



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO PROMOCIÓN ABRIL-SEPTIEMBRE 2014

“QUISTE OVÁRICO EN MUJERES POSTMENOPAÚSICAS”

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autor: Monar Castillo, William Germán

Tutor: Dr. Duchicela Quisiguiña, Jorge Fabián

Ambato – Ecuador
Marzo, 2015

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación sobre análisis de caso clínico con el tema:

“QUISTE OVÁRICO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS” de Monar Castillo William Germán 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 Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo2015

EL TUTOR

.....

Dr. Fabián Duchicela

DERECHOS DE AUTOR

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

Sedo los derechos en línea Patrimoniales de mi 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, Marzo2015

EL AUTOR

.....

Monar Castillo William Germán

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**QUISTE OVÁRICO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS**” Como también los contenidos ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Marzo 2015

El Autor

.....

Monar Castillo William Germán

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**QUISTE OVÁRICO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS**” de William Germán Monar Castillo estudiante de la carrera de Medicina.

Ambato, Marzo 2015

Para constancia firma:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios por mostrarnos día a día que con humildad, paciencia y sabiduría, que todo es posible.

Al Dr. Carlos Monar y Sra. Esthela Castillo, mis padres, quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil para recibir esta noble profesión y hacer de mi una persona de bien, por motivarme y darme la mano cuando me sentía abatido en el camino, ellos fueron testigos de mis noches de vigilia ilustrándome de la Medicina, los quiero con todo mi corazón, a mis hermanos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles.

A Ma. Gabriela Romo, que nos sustentamos mutuamente en nuestra formación profesional, tu compañía y tu tenacidad durante el día a día de luchar cada guerra venciendo esta dura batalla, has sido amiga y compañera inseparable, fuente de ilustración, calma y consejo en todo momento. En realidad ella me llena por dentro de muchas fuerzas para conseguir el equilibrio que me permita dar el máximo de mí, pues hoy triunfantes luciendo este hermoso emblema, juntos aprendimos a ir dispuestos de coraje para cruzar esta fortaleza y llegar a nuestra meta.

AGRADECIMIENTO

Reitero mi agradecimiento a Dios por darme la oportunidad de existir, aquí y ahora; por mi vida, gracias por iluminarme y darme fuerzas, a Nuestro Señor de la Justicia solo tú sabes.....

A mi tutor que me brindo su apoyo de forma desinteresada en un momento oportuno, pacientemente durante el proceso me guió Dr. Fabián Duchicela su notable experiencia aplico, una excelente persona y notable catedrático.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

A la Universidad Técnica de Ambato por haberme acogido en sus aulas, quienes fueron testigos del día a día, para cumplir este tan palpable sueño.

A mi familia gracias por todo, por estar conmigo siempre, en las buenas y en las malas, a quienes siempre he dedicado mis éxitos, triunfos alegrías y sobre todo mis sueños

A todas las personas que de una u otra forma estuvieron conmigo, porque cada una aportó con un granito de arena, a los presentes a los ausentes, me queda manifestarme que, ¡ha valido la pena!

William Monar

ÍNDICE

APROBACIÓN DE TUTOR	ii
DERECHOS DE AUTOR	iii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO DEL CASO.....	2
DESARROLLO	4
PRESENTACIÓN DEL CASO.....	4
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	12
ESTRUCTURACIÓN DEL CASO	12
OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN.....	13
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	14
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	15
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	16
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
“QUISTE OVÁRICO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS”

Autor: Monar Castillo, William Germán

Tutor: Dr. Duchicela Quisiguiña, Jorge Fabián

Fecha: Ambato, Marzo del 2015

RESUMEN

Los puntos relacionados con lo biológico se incluyen la edad de la paciente ya que cursa con 64 años de edad y de acuerdo a la fisiología con la edad, el ovario humano envejece en sus funciones; sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. El potencial neoplásico de la gónada femenina es ampliamente conocido; se observan neoformaciones ováricas en todas las etapas de la vida de la mujer. La diversidad de los tumores ováricos es comprensible por la compleja histogénesis; todos los componentes histológicos tienen la capacidad de originar neoplasias de variado comportamiento biológico. El comportamiento biológico de los tumores serosos depende tanto del grado de diferenciación como de la localización. En cuanto al pronóstico, es más probable que los tumores serosos encapsulados de la superficie del ovario se extiendan a la superficie del peritoneo y el pronóstico está íntimamente relacionado con la imagen histológica del tumor y con su modelo de crecimiento en el peritoneo. La mayor parte de estos tumores produce pocos síntomas y, si los hay, son inespecíficos, y en todo caso leves. Los síntomas más frecuentes consisten en

distensión abdominal, dolor o malestar abdominales, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste.

En cuanto a lo medioambiental se debe mencionar, la cercanía domiciliaria a zonas industrializadas con emisiones contaminantes además de los factores de riesgo y hábitos de la paciente.

En cuanto los servicios de salud se deben identificar la accesibilidad oportuna desde la atención primaria y su remisión para su resolución

PALABRAS CLAVE

QUISTE_ OVARIO, QUISTE_SEROSO, PATOLOGÍA_OVÁRICA,
MUJER_POSTMENOPÁUSICA, MASA_ANEXIAL

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
MEDICAL CAREER
"OVARIAN CYST IN POSTMENOPAUSAL WOMEN"

Author: William Castillo Monar Germán

Tutor: Dr. Duchicela Quisiguiña, Jorge Fabián

Date: Ambato, March 2015

SUMMARY

Issues related to the biological age of the patient are included and that causes 64 years old and agree to physiology with age, the human ovary aged in their duties; yet never loses its ability to generate tumors. The neoplastic potential of female gonad is widely known; ovarian neoplasms observed in all stages of life of women. The diversity of ovarian tumors is understandable given the complex histogenesis; Histological all components have the ability to cause neoplasms varied biological behavior The biological behavior of serous tumors depends on the degree of differentiation and on the location. In terms of prognosis, are more likely to serous tumors encapsulated ovarian surface extending to the surface of the peritoneum and the prognosis is closely related to the histological picture of tumor and its growth model in the peritoneum Most these tumors produce few symptoms and, if any, are nonspecific, and in any case minor. The most common symptoms include bloating, abdominal pain or discomfort, feeling of pressure in the lower abdomen and urinary or gastrointestinal symptoms. Acute pain can occur in case of torsion of an annex, ruptured cyst or hemorrhage into a cyst

As for the environment should be mentioned, home proximity to industrial areas in addition to the risk factors and habits of the patient emissions.

As health services should identify the timely availability from primary care and referral for resolution

KEYWORDS

OVARIAN_ CYST, SEROUS_ CYST, OVARIAN_ PATHOLOGY,
WOMAN_ POSTMENOPAUSAL, MASS_ ADNEXAL

INTRODUCCIÓN

Se realiza el presente trabajo considerando que la presencia de quistes de ovario en pacientes postmenopáusicas es una patología limitadamente frecuente en la práctica clínica, además de que el conjunto de mujeres postmenopáusicas es muy numeroso debido al aumento de la esperanza de vida para las mujeres; se sabe que el cáncer de ovario (CO) acrecienta su frecuencia con la edad, hasta tal punto que el factor de riesgo de CO con mayor peso es, sin duda alguna, la edad, con un máximo pico de incidencia entre los 60 y 70 años.

La importancia fundamental para la realización de este trabajo ante la presencia de un quiste de ovario en una paciente postmenopáusica es discernir si se trata de un proceso maligno o benigno siendo primordial un adecuado estudio y orientación de la patología, a fin de obtener un correcto diagnóstico que nos permita ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica con la menor morbilidad con lo que se puede ofrecer mejores expectativas de vida a las pacientes tanto al ámbito psicológico, económicamente y socialmente.

Se han realizado varias presentaciones acerca de la temática a nivel internacional de los cuales se obtienen datos limitados, lo que hace que la realización de este análisis sea significativa, pues servirá de complemento para investigaciones posteriores.

Los datos que se obtendrá en el presente análisis beneficiarán con información tanto a nivel local, regional y nacional, ya que se beneficiará a pacientes que cursan con dicha patología y servirá como guía para el personal de salud para la toma de decisiones para resolución de mencionada patología.

OBJETIVOS

- Conocer la evolución y el manejo de quistes simples de ovario en mujeres postmenopáusicas de acuerdo a los datos bibliográficos recientes.
- Evaluar el tipo de conducta a seguir ya sea expectante o quirúrgica para resolución del caso.
- Analizar los criterios de inclusión para la realización de punción evacuadora ecoguiada en la paciente del presente caso
- Categorizar los exámenes de laboratorio y de imagen para valoración de quistes benignos y malignos y su posterior seguimiento en pacientes postmenopáusicas

Preguntas Predefinidas

¿Qué utilidad diagnóstica tiene el ultrasonido para identificar y diferenciar entre un quiste benigno y un maligno?

¿Cuál es el tratamiento más indicado en este caso expectante o quirúrgico?

¿Qué pacientes son candidatas a tratamiento expectante?

¿Qué función cumplen los marcadores tumorales en el presente caso?

CONDUCCIÓN DEL ESTUDIO DEL CASO

De acuerdo a los datos biológicos se trata de una paciente de 64 años de edad a quien se le diagnostica de quiste de ovario derecho; se sabe que el agrandamiento quístico fisiológico del ovario puede ocurrir como

- Secuela de la falta de ruptura folicular
- Secuela de la falla en la regresión del cuerpo lúteo (síndrome de Halban) también asociado al síndrome del folículo luteinizado no roto en el cual se piensa puede ocurrir ovulación intraovárica

En general, los quistes de ovario funcionales espontáneamente, pueden persistir y llegar a ser sintomáticos, alcanzando dimensiones tan grandes como de 10cm de diámetro (García, 2010)

Hay dos factores que, potencialmente, podrían afectar a la prevalencia del quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica:

1.- El tiempo transcurrido desde la menopausia, por la posible actividad ovárica residual tras el cese definitivo de la menstruación.

Sin embargo, datos de diversos autores revelan que la prevalencia de los quistes no está relacionada con el tiempo transcurrido desde la menopausia. (Guerriero S, Ajossa S, 2003)

2.- El uso de terapia hormonal sustitutiva. Hay datos contradictorios y así, Bar-Hava(5) y Wolf (6) no hallan ninguna relación entre el uso de terapia hormonal y la prevalencia de quistes simples de ovario en la postmenopáusica, mientras que Modesitt et al. ,en un trabajo más reciente, sí encuentra una correlación significativa. (Modessit SC ,2003).

- En cuanto a lo medioambiental hay que tener en cuenta si la paciente tiene cercanía domiciliaria a zonas industrializadas con emisiones de contaminantes ambientales (Fabricas de jeans, curtiembres, etc), lo que no corresponde con el domicilio de la paciente
- Con los factores de riesgos a los que se menciona a la edad de la paciente que es de 64 años, asociado al consumo de tabaco se menciona que las fumadoras suelen acceder a la menopausia uno o dos años antes que las ex fumadoras o las no fumadoras, en el caso mencionado no corresponde debido a que la paciente no tiene antecedentes de tabaquismo.
- En cuanto los servicios de salud la paciente obtuvo accesibilidad y disponibilidad de los mismos para su seguimiento médico y resolución de su patología

DESARROLLO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 64 años de edad nacida y residente en Ambato (San Luis) de instrucción secundaria incompleta casada ocupación Quehaceres Domésticos, de religión católica, de lateralidad diestra, grupo sanguíneo desconoce.

Antecedentes patológicos personales

Quirúrgicos: colecistectomía hace 12 años, Pterigion hace 8 años

Alergias: no

Hábitos:

Alimentación: 4 v/d

-Deposición: 1 v/d

-Micción: 4-5 v/d

-Sueño: 10 horas

-**Alcohol:** Negativo

-**Drogas:** Negativo

-**Tabaquismo:** Negativo

Motivo de consulta:

Ardor genital

Enfermedad actual

Paciente refiere presentar ardor genital desde hace 2 meses como fecha aparente y 4 meses como fecha real, el ardor genital es continuo acompañado de resequead en zona genital, al cuadro se suma dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha y parte de de hipogastrio desde hace 6 meses como fecha real y que aumentando su intensidad de leve a moderada (6/10) de tipo punzante con leve irradiación a región lumbar bilateral, razón por la cual acude a consulta de esta casa de salud

Antecedentes Ginecoobstétricos:

Menarquia: 15 años

Ciclos: Regulares de duración de 5a 6 días sin dismenorrea

-**Menopausia:** 50 años.

-**Gestas:** 3 **Partos:** 3 **Abortos:**0 **Cesáreas:**0 **HV:**3

-**IVSA:** 17años.

-**Compañeros sexuales:** 1

-**Métodos de planificación familiar:** T de cobre por 5 años

-**Papanicolaou:** 2 negativo (sin patología)

-**VIH:** Negativo

-**Enfermedades de transmisión sexual:** Negativo

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales

-Talla: 1,48 cm **-IMC:** 24

-Peso: 72 kg

-TA: 125/70

-Pulso: 92 x'

-Temperatura: 37.1 °C

Apariencia general:

Paciente de sexo femenino, orientada en persona, tiempo y espacio. Fascie normal, afebril, hidratada. La edad real concuerda con la aparente 64 años, Vestimenta e higiene en buen estado

Abdomen:

Suave depresible doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, ruidos hidroaereos presentes

Región inguinogenital:

Vagina estrecha, seca, pálida compatible con vaginitis atrófica, útero hipotrófico, palpación anexo derecho presencia de masa de aproximadamente 8 cm de diámetro móvil desplazable.

Miembros inferiores:

Fuerza, tono y trofismo disminuidos, reflejos osteotendinosos conservados

Región lumbar:

Puño – percusión negativa.

Examen neurológico:

Paciente consciente, orientada en persona, tiempo y espacio.

Pares craneal: SPA

Sistema sensorial: Sensibilidad conservada

Diagnóstico Clínico

- Masa anexial derecho en estudio
- Vaginitis atrófica

Exámenes Complementarios

-Eco pélvico

Informe: útero en antero flexión de tamaño normal ecogenicidad homogénea.

Endometrio es central ecogénico de 3 mm de espesor.

Ovarios: En el derecho se observa imagen quística con septo en su interior que mide 9,4 cm, el izquierdo sin datos patológicos fondo de saco de Douglas libre. No se observan adenomegalias de las cadenas ganglionares iliacos

Examen: Biometría Hemática – Hematología

Valor referencial

Recuento Leucocitario (WBC).....: 12.92	4.50 – 10.00 K/ μ L
Recuento de globulos rojos.....: 4.69	4.20 – 5.40 M/ μ L

Hemoglobina (HGB).....: 14.5	12.0 – 16.0 g/dL
Hematocrito (HCT).....: 43.0	37.0 – 47.0 %
Volumen corp. Medio (MCV.....: 91.7	81.0 – 99.0 fL
Hemoglobina Cospus Media (MCH)..: 31.0	pg
Concen HB Corp. Media (MCHC)....: 33.8	32.0 – 36.0 g/dL
Recuento Plaquetas.....: 279.000	130.000 – 400.000 K/ μ L
Neutrofilos %.....: 68.2	40.0 – 65.0 %
Linfocitos %.....: 24.0	40.5 – 45.5 %
Monocitos %.....: 6.2	5.5 – 11.7 %
Eosinófilos %.....: 0.9	0.9 – 2.9 %
Basófilos %.....: 0.7	0.2 – 1.0 %
Alfafetoproteína.....2,86 ng/ml	menor o igual 7.0ng/ml
CarcinoEmbrionario.....0.448ng/ml	no fumadores: Menor o igual 3.4ng /ml
	Fumadores: 4.3ng/ml
Ca 125.....7.09U/ml	Hasta 35U/ml
CA 19-95.9 U/ml	Hasta 34U/L

Patología

Macroscópico: se recibe fragmento ovoide de tejido blando de consistencia renitente que mide 10 x 10 x7 cm con trompa uterina adosada de 7 x 0.7 cm. Al corte con líquido cetrino y paredes internas lisas

Microscópico: los cortes muestran pared constituido por tejido conectivo laxo con algunos pequeños capilares y un foco de hialinización. Los cortes de la trompa no muestran alteraciones

Diagnóstico: Ovario. Quiste seroso

Emo

Examen: emo (uroanálisis de rutina) – uroanálisis

VALOR REFERENCIAL

COLOR.....: p.yel

Densidad.....: 1.015

PH.....: 7

Glucosa en orina.....: NORMAL

Cetonas.....: NEGATIVO

Bilirrubinas.....: NEGATIVO

Leucocitos en orina.....: NEGATIVO

Nitritos.....: NEGATIVO

Hemoglobina.....: 25

Proteínas.....: NEGATIVO

Urobilinógeno.....: NORMAL

Piocitos.....: 0.24 ; /HP 0.0 – 3.0 /HPF

Hematies.....: 2.82 ; /HP 0.0 – 3.0 /HPF

Bacterias.....: escasas

CELULAS EPITELIALES.....: 0.51 ; /HP

Examen: Tiempo De Protrombina (Tp) – Hematología

VALOR REFERENCIAL

Tiempo de protrombina (tp).....: 11.2 10.8 – 14.5 seg.

Tiempo de tromboplastina (ttp)..: 24.9 20.0 – 33.3 seg

Examen: Glucosa – Química

VALOR REFERENCIAL

GLUCOSA.....: 93.4 70.00 – 100.00 mg/dl

CREATININA.....: 0.4 0.5 – 0.9 mg/dl

A correlacionar con la sintomatología de la paciente y los exámenes complementarios de laboratorio de imagen se establecen las siguientes impresiones diagnósticas:

- Vaginitis atrófica Postmenopáusica

Con tratamiento ambulatorio (2015-12-13)

Tinidazol tab 1g tableta bid

Fluconazol capsulas 150 mg capsula ora cd 1 d

Estriol crema vaginal aplicación vaginal cs 4

Paciente acude a consulta externa con mejoría de su sintomatología genital el día (2015/01/20)

- Quiste de ovario derecho

Se le asigna cita para control con exámenes de laboratorio y de imagen para programación de cirugía el día 08/02/2015 tipo de cirugía ooforectomía derecha el chequeo preoperatorio autorizado Goldman II asa II.

Cirugía el día (10 /02/2015)

Exploración y hallazgos:

1. Quiste de ovario derecho de aproximadamente 15 cm x 10 cm
2. Útero macroscópicamente normal

Sangrado Transoperatorio: 100 cc

Indicaciones Postquirúrgica

rp:

1. Nada por vía oral
2. control de signod vitales
- 3.- Lactato Ringer 1000ml iv cada 8 horas
4. Cefazolina 1 gr iv c6h (d0)

5. Tramadol 100 mg iv c8h diluido y lento
6. Metamizol 1 gr iv c8hr
7. Ranitidina 50 mg iv c12h.
8. Metoclopramida 10mg iv c8h
9. Heparina de bajo peso molecular 60 mg subcutáneo hoy 21h00
10. Novedades

Resumen de evolución y complicaciones:

Paciente de 64 años sometida a ooforectomía derecha mediante incisión de Pfannenstiel con hallazgos de: quiste de ovario derecho de aproximadamente 15 cm x 10 cm + útero macroscópicamente normal, al momento hemodinámicamente normal, herida quirúrgica en buen estado, con leve dolor a nivel de hipogastrio, por lo que se decide su alta para posterior control ambulatorio

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Se basó en los datos respectivos de la historia clínica del paciente y exámenes complementarios tanto de laboratorio como de imagen que se realizaron, además del contacto con los familiares y médico tratante.

ESTRUCTURACIÓN DEL CASO

- 1.1.-Paciente femenino de 64 años de edad quien fue atendida en consulta externa de Ginecología cuyo tiempo transcurrido fue de 3 meses
- 1.2.-En cuanto los factores de riesgo se debe tomar en cuenta la edad de la paciente que es de 64 años con diagnóstico de quiste de ovario derecho, ya que la edad

avanzada de la misma, con la presencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo, y la cercanía domiciliaria a zonas industrializadas con emisiones de contaminantes ambientales se relaciona con mayor probabilidad de malignidad los cuales no corresponde con la paciente.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA

El tiempo transcurrido de acuerdo a la cronología de la presencia de síntomas genitales en relación a la fecha real como la aparente es de 4 meses de evolución sumado con el síntoma abdominal en relación a la fecha real como la aparente se suma 6 meses de evolución, y más 3 meses con su cita en ginecología, accediendo a los 9 meses desde la aparición de la sintomatología al servicio de especialidad, cuya confiabilidad al acceso al servicio en cuanto al tiempo no fue prudente, debido a que la paciente presentaba aumento de intensidad del dolor abdominal y sensación de pesantes en dicha zona ; hasta que se le agende una cita la paciente para mejoría de sus sintomatología se aplicaba duchas vaginales de agua de manzanilla con leve mejoría.

Acceso a la atención médica: La paciente no tuvo dificultad para su atención primaria debido a que su domicilio se encuentra a 10 minutos de la unidad de salud

OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN

Paciente quien acudió a consulta se le valoró y se diagnosticó con: vaginitis atrófica cuyo tratamiento fue ambulatorio de 1.-Tinidazol tab 1g tableta bid 2.- fluconazol capsulas 150 mg capsula ora cd 1 d 3.- estriol crema vaginal aplicación vaginal, mas Masa anexial derecho en estudio

Acude en 1 mes con mejoría de los síntomas vaginales y con eco pélvico que reporta Informe: útero en antero flexión de tamaño normal ecogenicidad homogénea. Endometrio es central ecogénico de 3 mm de espesor.

Ovarios: En el derecho se observa imagen quística con septo en su interior que mide 9,4 cm el izquierdo sin datos patológicos fondo de saco de Douglas libre. No se observan adenomegalias de las cadenas ganglionares iliacos

Marcadores Tumorales Normales

Rx De Tórax Normal

Se solicita chequeo preoperatorio con medicina interna para programación de cirugía en 1 mes, siendo su ingreso pertinente con exámenes de laboratorio de imagen y marcadores tumorales.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

La paciente obtuvo una buena calidad en cuanto a su atención médica con su resolución de su patología y alta y para posterior control ambulatorio.

La conducta del caso fue quirúrgica (laparotomía) la cual fue adecuada con la presencia de marcadores tumorales normales, y exámenes de imagen además del estudio histopatológico fue de quiste seroso de un diámetro de 10 cm y que las posibilidades de regresión de forma espontanea son muy limitadas.

En cuanto a los quistes de menor tamaño ha hecho cambiar la conducta, pudiendo adoptar una conducta expectante y de seguimiento, evitando en muchos casos la cirugía, pues, en la mayoría de los hospitales la extirpación de los quistes anexiales por vía laparoscópica es relativamente segura, no está exenta de riesgos.

Se realizó interconsulta a medicina interna para su chequeo pre quirúrgico quienes valoran a paciente y exámenes complementarios y autorizan cirugía con riesgo quirúrgico GOLDAMN II ASA II.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

3.1.-El agendamiento de una cita para consulta externa en cuanto al tiempo y la disponibilidad es tardía debido a que la paciente para agendar una cita a partir de su sintomatología genital y abdominal duró 9 meses hasta su consulta con ginecología y para resolución de su patología 1 mes más.

La ausencia periódica de reactivos para la realización de exámenes de laboratorio prolongan aún más el tiempo para que sus resultados sean valorados y que se puedan tomar las decisiones en tiempo prudente.

El aumento de la demanda de pacientes a esta institución saturan los servicios a consulta externa separando citas en fechas no prudentes.

El no acudir en la fecha establecida por parte de los pacientes a consulta externa, el mismo tendrá que volver a separar desde el inicio una nueva cita cuyo tiempo se prolongará aún más.

Tener en cuenta en cuanto los controles anuales por parte de la paciente, ya que dicha patología puede presentarse de manera asintomática pudiendo retrasar su diagnóstico aún más si se asocia a malignidad.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

El cistoadenoma seroso de ovario es un tipo de tumor derivado del epitelio superficial (celómico), formado por áreas quísticas.

Con la edad, el ovario humano envejece en sus funciones; sin embargo, nunca pierde su capacidad para generar tumores. El potencial neoplásico de la gónada femenina es ampliamente conocido; se observan neoformaciones ováricas en todas las etapas de la vida de la mujer. La diversidad de los tumores ováricos es comprensible por la compleja histogénesis; todos los componentes histológicos tienen la capacidad de originar neoplasias de variado comportamiento biológico. (Felipe Jorge Aragón Palmero 2010)

La versión simplificada de la clasificación histológica de los tumores del ovario de la organización mundial de la Salud (OMS) divide a las neoplasias según el tejido de origen más probable. En la actualidad se estima que los tumores del ovario provienen de uno de los tres elementos siguientes del ovario: 1) del epitelio celómico superficial, que embriológicamente origina el epitelio de los conductos de Müller, o sea, las trompas de Falopio (células serosas cilíndricas ciliadas), del revestimiento endometrial (células cilíndricas, no ciliadas) o de las glándulas endocervicales (células mucinosas, no ciliadas); 2) de las células germinales; y 3) del estroma ovárico (Felipe Jorge Aragón Palmero 2010)

Macroscópicamente, el tumor seroso típico contiene uno o pocos quistes de paredes fibrosas de 10 a 15 cm, en promedio, de diámetro, que alguna vez llegan incluso a los 40 cm. Los tumores benignos contienen un quiste liso y brillante sin engrosamiento epitelial ni proyecciones papilares pequeñas. El comportamiento biológico de los tumores serosos depende tanto del grado de diferenciación como de la localización. En cuanto al pronóstico, es más probable que los tumores serosos encapsulados de la superficie del ovario se extiendan a la superficie del peritoneo y el pronóstico está íntimamente relacionado con la imagen histológica del tumor y con su modelo de crecimiento en el peritoneo (Diamantopoulou S,(2009)

La mayor parte de estos tumores produce pocos síntomas y, si los hay, son inespecíficos, y en todo caso leves. Los síntomas más frecuentes consisten en distensión abdominal, dolor o malestar abdominales, sensación de presión en la parte baja del abdomen y síntomas urinarios o gastrointestinales. Puede ocurrir dolor agudo en caso de torsión de un anexo, rotura de un quiste o hemorragia hacia el interior de un quiste. Los datos pélvicos en pacientes con tumores benignos y malignos difieren. Las tumoraciones que son unilaterales, quísticas, móviles y lisas son con más probabilidad benignas; en tanto que las bilaterales, sólidas, fijas, irregulares y acompañadas de ascitis, nódulos en el fondo de saco de Douglas o crecimiento rápido son más probablemente malignas (Felipe Jorge Aragón Palmero 2010)

La laparoscopia/laparotomía exploradora, en caso de duda, permite realizar el diagnóstico (visualización de la tumoración y sus características; práctica de una biopsia perioperatoria) y, al mismo tiempo, aplicar el tratamiento quirúrgico; (Felipe Jorge Aragón Palmero 2010)

Los tumores sintomáticos deben ser valorados con prontitud. La intervención quirúrgica se justifica en caso de dolor intenso o sospecha de malignidad. Si se sospecha un quiste maligno a cualquier edad, deberá efectuarse con prontitud laparotomía exploradora (Felipe Jorge Aragón Palmero 2010)

El potencial de malignidad de los quistes simples de ovario

No es conocido el porcentaje exacto; hay estudios antiguos realizados en los años ochenta con ecografía abdominal en los que estimaban el riesgo de malignidad en quistes menores de 5 cm. Entre un 3 y un 8%. Hoy se sabe que las lesiones quísticas menores de 5 cm., sin áreas sólidas, septos o papilas tienen una probabilidad extremadamente pequeña de malignizarse (0-1,9%). Basándose en la evolución natural de más de 3.000 quistes ováricos uniloculares identificados en mujeres postmenopáusicas de 10 cm. o menos de diámetro, Modesitt et al. Calcularon un

riesgo de neoplasias malignas inferior al 0,1% con un intervalo de confianza del 95%. (Modessit SC ,2003)

En cuanto a la conducta establecida por la revisión bibliográfica reciente explica:

Este bajo riesgo de malignidad ha hecho cambiar la conducta, pudiendo adoptar una conducta expectante y de seguimiento, evitando en muchos casos la cirugía, pues, aunque en la mayoría de los hospitales, la extirpación de los quistes anexiales por vía laparoscópica es relativamente segura, no está exenta de riesgos.

En la mujer postmenopáusica con quiste simple de ovario asintomático, la conducta es la siguiente (Gallo JL. 2004)

-Quistes simples uniloculares < 5 cm (con doppler negativo):

- Repetir la ecografía transvaginal a los 3 y 6 meses

(Muchos desaparecerán).

- Si persisten, realizar un CA-125 y, si éste es normal

(< 35 UI/ml), revisión a los 6 meses y luego anual.

-Criterios flexibles si la paciente va a incumplir la vigilancia ecográfica o cuando está indicada la cirugía por otra causa.

La punción evacuadora ecoguiada de un quiste simple queda justificada ante mujeres menopáusicas con alto riesgo anestésico cardiopatía isquémica, hipertensión arterial grave, diabetes grave, hemiplejía,..) quirúrgico (varias laparotomías previas, “pelvis congelada” por endometriosis, obesidad severa,..) o con cierta sintomatología (“molestia abdominal”, con cierta ansiedad). Dicha punción ecoguiada se hará con fines diagnósticos y terapéuticos y el líquido extraído se examinará desde el punto de vista citológico, endocrinológico, microbiológico y marcadores tumorales. La punción se hará siempre en quistes < 10 cm 30 (incidencia de malignidad en quistes > 10 cm del 11%) y, tras la misma, es obligatorio hacer controles ecográficos a los 3, 6

y 12 meses. Dicha técnica no requiere anestesia y, si se hace una selección cuidadosa de los casos, puede considerarse una técnica ambulatoria segura y sencilla. (Aguilar Romero2012).

Las Indicaciones Para El Tratamiento Quirúrgico

Durante el seguimiento de un quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica son las siguientes: (Gallo JL. 2009)

.Incremento del tamaño

- Desarrollo de componentes sólidos
- Flujometría Doppler anormal
- CA -125 elevado
- Paciente que desea extirpación del quiste
- No obediencia, conformidad con el seguimiento ecográfico

Guías de manejo de la masa anexial

La junta de opinión de la ACOG/SGO recomienda referir una paciente al ginecólogo oncólogo para su manejo bajo las siguientes circunstancias:

Paciente postmenopáusica: con masa pélvica con sospecha de malignidad por tener al menos uno de los siguientes indicadores: (Guerriero S, Ajossa S, 2003).

- CA 125 elevado
- Ascitis
- Masa pélvica nodular o fija
- Evidencia de metástasis abdominal o a distancia

- antecedentes familiares de uno o más pacientes de primer grado con cáncer de ovario o de mama

Recomendaciones de las guías de la junta de opinión del colegio americano de Ginecólogos Y Obstetras / y de la sociedad De Ginecólogos Oncólogos (AQCOG/SGO)

a.- Debemos basarnos en:

- Examen físico
- Estudios por imágenes: Ultrasonidos TV doppler / pélvico abdominal
- Antecedentes familiares
- Determinación del Ca 125

b.- En especial, debe referirse una paciente al Ginecólogo Oncólogo cuando:

- Paciente postmenopáusica con CA 125 elevado ($> 35\text{u/ml}$)
- Paciente con masa pélvica nodular o fija
- Paciente con evidencia de enfermedad metastásica
- Paciente con ascitis
- Paciente con antecedentes familiares de cáncer de mama o cáncer de ovario (Guerriero S, Ajossa S, 2003).

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Conseguir una adecuada accesibilidad a los servicios y la suficiente agilidad en el desarrollo de los planes diagnósticos y terapéuticos.	Implementar prestadores externos en salud Remuneración a prestadores externos	Un año	Ministerio de salud pública Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Subcentro de salud Clínicas del día
Recordatorios por medios tecnológicos para recordar citas médicas.	Implementar un sistema de mensajes de voz o texto para recordatorio de citas medicas	Un año	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Oficina de ingeniería en sistemas
Fortalecer la guías clínicas con evidencias recientes y realizadas de maneras interdisciplinarias	Realizar juntas medicas de opinión interdisciplinarias para el fortalecimiento de las guías clínicas	Seis meses	Director del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Jefe médico de cada servicio	Guías clínicas acompañados de algoritmos de atención
Fomentar la descentralización y desburocratización	Organizar adecuadamente el área administrativa	Seis meses	Director del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	Director del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Mejorar la accesibilidad y agilidad del	Implantación de consultas de alta resolución.	Un año	Ministerio de salud pública	Guías clínicas y evidencias en atención en

proceso de Consulta Externa	Desarrollo de protocolos para regular el acceso a las consultas y pruebas complementarias y priorizar a los pacientes con problemas relevantes.		Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	salud publica
-----------------------------	---	--	---	---------------

CONCLUSIONES

- Según la revisión bibliográfica se sabe que los quistes de ovario menores de 5 cm muestran una tendencia hacia la desaparición espontánea con mínimo riesgo de transformación maligna a diferencia de los quistes de mayor de 10cm las posibilidades de regresión de forma espontanea son muy limitadas.
- Se puede adoptar una conducta expectante y de seguimiento en quistes menores de 5cm, evitando en varios casos la cirugía, en el caso descrito se trata de un quiste de 10cm y se decide su resolución por laparotomía debido a la presencia de síntomas abdominales de la paciente y del tamaño del quiste.
- De acuerdo a los criterios de inclusión para la realización a la punción, la paciente no cumple dichos criterios debido al tamaño del quiste además de no presentar riesgo quirúrgico el procedimiento de lo cual no se procede a la punción ecoguiada, sin embargo puede considerarse una técnica ambulatoria segura y sencilla en quistes de menores de 5cm .

- La determinación precisa de por medio de exámenes de imagen como la ultrasonografía estudio histopatológico y marcadores tumorales son de ayuda diagnóstica para descartar casos de malignidad caso contrario mantener revisiones semestrales y anuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LINKOGRAFÍA

- 1.-Aguilar Romero(2012). Quiste benigno de ovario. Servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2012_gine_02_quiste_ovario_dra_aguilar.pdf
- 2.-Bar-Hava I, (1997), Ovarian cysts and cyclic hormone replcement therapy: is there an association? ActaObstetGynecolScand; 76:563-566. Disponible en: <http://tokoginecologia.org/Toko/2009/Toko%20Web%20Jul-Ago%202009.pdf>
- 3.- Castillo G,. (2004) Natural history of sonographically detected simple unilocular adnexal cysts in asymptomatic postmenopausal women. Gynecologic Oncology; 92:965-969 disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/Bibliografia_marzo10.pdf
- 4.- Diamantopoulou S,. (2009) Serous cystadenoma with massive ovarian edema. A case report and review of the literature. Clin Exp Obstet Gynecol.; 36(1):58-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19400422>
- 5.-Elías Álvarez-García, A. L. (2010). Estudio bioquimico de la menopausia. Educación continuada , 87-90. Disponible en www.seqc.es/dl.asp?184.149.202.24.com
- 6.-Felipe Jorge Aragón Palmero (2010). Cistoadenoma seroso gigante de ovario. Reporte de un caso. Mediciego . disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/pdf/t13.pdf
- 7.-Gallo JL. (2004) Quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica. En:http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecología/restringida/protocolos_asistenciales.php. Protocolos asistenciales de Ginecología General. disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr.valoracion_prequirurgica_masa_anexial.pdf
- 8.-Gallo JL. (2009)Manejo del quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica. Toko-GinPract.; 68(1): 1-5. Disponible en: <http://tokoginecologia.org/Toko/2009/Toko%20Web%20Enero-Febrero%202009%20%28702%29.pdf>

9.- Guerriero S, Ajossa S, (2003). Diagnóstico de quistes ováricos funcionales combinando la ecografía transvaginal con los parámetros clínicos, determinación de CA 125 y Doppler color. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (Ed. Española);3:385-390 disponible en : <http://tokoginecologia.org/Toko/2009/Toko%20Web%20Jul-Ago%202009.pdf>

10.-Modessit SC ,(2003). Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 centimeters in diameter. *Obstetgynecol*; 102:594-599 disponible en; <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.12308/pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

PROQUEST: Alvarez, P.; (Jan 2015) *European Journal of Pain* 19.1): Impact of surgical excision of lesions on pain in a rat model of endometriosis.103-110.

PROQUEST: Chandler, R. L. (2015). Coexistent arid1a-pik3ca mutations promote ovarian clear-cell tumorigenesis through pro-tumorigenic inflammatory cytokine signalling. *Nature communications*, 6, 6118. Doi:<http://dx.doi.org/10.1038/ncomms7118>

PROQUEST: Jones, S. (2014). Genomic analyses of gynaecologic carcinosarcomas reveal frequent mutations in chromatin remodelling genes. *Nature communications*, 5, 5006. Doi:<http://dx.doi.org/10.1038/ncomms6006>

PROQUEST: Lengyel, E.(2014). Epithelial ovarian cancer experimental models. *Oncogene*, 33(28), 3619-33. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/onc.2013.321>

PROQUEST :Tan, D. S. P., Miller, (2013). New perspectives on molecular targeted therapy in ovarian clear cell carcinoma. *The british journal of cancer*, 108(8), 1553-9. Doi:<http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2013.126>

AneXos

ENCUESTA A PACIENTES Y A FAMILIARES

1.- Que ocurrió la última vez que llamó al call center?

- Conseguí cita por teléfono sin dificultad.....
- El teléfono sonó y nadie lo cogió.....
- Otro tipo de problema Cual?

2.- En el caso de que haya necesitado análisis radiografías, u otras pruebas diagnósticas ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar ára que le dieran los resultados?

	Muchísimo	Poco	Muy poco
Exámenes de sangre			
Radiografías			
Otras pruebas			

3.- En alguna ocasión ha tenido la necesidad de hacerse pruebas o análisis (sangre orina radiografías y etc) en centros privados

Si.....

No.....

Por que?

4.- Ha tenido dificultades par ser atendido por el especialista

Si.....

No.....

En caso afirmativo, ¿ que tipo de dificultades?

5.- A donde acudió para que le atendieran de forma urgente la ultima vez?

Al centro de salud.....

Al servicio de urgencias.....

Otros.....

6.-Recibio información entendible del estado de salud de la paciente en caso de procedimientos especiales

Si.....

No.....

ENCUESTA A MEDICO TRATANTE

1.- En el hospital hay el equipo necesario para un diagnostico oportuno

Si.....

No

2.-Existen protocolos o guías de manejo creados en el hospital para resolución de esta patología

Si.....

No.....

3.-Ha tenido la necesidad de enviar exámenes complementarios fuera del establecimiento

Si.....

No.....

4.-Los resultados de los exámenes de laboratorio se han cumplido en un tiempo prudente

Si.....

No.....

5. Existe un equipo médico de apoyo en caso de patologías cattastróficas.

Si.....

No.....

ECOSONOGRAFÍA TRANSVAGINAL



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,con ccautorizo al señor Monar Castillo William Germán estudiante de la facultad Ciencias de la Salud carrera de Medicina se tomen datos tal es el caso de historia clínica exámenes de laboratorio y de imagen para presentación como modalidad de graduación (análisis de caso Clínico) en dicha facultad

.....