



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE EL TEMA:

“QUISTE GIGANTE DE OVARIO IZQUIERDO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autor: Torres Sillagana, Darío Javier

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Ambato – Ecuador

Junio 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: **“QUISTE GIGANTE DE OVARIO IZQUIERDO”** de Torres Sillagana 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 Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Mayo 2016

EL TUTOR.

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

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis del presente caso clínico: **“QUISTE GIGANTE DE OVARIO IZQUIERDO”** así como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Junio 2016

EL AUTOR.

.....
Torres Sillagana, Darío Javier



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 autor.

Ambato, Junio 2016

EL AUTOR.

.....
Torres Sillagana, Darío Javier

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“QUISTE GIGANTE DE OVARIO IZQUIERDO”**, elaborado por Torres Sillagana Darío Javier estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio 2016

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE /A

.....

1er VOCAL

.....

2 do VOCAL



DEDICATORIA

Dedicado a la memoria de mi abuelita quien creyó en mí desde que mi sueño inicio como una simple idea inalcanzable, que desde el cielo me cuida y me llena de fortaleza para continuar adelante a pesar de las adversidades.

Al señor Klever Torres y la señora Mariana Sillagana, mis padres, que me apoyaron en todo momento de mi vida y mi carrera, quienes me enseñaron que no se necesita tener riqueza para ser feliz y salir adelante, pero si el amor, la comprensión y el apoyo de la familia; que no es importante lo material que posees, es importante lo que tienes dentro de tu corazón y de tu alma; quienes supieron llenarme de aliento cuando pensaba que no podía continuar con mi carrera.

A mi hermanita Leticia Torres quien supo hacerme sonreír en aquellos días de tristeza y lágrimas, que me permitió continuar con ánimo al brindarme sus palabras de aliento haciendo que crea en mí mismo al colocarme como su ejemplo de lucha, de esfuerzo y de vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, a la virgen María y al Divino Niño, que me llenaron de sabiduría y de fortaleza para poder continuar luchando incansablemente por alcanzar mi sueño.

A mis padres, reitero mi agradecimiento, ya que fueron quienes con su esfuerzo diario me permitieron tener todo lo necesario en mi vida y sobre todo para iniciar mi carrera, continuarla y terminarla con mucho éxito. Quienes son mi inspiración para luchar por lo que quiero, porque me enseñaron que las cosas imposibles si se pueden lograr con mucho esfuerzo y trabajo. Les agradezco por haber estado junto a mí en todas las situaciones de mi vida, sin importar si fueron buenas o malas, por haberme brindado el apoyo que necesité en todas esas noches y madrugadas incansables de estudio, por brindarme su cariño y comprensión en todos los momentos en los que como humano me he equivocado y les fallé. A mi madre, le agradezco por haberme dado la vida, por cuidarme y protegerme siempre y ante todo; por hacer de mí una persona de bien, llena de sueños y de esperanza; por escucharme, entenderme y aconsejarme.

Al señor profesor Jorge Sánchez, quien es un excelente docente así como una magnífica persona; que creyó en mí, en mis capacidades, en mis habilidades y destrezas y me lleno de ganas de superarme y de deseo de ser mejor cada día. Que permitió que ingrese a continuar con mis estudios a pesar de que ya todo estaba perdido para hacerlo.

A toda mi familia que con sus palabras de aliento y de apoyo me ayudaron a superar mis problemas y a continuar con buena actitud. A mis amigos; mis verdaderos amigos que les aprecio como hermanos que se encontraron extendiéndome una mano en los momentos de dificultad y de tristeza, apoyando mis locuras y mis sueños de igual manera.

A todos mis maestros que han sido el pilar fundamental de enseñanza, que me llenaron de conocimientos y experiencia para enfrentarme a todas las situaciones y poder actuar sin miedo y con toda la seguridad de hacer lo que es correcto.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iv
ACEPTACIÓN DEL COMITÉ.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
RESUMEN.....	ix
SUMMARY.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE FUENTE DE INFORMACION.....	5
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	7
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	16
ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	17
DESCRIPCIÓN LOS PUNTOS CRÍTICOS.....	24
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	25
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS.....	31

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“QUISTE GIGANTE DE OVARIO IZQUIERDO”

Autor: Torres Sillagana, Darío Javier

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Fecha: Ambato, Junio del 2016

RESUMEN

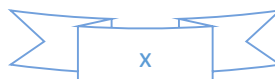
El ovario es un órgano de características diversas que se encuentran interrelacionadas entre sí. Se considera que la interacción entre factores genéticos, embriológicos, ontogenéticos, estructurales y funcionales puede generar proliferación neoplásica, benigna o maligna. Existen varios tipos de tumores gigantes de ovario dentro de los cuales se encuentran: tumores malignos, tumores benignos, los tumores de tipo epitelial, tumores funcionantes o no y los quísticos o sólidos.

Los quistes gigantes de ovario son relativamente infrecuentes en países de primer mundo, sin embargo; es una patología que se puede encontrar con mucha frecuencia en los países en vías de desarrollo. Son considerados como gigantes cuando presentan un tamaño mayor a 15 cm o comparten la totalidad de la cavidad peritoneal. Su incidencia varía según la zona geográfica de donde se presenten, pero se considera actualmente que en su totalidad presentan una incidencia de 2.6 por cada 100.000. La forma más común de quiste gigante de ovario que se encuentra es el cistoadenoma seroso, que es considerado un tumor de

ovario de características benignas. Su diagnóstico en la actualidad sigue siendo un reto para el médico y su tratamiento de elección es la cirugía.

El presente caso clínico trata de una paciente de 25 años que presenta un quiste gigante de ovario. El análisis del caso en cuestión tiene por objeto generar bases científicas necesarias acerca del tema en cuestión, con la finalidad de ser un aporte importante para la determinación de los métodos más adecuados en cuanto al diagnóstico y la elección del tratamiento óptimo de ésta patología, con el fin de evitar complicaciones más graves que se pueden presentar en el futuro si no se trata en el momento oportuno de forma adecuada. Además, sentar un precedente en pacientes, para que acudan a un profesional competente de forma inmediata ante cualquier cambio anormal observado en el cuerpo.

PALABRAS CLAVE: TUMORACION_ANEXIAL, TUMORES_BENIGNOS, QUISTE_GIGANTE, CISTOADENOMA_SEROSO.



TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"CYST OVARIAN GIANT LEFT"

Author: Torres Sillagana, Darío Javier

Tutor: Dr. Mena Villarroel, Luis Byron

Date: Ambato, June of 2016

SUMMARY

The ovary is an organ of various features that are interrelated. It is considered that the interaction between genetic and functional factors, embryological, ontogenetic, can generate structural neoplastic proliferation benign or malignant. Several types of giant ovarian tumors within which are: malignant tumors, benign tumors, epithelial tumors, tumors and non-functioning or cystic or solid.

Giant ovarian cysts are relatively rare in first world countries, however; it's a condition that can be found very often in developing countries. They are considered to have a giant when larger than 15 cm or share the entire peritoneal cavity. Its incidence varies by geographic area where they occur, but is now considered fully presented an incidence of 2.6 per 100,000. The most common form of giant ovarian cyst is found serous cystadenoma, which is considered a benign ovarian tumor characteristics. His diagnosis today remains a challenge for the doctor and his treatment of choice is surgery.

This clinical case is a 25 year old patient presenting a giant ovarian cyst. The analysis of the case in question is intended to generate scientific basis needed on the subject in question, in order to be an important contribution to determining the most appropriate methods in diagnosis and the choice of optimal treatment of this pathology, with in order to avoid more serious complications that may arise in the future if not treated timely properly. In addition, set a precedent for patients to come to a competent professional immediately to any abnormal changes observed in the body.

KEYWORDS: ADNEXAL_TUMOR, BENIGN_TUMORS, GIANT_CYST, CYSTADENOMA_SEROUS.

1. INTRODUCCIÓN

Las patologías del aparato genital femenino siempre han sido un problema de salud muy importante alrededor de todo el mundo, ya que se presentan con mucha frecuencia, a toda edad y sin importar condición social y etnia. La Ginecología es la ciencia que se encarga del estudio de toda y cada una de las patologías del aparato genital de la mujer, por lo cual es considerada una rama muy importante de la Medicina.

Las masas anexales son hallazgos muy frecuentes en el examen médico de la mujer, a pesar de ello; su diagnóstico resulta muy difícil de realizarlo ya que en la mayoría de casos pasan desapercibidos debido a que son de pequeño tamaño razón por la que no presentan sintomatología de ningún tipo y en muchas ocasiones son hallazgos incidentales (1).

Para orientarnos a un diagnóstico correcto, es primordial conocer los diferentes tipos de masas de *origen ginecológico*, entre las cuales se encuentran: quistes, tumores, abscesos, embarazo ectópico. Además, dentro de las masas de origen ginecológico se deben determinar cuáles son aquellas consideradas benignas y cuáles malignas. Se conoce que las masas anexales predominantes son las de características benignas, dentro de las cuales las que se presentan con mayor frecuencia son los quistes; ya sean funcionales o no (1)(2).

Por otro lado, se ha determinado que los tumores ováricos se pueden dividir según su origen en epiteliales, estromales y de células germinales, siendo los primeros los de mayor presentación dentro de los cuales el más común es el cistoadenoma seroso, el mismo que suele aparecer con mayor frecuencia entre los 20 y 48 años, en muy raras ocasiones suele tener un tamaño superior a los 15 cm, pero es el que con frecuencia alcanza un mayor tamaño con respecto a los otros tipos de masas anexiales y por lo general es de comportamiento benigno (2)(3)(4).

Aunque se conoce que los quistes gigantes de ovario son muy poco frecuentes en países desarrollados pero son un hallazgo común en países en vías de desarrollo. Son considerados como gigantes cuando presentan un tamaño mayor a 15 cm o comparten la totalidad de la

cavidad peritoneal. Su incidencia varía según la zona geográfica de donde se presenten, pero se considera actualmente que en su totalidad presentan una incidencia de 2.6 por cada 100.000 habitantes (2)(5).

La clínica de presentación (en caso de que se produzca) suele ser muy leve y muy inespecífica. Se ha considerado que el cuadro clínico se caracteriza por presentar: masa a nivel abdominal que puede crecer de forma lenta, dolor abdominal agudo o subagudo especialmente si se complica con torsión, hemorragia, rotura o infección. Además puede presentar náuseas, vómito, ansiedad, dispepsia, entre otros (2)(6)(7).

En cuanto a los exámenes complementarios, la ecografía pélvica es el método de elección para la evaluación de cualquier tipo de masa anexial. Su rol más importante es la distinción entre las masas de comportamiento benigno y/o maligno, ya que de esta manera orientamos al tipo de tratamiento de la paciente (8)(9). La tomografía computarizada puede ser de mucha utilidad en el caso de que existan masas de origen maligno con un largo tiempo de evolución, pues permite identificar metástasis a diferentes órganos. El marcador sérico que se ha utilizado en la determinación de malignidad ante la presencia de una masa pélvica es el Ca-125, el mismo que se encuentra elevado en el 80 % de los casos de cáncer de ovario (1)(10).

El tratamiento adecuado de esta patología actualmente sigue siendo la cirugía. El método quirúrgico que se utiliza en estos casos es la laparotomía, debido al tamaño de los quistes y por ende su dificultad para extraerlos (11)(12).

El presente trabajo hace referencia a una patología muy frecuente exclusiva de la mujer, la misma que se produce en el ovario que es considerado como un órgano de características diversas que posee funciones específicas muy importantes para el cuerpo femenino. El caso clínico descrito a continuación ha sido seleccionado con el fin de informar acerca de una patología frecuente en nuestro medio, que más allá de presentar problemas a corto plazo; la problemática radica en su tiempo de evolución, ya que su sintomatología por lo general aparece solamente cuando existen complicaciones. Además, su evolución es un problema que se puede evitar al orientar a la población a que acudan a unidades de salud más cercanas

a su lugar de vivienda a realizarse chequeos continuos. También es muy importante determinar las masas de tipo cancerígeno, mediante la realización de pruebas específicas como el Ca-125 con el fin de dar un tratamiento adecuado para este tipo de pacientes.

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“QUISTE GIGANTE DE OVARIO IZQUIERDO”

2. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General

- 2.1.1. Demostrar la importancia del conocimiento de los quistes gigantes de ovario en el Primer Nivel de salud con el fin de realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Identificar los factores de riesgo de la paciente que influyen en la presentación de quistes gigantes de ovario.
- 2.2.2. Establecer la influencia de la atención en el Primer Nivel de Salud en la aparición de complicaciones en la paciente.
- 2.2.3. Determinar el equipo básico indispensable que deben tener los Centros de Salud para un diagnóstico precoz del quiste gigante de ovario.
- 2.2.4. Evaluar la conducta tomada con la paciente en el servicio de emergencia del Segundo Nivel de Salud.
- 2.2.5. Detectar los puntos críticos que se presentan respecto al sistema de salud para el retraso en el diagnóstico de quistes de ovario.
- 2.2.6. Describir las complicaciones que se produjeron en la paciente debido a la presencia del quiste de ovario.
- 2.2.7. Elaborar un plan estratégico para la prevención de evolución de los quistes de ovario.

3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

La información obtenida en la presente historia clínica ha sido de forma directa, de la propia paciente; la misma que fue muy colaboradora al momento de brindarnos respuestas al interrogatorio. La descripción detallada de los problemas encontrados se basa además, en el análisis crítico de la historia clínica física perteneciente al Hospital Provincial General Docente Ambato, algunos datos importantes no constaban en la misma por lo que fueron obtenidos de forma directa a la paciente a través de una entrevista y de manera indirecta a los familiares; además de la colaboración del personal de salud que se encontraba en contacto con la paciente.

Los datos del seguimiento de la paciente se los ha obtenido de la historia clínica de la institución de salud más cercana a su domicilio, que en este caso es al Centro de Salud Quisapincha.

Dentro de los factores de riesgo más importantes relacionados con la paciente se encuentran:

- Edad.
- Lugar de vivienda en una zona rural.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Número de parejas sexuales.

3.1. Campo:

Médico – Hospital Provincial General Docente Ambato

3.2. Fuentes de recolección:

La descripción detallada de los problemas encontrados se basa en el análisis crítico de la historia clínica física perteneciente al Hospital Provincial General Docente Ambato.

Además se ha obtenido información en internet, artículos científicos, libros médicos, revistas médicas, guías y manuales referentes al tema propuesto.

3.3. Documentos a revisar:

Hoja de 008 de emergencia, hoja de anamnesis al momento del ingreso de la paciente a hospitalización, reporte de exámenes de laboratorio e imagen, parte operatorio, reporte de histopatología, hoja de epicrisis y hoja de contarreferencia al momento del alta.

3.4. Personas clave a contactar:

Expertos en el tema de análisis (Médicos tratantes del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Ambato).

3.5. Instrumentos:

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

4. DESARROLLO

4.1. Presentación del caso

DATOS DE FILIACION

El presente caso clínico trata de paciente de sexo femenino, de 25 años de edad, nacida en Colombia, residente en Ecuador, en el cantón de Ambato en la parroquia Quisapincha; etnia mestiza, unión libre, instrucción primaria completa, ocupación quehaceres domésticos, católica, grupo sanguíneo O Rh Positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- Alimentación: 5 veces al día.
- Micción: 2 veces al día.
- Deposición: 1 vez al día.
- Sueño: 6 – 8 horas diarias.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

- No refiere

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- No refiere

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Como antecedentes ginecobstetricos presenta menarquia a los 13 años, telarquia 13 años, ciclos menstruales regulares, de 3 – 5 días de duración. Inicio de vida sexual activa a los 18 años, parejas sexuales hasta el momento 3 parejas, no refiere haber sido diagnosticada de

enfermedades de transmisión sexual, ningún test de Papanicolaou, desconoce acerca de los métodos de planificación familiar por lo cual nunca los ha utilizado.

Gestas: 2 Abortos: 0 Partos: 2 Cesáreas: 0
Hijos Vivos: 2 Hijos Muertos: 0

Primera gesta: gestación sin complicaciones. Parto eutócico, a término, sin complicaciones hace 6 años con un recién nacido vivo, masculino.

Segunda gesta: gestación sin complicaciones. Parto eutócico, a término, domiciliario, hace 25 días, con un recién nacido vivo, femenino.

MOTIVO DE CONSULTA

- Dolor abdominal

ENFERMEDAD ACTUAL (18/09/2015)

Paciente refiere presentar dolor abdominal de aproximadamente 18 horas de evolución, de moderada intensidad, sin causa aparente, localizado a nivel de fosa iliaca izquierda, de tipo cólico, acompañado de náusea que llega al vómito por 6 ocasiones, de moderada cantidad, de contenido bilioso con lo cual no disminuye de intensidad. Cuadro evoluciona gradualmente y al momento el dolor es intenso, motivo por el cual acude al servicio de emergencia de HPGDA.

EXAMEN FÍSICO

En emergencia se recibe a paciente estable con signos vitales:

TA: 100/60 mmHg FC: 90 x' FR: 18x' T°: 38 °C

- Paciente consciente, hidratada, orientada en tres esferas, álgica, febril.
- Abdomen: se evidencia la presencia de abombamiento a nivel de hipogastrio, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo y fosa iliaca izquierda.

- Región inguinogenital: presencia de sangrado genital, en poca cantidad y de mal olor.

Lista de problemas

Problemas activos

- Dolor abdominal
- Nausea
- Vómito
- Sangrado genita fétido
- Fiebre

Problemas pasivos

- Parto domiciliario hace 25 días

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Luego de valoración de paciente se procede a realizar los exámenes complementarios de rutina correspondientes en donde se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 1. Resultados de exámenes (18/09/2015)

BIOMETRIA HEMÁTICA	
PARÁMETROS	RESULTADO
Leucocitos	13360
Neutrófilos	89 %
Linfocitos	8.6 %
Hematocrito	39.5 %
Hemoglobina	14.5 mg/dl
HCM	26.8 pg
CHCM	36.7 g/dl
VCM	73 fL
Plaquetas	312000

TP	13 seg.
TTP	22 seg.
QUIMICA SANGUINEA	
Glucosa	120 mg/dl
Urea	44.8 mg/dl
Creatinina	0.90 mg/dl
MICROSCOPICO ELEMENTAL DE ORINA	
Densidad	1025
pH	5
Proteínas	100 mg/dl
Piocytes por campo	2 – 4
Eritrocitos por campo	Campo lleno
Bacterias	+
Hemoglobina	+++

En los resultados de los exámenes realizados, se evidencia en la biometría hemática una leucocitosis con neutrofilia lo que orienta hacia un proceso infeccioso bacteriano, que se corrobora con algunos datos clínicos de la paciente.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA AL INGRESO (En Emergencia)

- Sepsis puerperal

PLAN PROPUESTO EN EMERGENCIA

1. Hidratación: Lactato Ringer 1000 cc IV
2. Antibiótico terapia: Clindamicina 900 mg IV STAT, Gentamicina 160 mg IV STAT.
3. Ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia.

HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Paciente estable con signos vitales:

TA: 100/70 mmHg FC: 84 x' FR: 22x' T°: 37.2 °C

Al examen físico

- Paciente consiente, hidratada, orientada en tres esferas, afebril.
- Mamas: secretantes.
- Abdomen: distendido, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo. Altura del fondo uterino: O, duro.
- Región inguinogenital: presencia de loquios hemáticos, en poca cantidad, de mal olor.

Impresión diagnóstica:

- ❖ Endometritis.

INDICACIONES DE TRATAMIENTO AL INGRESO

1. NPO
2. Control de signos vitales
3. Curva térmica
4. Lactato Ringer 1000 cc + 20 UI Oxitocina pasar a 80 gotas por minuto
5. Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas
6. Gentamicina 160 mg IV cada día
7. Exámenes complementarios: biometría hemática, elemental y microscópico de orina, química sanguínea, ecografía abdominal.

EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE

19/09/2015 – Ginecología y Obstetricia

Paciente consciente hidratada, orientada, afebril.

Signos vitales estables. Refiere dolor abdominal de leve intensidad, no presenta otra sintomatología.

En el servicio de ginecología se realiza rastreo ecográfico, en donde se observan los siguientes hallazgos: útero en AV mide 88 mm de longitud, 74 mm de ancho y 49 mm de alto. Se observa imagen predominantemente ecolúcida de paredes bien definidas que miden 163 x 93 mm, tabicada que impresiona quiste de ovario izquierdo, además; presencia de líquido libre en cavidad.

Además se le realiza un ECO Abdominal el mismo que presenta los siguientes hallazgos:

Tabla 2. Ecografía abdominal (19/09/2015)

EXAMEN	HALLAZGOS
Ecografía abdominal	<ul style="list-style-type: none">a. Ectasia pielocalicial y ureteral sin evidencia de litiasis.b. Líquido libre localizado en forma laminar en el espacio de Morrison y a nivel de correderas parieto-cólicas en forma bilateral así como en el espacio de Douglasc. Presencia de masas de consistencia predominantemente quística con múltiples tabiques de diferente espesor. Esta lesión quística es encapsulada, se la visualiza desde el ombligo hasta la pelvis y en todo el flanco izquierdo, provocado el desplazamiento de asas intestinales hacia la derecha y compresión del sistema pielocalicial izquierdo. Al estudio Doppler, no se observa vascularidad, mide en promedio 18 cm en su eje longitudinal x 12 cm en su eje trasversal con un volumen aproximado de 670 cc. Ésta masa impresiona

	depender del anexo izquierdo sin embargo no es fácil determinar su origen por medio de ecografía.
--	---

Impresión diagnóstica:

- Endometritis.
- Quiste Gigante de Ovario Izquierdo no complicado.

Indicaciones:

- Dieta general.
- TAC simple y contrastada de abdomen y pelvis.
- Mantener resto de indicaciones.

20/09/2015 – Ginecología y Obstetricia

Paciente refiere dolor abdominal de moderada intensidad, no ha disminuido. Al examen físico se presenta algica, febril (38 °C), hidratada. Abdomen: suave, distendido, depresible, doloroso a la palpacionen hipogastrio ehipocondrio izquierdo.

Indicaciones:

- Ketorolaco 60 mg IV STAT
- Mantener resto de indicaciones.

21/09/2015 – Ginecología y Obstetricia

Paciente refiere dolor abdominal, de gran intensidad, difuso. Al examen físico: consciente, hidratada, algica, afebril. Abdomen: tenso, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa, se palpa masa de características: suave, renitente, que llega hasta ombligo, muy dolorosa a la palpación.

Impresión Diagnóstica:

- Quiste Gigante de Ovario Izquierdo con Torsión.

Indicaciones:

1. NPO
2. Control de Signos Vitales
3. Lactato Ringer 1000 mL IV cada 8 horas
4. Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas
5. Biometría hemática de urgencia
6. Cirugía UR
7. Parte operatorio
8. Preparar quirófano

Se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 3. Resultados de exámenes (21/09/2015)

BIOMETRIA HEMÁTICA	
PARÁMETROS	RESULTADO
Leucocitos	13150
Neutrófilos	83.2 %
Linfocitos	11.0 %
Hematocrito	29.6 %
Hemoglobina	10 mg/dl
HCM	27.2 pg
CHCM	33.8 g/dl
VCM	80.5 fL
Plaquetas	194000

Se realiza cirugía de emergencia en donde se reportan los siguientes hallazgos:

Tabla 4. Hallazgos quirúrgicos del procedimiento (21/09/2015)

1. Útero y anexo derecho normales.
2. Hemoperitoneo de aproximadamente 100 mL.
3. Quiste hemorrágico de aproximadamente 27 x 15 cm en ovario izquierdo,
4. Pedículo de ovario izquierdo torcido con ovario necrótico y adherido a intestino grueso.
5. Útero y anexo derecho normales.

Debido a los hallazgos anteriormente mencionados, se decide realizar anexotomía total izquierda.

Indicaciones Postquirúrgico

1. NPO
2. Control de Signos Vitales
3. Lactato Ringer 1000 mL + 100 cc de Tramal IV cada 8 horas
4. Metoclopramida 10 mg IV PRN
5. Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas
6. Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas

Paciente luego de cirugía permanece en buenas condiciones, hemodinamicamente estable, no presentó complicaciones en el postquirúrgico y luego de dos días más de hospitalización (23/09/2016) en iguales condiciones, se decide alta.

Indicaciones de alta:

1. Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas
2. Clindamicina 600 mg IV cada 8 horas
3. Control en centro de salud más cercano.

4.2. Descripción de factores de Riesgo

- **Edad:** en la actualidad se considera que existe un mayor riesgo de desarrollar masa tumorales en personas jóvenes, con mayor frecuencia de 20 a 48 años. La paciente tiene 25 años, entonces se considera un factor de riesgo muy importante.
- **Lugar de vivienda:** al encontrarse en una zona rural no tiene un acceso fácil a establecimientos de salud y a sus servicios, motivo por el cual no se ha realizado ningún control o chequeo, por lo que no es posible realizar un diagnóstico rápido y oportuno de sus patologías para un tratamiento precoz, pese a que cuenta con un Subcentro de Salud el cual según la paciente; no brinda asistencia inmediata a los usuarios.
- **Nivel socioeconómico:** refiere un nivel socioeconómico bajo, ya que su esposo se dedica a las actividades del campo, por lo que no tiene una fuente fija de ingresos económicos y la paciente se dedica a los quehaceres domésticos, sin ningún tipo de ingresos económicos. Esto determina que la paciente no tenga interés en controlar su estado de salud, debido a que si necesita realizarse exámenes o alguna medicación, no cuenta con los recursos necesarios.
- **Parejas sexuales:** refiere haber tenido 3 parejas sexuales hasta el momento. A pesar de que no refiere haber presentado alguna enfermedad de transmisión sexual, es un factor muy importante para la presencia de infecciones y complicaciones de otras enfermedades.

4.3. Análisis del caso clínico

Los ovarios son órganos extraperitoneales que se ubican en la pelvis. Presentan una forma ovalada, con una longitud de aproximadamente 3 a 5 cm; aunque sus dimensiones y apariencia varían cronológicamente de acuerdo a la edad y la influencia de hormonas (9). Además se considera que el ovario presenta múltiples características que se encuentran interrelacionadas. La interacción de varios factores ya sean éstos de tipo genético, embriológico, de estructura o de función pueden generar proliferación neoplásica, la misma que puede ser de carácter benigno o maligno (7)(9).

Las masas anexiales son encontradas de forma muy común en la práctica ginecológica diaria, en mujeres de toda edad y a pesar de ellos es un dilema diagnosticarlas y dar un tratamiento adecuado a cada una de ellas (1). Se considera que la evaluación de masas en anexos femeninos es una tarea muy frecuente y a la vez complicada para el médico especialista. Se ha determinado que el ovario puede desarrollar tanto tumores con características benignas que se presentan en un 80 % de los casos y tumores con características malignas que corresponden el 20 % restante (9).

Entre los tumores de ovario que se presentan con mayor frecuencia se encuentran aquellos que derivan del epitelio celómico, y dentro de este grupo se encuentra uno de los más frecuentes como es el cistoadenoma seroso; que representa en torno al 30% de todos los tumores de ovario. Estos suelen aparecer preferentemente entre los 20 y los 48 años de edad, por lo general son bilaterales y de comportamiento benigno en el 60% de los casos, maligno 25% y borderline el 15%. Además se caracteriza debido a que puede alcanzar grandes dimensiones, y por lo general suele estar tapizado por una cubierta azulada fina con contenido seroso claro (1)(6)(10).

Los quistes gigantes de ovario son muy raramente encontrados en países desarrollados, debido a que una entidad poco frecuente, dada la gran disponibilidad de recursos y la universalidad los sistemas de salud; pero se considera un hallazgo muy frecuente en países en vías de desarrollo (6). Los quistes gigantes de ovario son considerados como tal, cuando

presentan un tamaño mayor a 15 cm o comparten la totalidad de la cavidad peritoneal. Por lo general, son considerados como un hallazgo muy raro y en su totalidad presentan una incidencia de 2.6 por cada 100.000 (1).

Factores de riesgo

En la actualidad, la edad es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar quistes gigantes de ovario, se considera que existe un mayor riesgo de desarrollar masa tumorales con esas características en personas jóvenes, con mayor frecuencia de 20 a 48 años (2)(3).

Cuadro clínico

Los quistes pequeños de ovario, es decir; menores de 5 cm por lo general permanecen asintomáticos, pero a medida que incrementan de tamaño, aparecen diversos síntomas, dentro de los cuales los más frecuentes son: dolor abdominal, dolor pélvico, tumor palpable y síntomas generales inespecíficos como náusea y vómito (1)(7).

Se ha determinado que la sintomatología aparece cuando se presentan complicaciones, las mismas que incluyen: hemorragia intraquística o peritoneal, rotura de la capsula, producción de infecciones, necrosis, siembras peritoneales y la más frecuente, la torsión de aquellos de pedículo largo (7)(10).

En el caso de los quistes gigantes de ovario, la clínica que producen suele ser muy leve e incluso inespecífica, ya que; en la mayor parte de casos derivada del propio crecimiento del quiste e incluso de la compresión que este realiza a estructuras vecinas, debido a lo que se producen síntomas como: dolor abdominal de variable intensidad, sensación de presión en hipogastrio, distensión abdominal y manifestaciones urológicas o incluso gastrointestinales; aunque en ocasiones, de igual manera que cualquier quiste de ovario, pueden producir dolor agudo derivado de la torsión del anexo implicado, rotura o hemorragia del quiste (6)(10).

Las manifestaciones clínicas se hacen más evidentes en unas cuantas semanas debido a la rapidez con la que crecen estos quistes, y por esta razón incluso se puede sospechar de un embarazo. La falta de una atención oportuna de los sistemas de salud y de un diagnóstico y tratamiento adecuados, son determinantes en la evolución de las pacientes, tanto que pondrán en riesgo la vida de las mismas (11)(12).

Diagnóstico

En primer lugar es fundamental realizar un adecuado examen físico y de especial importancia un correcto examen pélvico, incluyendo un examen rectal que en algunas ocasiones requiere ser realizado bajo anestesia (1)(12).

Los estudios por imagen que nos ayudan al diagnóstico de masas ováricas de cualquier etiología y tamaño son: ecografía, tomografía y resonancia magnética; que nos permiten evaluar si existe o no involucro o extensión a órganos adyacentes (9)(13).

Actualmente, se considera que la ecografía abdomino-pélvica es el estudio de imagen más útil para la evaluación inicial de cualquier posible anomalía ginecológica en pacientes de cualquier edad. Desde el inicio del uso de la ecografía para el diagnóstico de este tipo de patologías, el objetivo primario de la misma es la diferenciación de los tumores de ovario en benignos y/o malignos (6)(9).

En algunas pacientes seleccionadas, se dice que la ecografía endovaginal usualmente ofrece imágenes de mejor resolución. Además de ser un estudio muy útil para la valoración en sí de las masas anexales, entre sus ventajas se encuentran principalmente: su bajo costo, su disponibilidad en cualquier nivel de salud y la ausencia de radiaciones, que a su vez permiten confirmar la presencia misma de las masas, a pesar de ello; se considera que su desventaja más grande es que sus resultados son operador dependientes (6)(8)(9).

Por ello, el radiólogo determinará en primer lugar si la masa presenta un patrón característico y cuál es el mismo. Si se determina estas características de la masa se puede realizar un diagnóstico adecuado temprano en el primer estudio ecográfico; en caso contrario se debe

considerar si se puede utilizar una prueba diagnóstica posterior como por ejemplo una ecografía de seguimiento (6).

La información que se obtiene mediante la ecografía debe incluir características como: *tamaño*, consistencia de la masa (quística, sólida o mixta), si es unilateral o bilateral, si existe la presencia de absceso o septos, nódulos murales, excrescencias papilares, y líquido libre en el hueco pélvico (1)(5)(14).

La evaluación de masas ováricas mediante la identificación de patrones característicos presenta una sensibilidad del 88% al 100% y una especificidad del 62% al 97%, para discernir entre procesos benignos y malignos. Se considera que los signos ecográficos con mayor sensibilidad para el diagnóstico de malignidad son: ecogeneidad heterogénea, septos con grosor mayor de 3 mm y grosor de la pared superior a 3 mm. Los signos con la mayor especificidad son: pared irregular no definida, septos con grosor mayor a 3 mm y pared irregular sólida (9)(14)(15).

En el caso de la paciente del presente caso clínico, se realizó un diagnóstico verídico de un quiste de ovario, pero no se pudo determinar el origen del mismo tal como se refiere en el informe recibido que se detalla en la Tabla 2.

Durante años se ha utilizado también el marcador serológico, que es más extensamente estudiado debido a que se lo ha asociado a malignidad ante la presencia de una masa pélvica; este marcador es conocido como el CA 125; el mismo que cuenta con una sensibilidad del 61% al 90% y una especificidad 71% al 93 (1)(7).

A pesar de que se ha determinado que se encuentra elevado en el 80% de los casos de cáncer epitelial de ovario, con el mismo; solamente el 50% de los pacientes en estadio I se logran diagnosticar a tiempo, esto se debe a que también se eleva en otras condiciones patológicas tanto de origen ginecológico como de origen no ginecológico, como endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria e incluso en el embarazo y así como en tejidos normales de origen mülleriano (7)(10)(12).

En el caso de la paciente se indicó realizarse el marcador tumoral Ca 125, como se menciona es muy importante para determinar la malignidad del tumor; pero al momento de la evaluación de la paciente en el hospital no se contaba con los reactivos específicos para realizar este examen por lo cual se envió a realizarse en algún otro establecimiento y por falta de recursos económicos la paciente nunca se realizó dicho examen hasta el momento del alta.

La tomografía computarizada es de mucha utilidad en casos específico ya que puede detectar metástasis, la presencia de implantes peritoneales, metástasis hepática, si existen nódulos linfáticos peri aórticos agrandados, entre otras. De igual manera, la realización de TAC abdominal y pélvica sin y con contraste estaba indicada en la paciente, pero al no contar con el contraste necesario para realizarla hasta el momento del tratamiento, nunca se le realizo este estudio de imagen (1)(6)(12).

En cuanto a la resonancia magnética, además de que no presenta irradiación, tiene la ventaja de la identificación del tejido, de esta forma puede valorar la presencia de grasa, sangre, musculo liso y fibrosis, y la administración de gadolinio permite también que se identifiquen implantes peritoneales y la definición exacta de la arquitectura interna de los quistes (6)

Tratamiento

Estudios muy recientes muestran que la intervención quirúrgica es obligatoria en toda paciente que se presenta con dolor abdominal severo, quistes grandes > 5 cm de diámetro por nosotros y si se presentan complicaciones, especialmente torcedura o hemorragia (11)(15).

Los quistes simples de ovario que son de un tamaño mayor a 5 cm, los quistes sintomáticos y además los quistes complejos deben ser tratados mediante exéresis quirúrgica del quiste y también del anexo comprometido. Clásicamente, el abordaje debe ser realizado mediante laparotomía, pero con el avance tecnológico en el campo de la medicina, en los últimos años, con el auge de la laparoscopia, han aparecido series de pacientes y reportes de casos de quistes gigantes de ovario benignos tratados con éxito mediante cirugía mínimamente invasiva, tras exploración laparoscópica, aspiración del quiste y exéresis del mismo. Algunas

requieren un tratamiento quirúrgico inmediato por presentarse como una torsión de quiste o ruptura de la masa (1)(6)(11).

El progreso en la técnica de la cirugía mínimamente invasiva, es decir; laparoscopia ginecológica, puede ser considerada como apropiada y aceptable en el abordaje de las masas pélvicas en la actualidad. Existen estudios ya reportados donde se ha realizado procedimientos laparoscópicos en tumores de gran tamaño de ovario, con resultados de mucho éxito (11).

En el caso clínico presentado, la paciente necesitó un procedimiento quirúrgico de emergencia, ya que la clínica presentada en el momento fue de una complicación del quiste gigante de ovario como es la torsión; la misma que se especifica en los hallazgos quirúrgicos encontrados los mismos que se describen detalladamente en la Tabla 4. De acuerdo a lo mencionado en la literatura médica actual, se realizó en la paciente en cuestión el tratamiento más adecuado para su patología, Laparotomía + Anexectomía Total Izquierda.

Complicaciones

Entre las complicaciones más importantes de los quistes gigantes de ovario se presentan: hemorragia intraquística o peritoneal, rotura de la capsula, producción de infecciones, necrosis, siembras peritoneales y la más frecuente, la torsión de aquellos de pedículo largo y además; la presentación de hemorragia, muchas veces secundaria a la anteriormente mencionada (14)(15).

4.4. Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud

- **Acceso a la atención médica:**

La paciente reside en una zona rural por lo cual presenta dificultad para acudir a valoraciones medicas de manera periódica, por lo que le resulta muy complicado llevar chequeos continuos de su salud motivo por el que el diagnóstico del quiste gigante de ovario fue tardío. Además refiere que no se detectó ningún tipo de problema durante su estado de gestación, aunque cabe recalcar que la misma paciente refiere que no se realizó un número adecuado de controles médicos.

- **Características de la atención:**

Refiere que la atención en el Subcentro de Salud del lugar de donde habita es muy deficiente, ya que la forma de brindar turnos a los pobladores de la zona no es la más adecuada. Además, existe un tiempo muy prolongado desde el momento que se acude a solicitar un turno hasta la fecha de la cita médica por lo cual existe desconfianza de la población en el sistema de salud y por ende en los establecimientos.

- **Atención de emergencia:**

Se considera que la atención en el área de emergencia no fue la adecuada, ya que al momento de realizar el examen físico no se determinó en qué estado se encuentra la subinvolución uterina. También se ha verificado que no se detecta ningún tipo de masa a pesar del tamaño que ésta tenía por lo que no se describe en la historia clínica realizada en el servicio de emergencia.

- **Trámites administrativos:**

Los trámites administrativos en el presente caso no fueron oportunos. La paciente refiere que acude a centro de salud cercano en donde no brindan la atención de forma adecuada, ya que asiste para atención médica y refieren que debe recibir un turno para la misma; motivo por el cual decide acudir por su cuenta al servicio de emergencia de hospital y en ese momento no presenta hojas de referencia a un hospital de un nivel superior y decide acudir por cuenta propia, es decir; fue autorreferida.

4.5. Identificación de los puntos críticos.

- Falta de controles periódicos de salud, ya sea por la dificultad en el acceso a los establecimientos de salud o la desconfianza de la población en los mismos.
- Tiempo de espera prolongado desde el momento en el que se solicita un turno para valoración del paciente por consulta externa y el momento de acudir a la respectiva cita médica.
- Déficit en la valoración médica por parte del personal de salud en el primer nivel.
- Ausencia de chequeos y valoraciones clínicas y paraclínicas ginecológicas.
- Falta de material necesario para realizar exámenes complementarios en el primer nivel de salud.
- Embarazo mal controlado que culmina en parto eutócico domiciliario 25 días antes de que acuda a valoración médica.
- Falta de seguimiento del puerperio mediato.
- Desconocimiento total de los métodos de planificación familiar.
- Déficit en la atención y valoración del servicio de emergencia del hospital.

4.6. Caracterización de las oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora:	Acciones de mejora:	Fecha de cumplimiento:	Responsable:	Forma de acompañamiento:
Valoración continua de salud a mujeres de poblaciones en riesgo	Charlas educativas acerca de la importancia de que acudan a los centros de salud más cercanos para chequeos de salud	A mediano plazo	Personal Médico de los Servicios de Primer Nivel de Salud	Folletos informativos para mujeres de la población
Actualización continua acerca del diagnóstico y tratamiento oportunos de quistes de ovario	Capacitación al personal de salud acerca del tema en cuestión	A mediano plazo	Directores médicos de los establecimientos de salud	Guías médicas de Ginecología y Cirugía actualizadas
Seguimiento de pacientes con masas anexiales luego de tratamiento implementado	Brindar turnos simultáneos de forma inmediata para que acudan a los centros de atención para controles periódicos	A largo plazo	MSP	Registro de atención por parte de los médicos a cargo
Mejorar el acceso a los servicios de salud	Instaurar un mayor número de médicos para la atención integral de pacientes. Brindar atención en forma inmediata sin turnos para un tiempo prolongado	A largo plazo	MSP	Turnos brindados directamente por el médico

5. CONCLUSIONES

- ❖ Se ha determinado que es fundamental el conocimiento acerca de los quistes gigantes de ovario. La finalidad e importancia de conocer acerca de este tipo de quistes radica en que se debe realizar un diagnóstico precoz y oportuno de los quistes gigantes de ovario para dar un tratamiento adecuado de forma inmediata y de esta manera evitar complicaciones que pueden ser muy graves para las pacientes, así como en el presente caso clínico se evidencia la presencia de torsión y hemorragia consecuencia del diagnóstico retardado.
- El factor de riesgo más importante y determinante de la paciente es la edad. Los quistes gigantes de ovario se presentan con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, por lo general en edades desde los 20 hasta los 48 años. La paciente tiene 25 años de edad, lo que predispone a la presentación de un quiste gigante de ovario.
- La atención médica de la paciente en el primer nivel de salud influye en la presencia de las complicaciones mencionadas, ya que no se brindó un turno de forma inmediata para el control del embarazo, además; el tiempo de espera fue muy prolongado desde el momento que se acudió a solicitar un turno hasta la fecha de la cita médica por lo que existió desconfianza de la paciente en acudir valoraciones en el centro de salud, motivo por el cual no se detectó de manera oportuna el quiste gigante de ovario y se complicó con la presencia de torsión y hemorragia del mismo.
- En los centros de salud pertenecientes al primer nivel de salud, para el diagnóstico de quistes gigantes de ovario y de cualquier tipo de masa anexial; se debe contar con un equipo de ecografía. El diagnóstico principal se basa en la imagen brindada por un estudio ecográfico ya que se obtiene información acerca de características específicas como: *tamaño*, consistencia de la masa, si es unilateral o bilateral, si existe la presencia de absceso o septos y si hay líquido libre en el hueco pélvico. Además de la ventaja de que es un estudio de fácil acceso y de bajo costo.
- La conducta tomada en el servicio de emergencia no fue la adecuada, ya que al momento de realizar el examen físico no se determinó en qué estado se encuentra la subinvolución uterina. Además, se ha verificado que no se detecta ningún tipo de

masa a pesar del tamaño que ésta tenía por lo que no se describe en la historia clínica realizada al momento de la valoración.

- Con el análisis del caso clínico, se han detectado los puntos críticos para el retraso del diagnóstico y por ende el tratamiento de los quistes gigantes de ovario, entre los cuales se encuentran: falta de controles periódicos de salud, ya sea por la dificultad en el acceso a los establecimientos de salud o la desconfianza de la población en los mismos; tiempo de espera prolongado desde el momento en el que se solicita un turno para valoración del paciente por consulta externa y el momento de acudir a la respectiva cita médica; déficit en la valoración médica por parte del personal de salud en el primer nivel; ausencia de chequeos y valoraciones clínicas y paraclínicas ginecológicas; falta de material necesario para realizar exámenes complementarios en el primer nivel de salud; embarazo mal controlado que culmina en parto eutócico domiciliario 25 días antes de que acuda a valoración médica; desconocimiento total de los métodos de planificación familiar.
- Las complicaciones que se presentaron en la paciente son: torcedura, hemorragia y necrosis del quiste gigante de ovario. Estas tres complicaciones son las más frecuentes en los casos de quistes gigantes de ovario y se deben a la falta de un diagnóstico precoz y a la implementación de un tratamiento tardío.
- Una estrategia a tomarse en cuenta para un diagnóstico oportuno de masas anexiales en general y sobre todo de quistes gigantes de ovario, antes de que se presenten complicaciones; es la instrucción de personas vulnerables a sufrir estos problemas, mediante charlas educativas acerca de la importancia de acudir a los centros de salud más cercanos a realizarse controles periódicos, explicando que para cualquier patología lo importante es realizar un diagnóstico precoz para evitar cualquier tipo de complicaciones.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

1. Ada G, Sandi J, Marilín L. Quiste gigante de ovario: una complicación infrecuente. SCIELO [En línea]. 2015, Mar. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 19(1): pp. 49-52. Disponible desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v19n1/mdc12115.pdf> (2)
2. Alfonso T. Tumores malignos de células germinales del ovario. Estado actual de su diagnóstico y tratamiento. MEDIGRAPHIC [En línea]. 2014, Mar. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 82(3): pp. 177-187. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom143e.pdf> (12)
3. Gonzalo G, Nuria P, Rafael S, Manuel M. Mujer joven con masa quística intraabdominal gigante. ELSEVIER [En línea]. 2013, Mar. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 57(6): pp. 370-373. Disponible desde: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90226536&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=96&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v56n07a90226536pdf001.pdf (6)
4. Isaac M. Correlación radiopatológica de los tumores de ovario benignos y malignos. SERAM [En línea]. 2012, May. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 4(11): pp. 1-62. Disponible desde: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjA0M2hgODMAhWFHB4KHRQjCHsQFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fpdf.posterng.netkey.at%2Fdownload%2Findex.php%3Fmodule%3Dget_pdf_by_id%26poster_id%3D111945&usg=AFQjCNGDavuoaDRf527dpBW0_PjSP2SLHA (14)
5. Jared O. Comparación de los criterios preoperatorios de mujeres con tumores de ovario benignos y malignos. IMSS [En línea]. 2014, Feb. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 8(5): pp. 01-20. Disponible desde: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Jared.pdf> (10)

6. Laura P, Odalis G, Acelia S, Meydis M, Carlos G. Tumores de ovario: patogenia, cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e histopatológico. MEDISAN [En línea]. 2012, May. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 16(6): pp. 920-930. Disponible desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n6/san13612.pdf> (7)
7. Mario P. Manejo por video laparoscopia de un quiste gigante de ovario. SCIELO [En línea]. 2014, Jun. [Citado el 16 de Abr. de 2016]; 82(2): pp. 68-70. Disponible desde: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2014/pdf/Vol82-2-2014-6.pdf> (1)
8. Roberto C, Cecilia P, Irlanda P. utilidad de la evaluación ecográfica en la caracterización de las lesiones ováricas y su correlación histopatológica. ELSEVIER [En línea]. 2014, Abr. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 13(6): pp. 370-377. Disponible desde: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90380755&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=305&ty=73&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=305v13n06a90380755pdf001.pdf (9)
9. Toshihiro Y, Tatsuya S, Fujio H, Shunsuke W. Minimal laparotomy management of a giant ovarian cystic teratoma in adolescence. ELSEVIER [En línea]. 2015, Abr. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 3(10): pp. 239-241. Disponible desde: http://ac.els-cdn.com/S2213576615000524/1-s2.0-S2213576615000524-main.pdf?tid=45f06ff8-1b9f-11e6-9a0f-00000aacb360&acdnat=1463428336_8bf4e7a059d4c1b382cdee6faec99ce1 (5)
10. Yasmely S, Jose U, Noren V, Gustavo T, Luis C. Cáncer de ovario en el embarazo. SCIELO [En línea]. 2013, Ago. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 78(5): pp. 371-378. Disponible desde: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v78n5/art08.pdf> (8)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

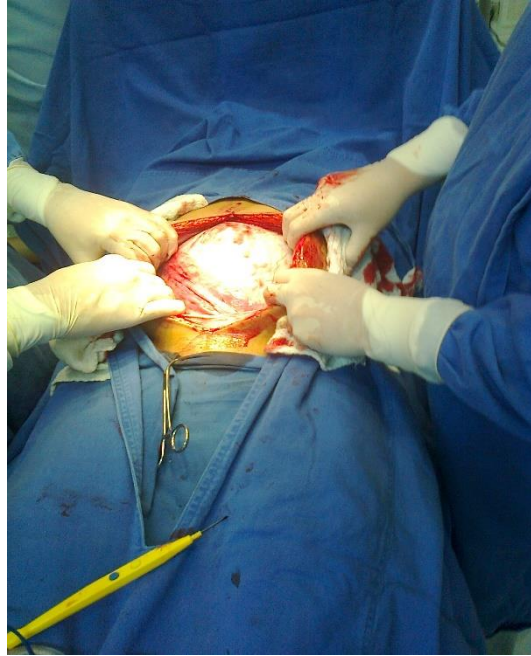
1. PROQUEST: Ahmed A, Mariam A, Sara T, Mohamed A. Hemorrhagic ovarian cyst: Clinical and sonographic correlation with the management options. ELSEVIER [En línea]. 2015, Sep. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 21(1): pp. 41-45. Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1110569015300157> (15)
2. PROQUEST: Ben S, Peng H, Hsiao W. Single-port compare with conventional laparoscopic cystadenoma for ovarian dermoid cysts. ELSEVIER [En línea]. 2014, May. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 53(20): pp. 523-529. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1028455914001831/1-s2.0-S1028455914001831-main.pdf?tid=ba0eaa04-1ba3-11e6-8df9-00000aacb35d&acdnat=1463430249_56acc2d03902afb67b11b30df3e5601a (11)
3. PROQUEST: Elcin T, Tufan O, Sabit S, Omer T. Giant peritoneal inclusion cyst mimicking ovarian cyst. ELSEVIER [En línea]. 2013, Mar. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 2(4): pp. 333-334. Disponible desde: http://ac.els-cdn.com/S2305050013601748/1-s2.0-S2305050013601748-main.pdf?tid=34ac2bce-1bd1-11e6-8297-00000aacb35f&acdnat=1463449782_3cebfb360fef765964bd3d4d2a7d632b (13)
4. PROQUEST: Madhu Y, Harish K, Pipara G. Complete resection of a giant ovarian tumor. ELSEVIER [En línea]. 2013, May. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 6(13): pp. 4-6. Disponible desde: http://ac.els-cdn.com/S2211338X13000380/1-s2.0-S2211338X13000380-main.pdf?tid=76a6318a-1b9c-11e6-a856-00000aacb35f&acdnat=1463427130_a3d61013cb32a324130c31405ccb334b (3)
5. PROQUEST: Rajshree D. Giant mucinous cystadenocarcinoma of ovary. HEALTH [En línea]. 2016, Ene. [Citado el 16 Abr. de 2016]; 7(1): pp. 42-44. Disponible desde: http://www.jmidlifehealth.org/temp/JMid-lifeHealth7141-5618899_153628.pdf (4)

7. ANEXOS

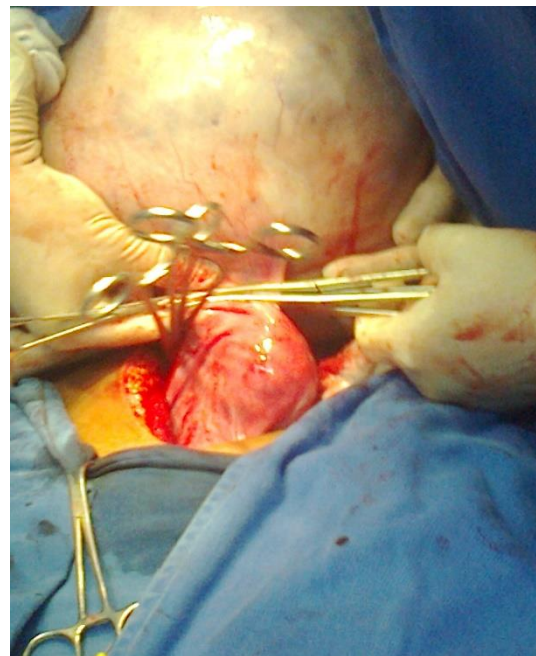
Anexo 1. Fotografías de la paciente



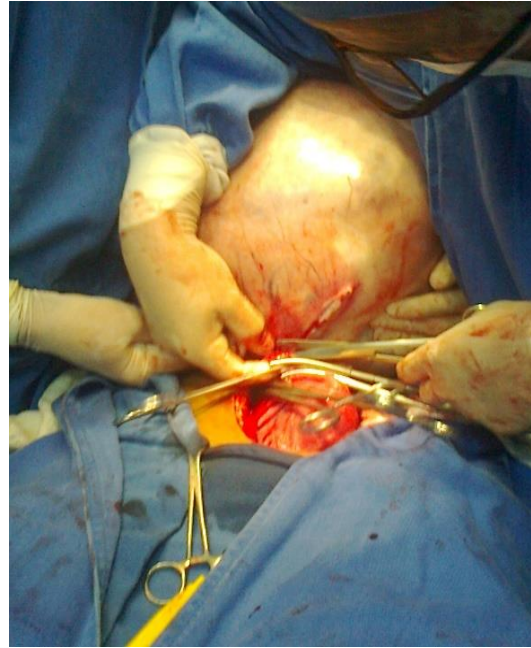
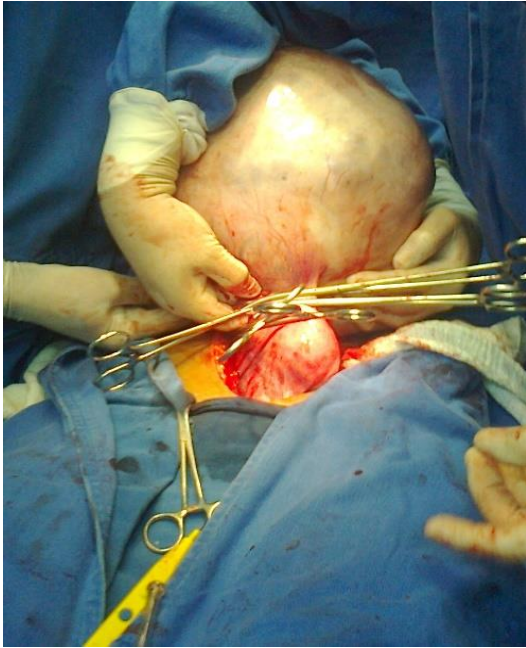
Anexo 2. Procedimiento Quirúrgico



Anexo 3. Identificación y exteriorización del quiste gigante de ovario.



Anexo 4. Pinzamiento y sección del quiste gigante de ovario y el anexo izquierdo



Anexo 5. Quiste Gigante de Ovario izquierdo extraído



