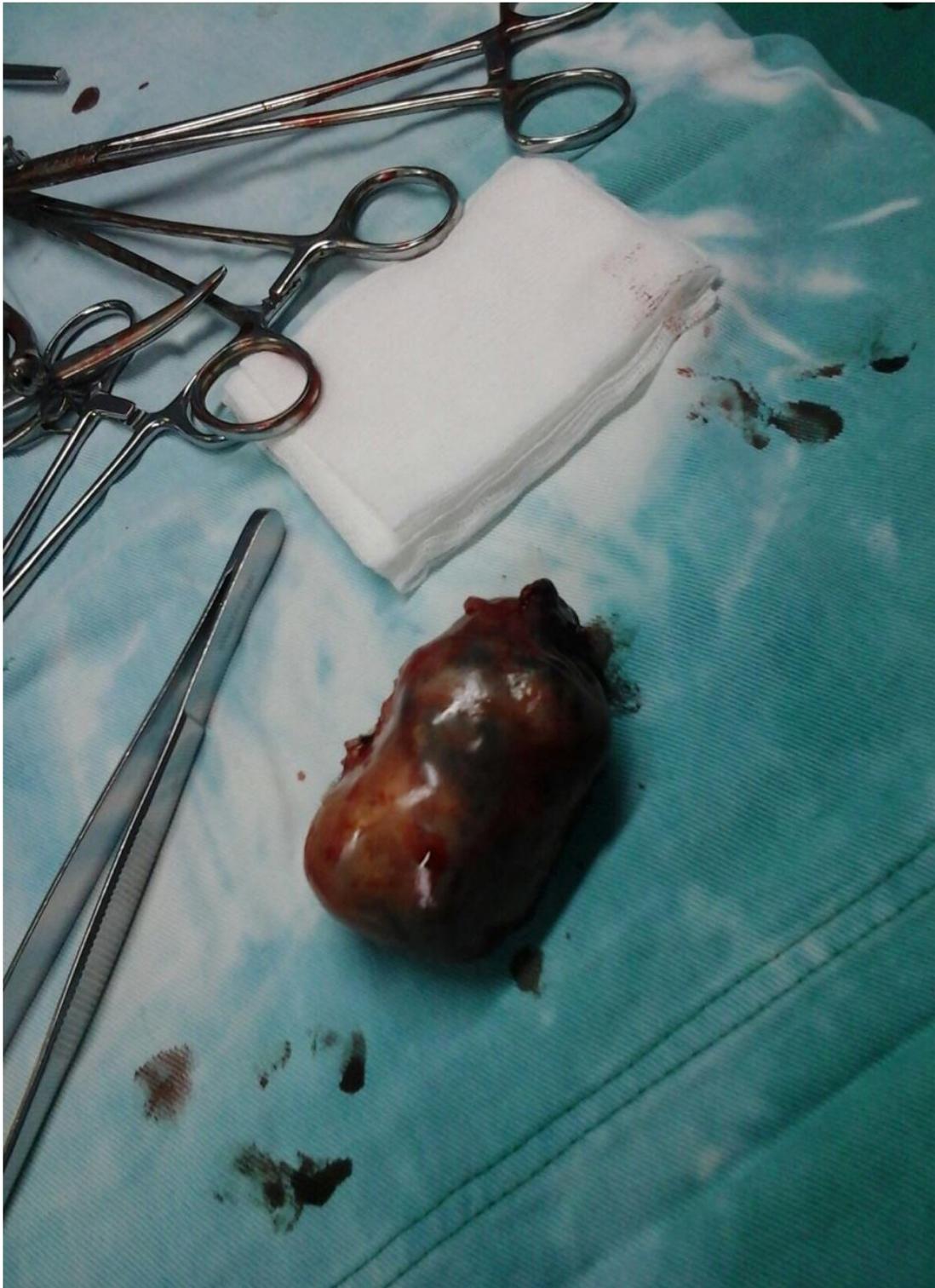
Parámetro	Resultados
ANTIGENO CARCINO EMBRIONARIO(CEA)	
CEA	2.70 ng/mL
<u>METODO : Electroquimioluminiscencia</u>	
ALFA FETO PROTEINA (AFP)	
ALFA FETO PROTEINA (AFP)	1.36 ng/mL
<u>METODO : Electroquimioluminiscencia</u>	
CA 125 (CARCINOMA OVARICO)	
CA 125	21.11 U/mL
<u>METODO : Electroquimioluminiscencia</u>	



FUENTE: Archivo personal del Dr. Francisco Medina



FUENTE: Archivo personal del Dr. Francisco Medina



FUENTE: Archivo personal del Dr. Francisco Medina



FUENTE: Archivo personal del Dr. Francisco Medina