

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TESIS

QUISTE DE OVARIO

ESTUDIO DE LOS CASOS PRESENTADOS

EN EL HOSPITAL SANTA TERESA DE COMAYAGUA

PRESENTADA POR EL BACHILLER

ARMANDO BARAHONA C.

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

618.11

B22

TEGUCIGALPA, D.C., 1984

HONDURAS, C.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

T E S I S

QUISTE DE OVARIO

ESTUDIO DE LOS CASOS PRESENTADOS
EN EL HOSPITAL SANTA TERESA DE COMAYAGUA
1981-1983

PRESENTADA POR EL BACHILLER

ARMANDO BARAHONA C.

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D.C.

1984

HONDURAS, D. A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

R E C T O R:

ABOGADO: OSWALDO RAMOS SOTO.

SECRETARIO GENERAL:

LICENCIADO: OSCAR ALVARENGA.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO:

DR. RAUL FELIPE CALIX.

VICE DECANO:

DR. VICTOR MANUEL RAMOS.

SECRETARIA:

LIC. EVA LUZ DE ALVARADO.

PRO SECRETARIO:

LIC. RAMON ARTURO DONAIRE U.

VOCAL I:

DR. CARLOS RAMON GARCIA V.

VOCAL II:

DRA. XENIA J. PINEDA.

VOCALES:

BR. ONIX ARITA.

BR. ISMAEL SORIANO.

BR. HECTOR JOEL BERTRAND.

BR. WLADIMIRO LOZANO.

TERNA EXAMINADORA.

DR. RUBEN LOPEZ CANALES. (COORDINADOR).

DR. GASPAR VALLECILLO.

DR. MAREL DE JESUS CASTELLANOS.

SUSTENTANTE.

BR. ARMANDO BARAHONA C.

PADRINOS.

DR. GUSTAVO BARAHONA G.

ING. HERNAN PINEL MORALES.

D E D I C A T O R I A

DANDO GRACIAS A DIOS POR SU AYUDA DEDICO ESTE MOMENTO SOLEMNE DE MI
VIDA:

CON AMOR Y GRATITUD A MIS PADRES: DR. GUSTAVO A. BARAHONA Y
DOÑA MARTA COELLO DE BARAHONA.

A MI QUERIDA ESPOSA JESSICA Y A MI PEQUEÑO HIJO ARMANDO CON
TODO MI AMOR.

A MI HERMANO RUBEN, CON CARIÑO FRATERNAL.

A LA SEÑORITA DOMINGA HERRERA MENA, CON MUCHO CARIÑO.

A MI MEJOR AMIGO, ING. LUIS A. CASCO CON ESPECIAL AFECTO.

A MIS SUEGROS: ING. HERNAN PINEL M. y DOÑA MARTA DURON DE
PINEL, CON RESPETO Y AGRADECIMIENTO.

A MIS FAMILIARES, CON CARIÑO.

AGRADECIMIENTO

HAGO PATENTE LAS MUESTRAS DE MI AGRADECIMIENTO A TODAS AQUELLAS PERSONAS GRACIAS A LAS CUALES PUDO SER POSIBLE LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO, EN ESPECIAL A MI ASESOR DR. RICARDO OCHOA ALCANTARA Y A MI COMPAÑERO DR. RUBEN DUBON ALVARADO.

I N D I C E

- I. INTRODUCCION.
- II. PROBLEMA.
- III OBJETIVOS.
- IV. MARCO TEORICO.
- V. VARIABLES.
- VI. METODOS, MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS.
- VII RESULTADOS ESTADISTICOS.
- VIII DISCUSION.
- IX. CONCLUSIONES.
- X. RECOMENDACIONES.
- XI. RESUMEN.
- XII BIBLIOGRAFIA.
- XIII A N E X O S.

CAPITULO No. I

I N T R O D U C C I O N

El quiste de ovario es patología ovárica que, en Honduras se observa con relativa frecuencia, razón por la cual, es necesario contra con más estudios al respecto, realizados con el fin primordial de obtener y conocer nuestras propias estadísticas, y compararlas con las de autores extranjeros.

El presente trabajo, es un estudio retrospectivo de los casos de quiste de ovario registrados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua durante el período de tiempo comprendido entre el 1o. de Enero de 1981 y el 31 de Diciembre de 1983, y que fueron confirmados por anatomía patológica mediante biopsia.

Se escogió este período de tiempo puesto que fue hasta 1981 que en el Hospital Santa Teresa, se comenzó a tomar muestras de los casos sospechosos, mismas que fueron enviadas al Departamento de Anatomía patológica para practicar biopsia y confirmar diagnóstico.

Se espera que sea de utilidad para aquellas personas interesadas en este problema, y, que a su vez ayude a solventar aquellas dudas e interrogantes que existan.

P R O B L E M A

El quiste de ovario es una patología que se observa con relativa frecuencia en nuestro país, por lo cual es necesario un estudio al respecto que presente su frecuencia e incidencia en grupos de edad, diagnóstico y manejo.

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de quiste de ovario registrados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua desde el 1o. de Enero de 1981 hasta el 31 de Diciembre de 1983, en base a variables establecidas y específicas.

O B J E T I V O S

- 1 .- Determinar la frecuencia de quiste de ovario en el Hospital Santa Teresa de Comayagua.
- 2 .- Distribuir las pacientes según la edad con relación al tipo histológico.
- 3 .- Determinar los tipos de quiste de ovario diagnosticados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua.
- 4 .- Distribuir los casos de quiste de ovario según su localización en ovario izquierdo y/o derecho.
- 5 .- Determinar los signos y síntomas presentados por las pacientes.
- 6 .- Establecer los métodos diagnósticos empleados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua.
- 7 .- Determinar el manejo y tratamiento de los casos.
- 8 .- Determinar las complicaciones presentadas por las pacientes.
- 9 .- Establecer el seguimiento y control post-operatorio de las pacientes.

MARCO TEORICO

A.- Definición.

Las tumoraciones ováricas más frecuentes son los quistes. Estas son formaciones sacciformes cuyo contenido interior es líquido mas o menos denso.

Pueden ser desde pequeñas estructuras quísticas (quistes de retención funcionales), hasta neoplasias verdaderas que alcanzan enorme volumen (13).

Se presentan sobre todo en la etapa reproductiva de la mujer.

B.- Etiología.

Estudios realizados sobre este aspecto han demostrado que la etiología de los quistes de ovario es diversa, por ejemplo, los quistes foliculares se pueden originar de la hiperdistensión de las folículos durante el proceso de atresia folicular o a veces resultan de una persistente estimulación de la gonadotropina coriónica (9).- Los quistes luteínicos en la mayoría de los casos se originan de un hematoma del cuerpo lúteo.

El cistoadenoma seroso se origina del epitelio germinativo del ovario, en cambio, el quiste mucinoso se supone que se origina de una metaplasia del epitelio germinativo o proveniente de teratomas en las cuales, los demás elementos han sido borrados (13)

Los quistes dermoides se originan de las células germinales.

Estos nos dan una idea de la variedad de orígenes de los quistes de ovario; se han propuesto teorías para explicar esta situación, pero aún existen hechos confusos tales como la asociación de quiste ovárico con hipotroidismo juvenil, sin que aún se conozca la razón de esto (14).

Otros estudios han encontrado datos suficientes para hablar de una deficiencia en la esteroidogénesis como probable causa de origen de quistes de ovario (3).

C.- Clasificación.

Han sido propuestas numerosas clasificaciones de los tumores ováricos, dentro de los cuales están incluidos los quistes de ovario, tomando en cuenta su comportamiento clínico o histológico.- Debido a esto estas clasificaciones tienen ventajas y des

ventajas.

Una clasificación bastante acertada deberá unir el comportamiento biológico con el histológico. Las basadas en las características físicas del quiste, nos proporcionan una de tipo práctico (3):

Tumoraciones quísticas.

1. No neoplásicas:

- a) Foliculares
- b) Luteínicas
- c) Endometriales
- d) Inflamaciones tubo-ováricas
- e) Inclusiones germinativas.

2. Neoplásicas:

- a) Cistoadenoma mucinoso
- b) Cistoadenoma seroso
- c) Dermoides (Teratoma quístico benigno).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una clasificación histológica bastante detallada agrupando tipos y subtipos de tumoraciones quísticas de ovario(9):

I. Tumores Epiteliales comunes.

A. Tumores Serosos:

1. Benignos:

- a) Cistoadenoma
- b) Cistoadenoma papilar.

2. En límite de malignidad:

- a) Cistoadenoma
- b) Cistoadenoma papilar
- c) Adenofibroma
- d) Cistoadenofibroma.

3. Malignos:

- a) Adenocarcinoma
- b) Adenocarcinoma papilar
- c) Cistoadenocarcinoma
- d) Adenofibroma maligno
- e) Cistoadenofibroma.

B. Tumores Mucinosos:

1. Benignos:

- a) Cistoadenoma
- b) Adenofibroma
- c) Cistoadenofibroma.

2. En límite de malignidad:

- a) Cistoadenoma
- b) - Adenofibroma
- c) Cistoadenofibroma.

3. Malignos:

- a) Adenocarcinoma
- b) Cistoadenocarcinoma
- c) Adenofibroma maligno
- d) Cistoadenofibroma maligno.

C. Tumores Endometrioides:

1. Benignos:

- a) Adenoma
- b) Cistoadenoma

- c) Adenofibroma
- d) Cistoadenofibroma.

2. Límite de Malignidad:

- a) Adenoma
- b) Cistoadenoma.

II. Tumores de células germinales.

A. Teratomas:

1. Quísticos:

- a) Quístico Dermoide
- b) Quístico Dermoide con transformación maligna.

III Otras condiciones.

- a) Múltiples folículos quísticos luteinizados y/o cuerpo lúteo.
- b) Quistes de inclusión de superficie epitelial (quiste de inclusión germinal).
- c) Quistes simples.
- d) Quistes para-ováricos.

Esperemos que en un futuro cercano se engloben estas clasificaciones y otras existentes, para la obtención de una que sea precisa y de fácil manejo, que se utilice en forma universal.

D.- Incidencia.

La frecuencia de quistes de ovario, aún no está bien determinado debido a que no todas las pacientes son correctamente diagnosticadas o sometidas a cirugía.

La mayor incidencia se presenta durante la etapa reproductiva de la mujer (5).

El cistoadenoma seroso, es el quiste de ovario más frecuentemente encontrado, con un 53%; el 30% le corresponde al quiste dermóide y un 12% al cistoadenoma mucinoso (9).

Se ha reportado la presencia de quistes de ovario en infantes, incluso en neonatos (12).

E.- Signos y síntomas clínicos.

La mayoría de los quistes ováricos son asintomáticos; la sintomatología específica va a depender del tamaño, la localización y del tipo de quiste, así como también de la presencia de com-

plicaciones como la torción, la hemorragia, la infección y la ruptura.

Los síntomas que se presentan con una mayor frecuencia son el dolor abdominal bajo y la sensación de peso. (5, 9)

Otros síntomas presentes en el cuadro clínico son la flatulencia, eructos, molestias abdominales.

Una afección de la vejiga, del recto sigmoides o del uréter se pueden observar cuando la masa quística es grande, por dicha razón también puede haber estreñimiento significativo por compresión del intestino grueso.

El dolor que se presenta en los casos de quiste de ovario, suele ser leve, bastante leve, sin embargo, si se presenta intenso y en forma aguda puede ser indicativo de una complicación severa como por ejemplo una torsión. (9)

Hablando de la signología física, la presencia de una masa, es uno de los signos más frecuentes (5), se puede palpar por examen bimanual con la paciente bien relajada. El tamaño de dichas masas, puede variar desde pocos centímetros (que no son detectables por clínica) hasta formaciones gigantes.

Las masas a la palpación son generalmente de superficie lisa y regular; una rugosa e irregular sugerirá malignidad o calcificación (2).

Los quistes no tienden a formar adherencias, a menos que sean de proporciones gigantescas.

Una localización bilateral de una masa, es relativamente frecuente y se relaciona con alto grado de malignidad.

En estudios efectuados, se ha reportado una localización de quiste de ovario derecho, con mayor frecuencia que en ovario izquierdo, aunque se sabe que ambos ovarios son susceptibles de afectación (5).

También hay que referirse a la presencia de hemorragia uterina anormal como signo físico detectable, sin embargo, hay que tomar en cuenta que dicho sangrado puede ser causado por una hiperplasia endometrial, pólipos, leiomiomas, por una complicación (hemorragia), y algunos autores lo relacionan con el aumento de la producción estrogénica por un ovario anormal (9).

La obstrucción intestinal ha sido otro de los signos físicos encontrados en algunas pacientes, por obstrucción mecánica del quiste por bandas adhesivas resultantes de la torsión del quiste (16)

F.- Complicaciones.

Se han descrito las siguientes complicaciones en los quistes de ovario:

1. Torsión de un pedículo ovárico:

Esta es la complicación más frecuente en los quistes de ovario. Se acompaña de fuerte dolor agudo, localizado en bajo vientre, de aparición brusca, puede haber náuseas, vómitos, anorexia, a la exploración física hay rigidez abdominal, dolor de la palpación (9). Si el quiste torsionado se encuentra en el lado derecho, provocará una hipersensibilidad, que agregada en ocasiones, a una fiebre discreta y una leucocitosis moderada, confundirá el cuadro con el de una apendicitis aguda(13).

Quando la torsión es incompleta, hay oclusión parcial del riego sanguíneo produciéndose un edema que dará una coloración morada al quiste; si por el contrario, la torsión es completa, habrá una oclusión total con la posibilidad de una gangrena.

La torsión del pedículo acompañada de inflamación y necrosis dará lugar a bandas adhesivas que pueden producir una obstrucción intestinal (16).

La torsión del pedículo puede a su vez combinarse con infarto, rotura y hemorragia del ovario.

2. Hemorragia:

Se presenta en forma espontánea o, con producto de la torsión de un pedículo, pueden llenar el interior del quiste de sangre o drenar hacia cavidad peritoneal.

Si la hemorragia es muy profusa podrá producirse un choque

3. Rotura:

Es poco frecuente, se presenta en forma espontánea por un traumatismo. Hay dolor, náuseas, vómitos y al acompañarse de hemorragia puede haber choque. Esto es raro pues la rotura sólo afecta una celda del quiste. Debido a esto, los síntomas iniciales pueden ceder en pocas horas. En general rotura de pocas celdas no da sintomatología alguna (13).

4. Infección:

Es muy frecuente, puede ocurrir por torsión o por infección mediante la vía hemática o linfática; el mecanismo no se conoce.

Clínicamente se parece mucho a la signología de una inflamación pélvica aguda.

Quando el proceso es muy extenso, la masa puede romperse durante la palpación o durante el acto quirúrgico.

Hay estudios que nos demuestran que el *Salmonella typhi* es el organismo que más infecta a los quistes dermoides (4).

5. Otras complicaciones.

Se han comprobado que en cualquiera de los quistes neoplásicos benignos, puede haber malignización.

Un 5-10% de los quistes mucinosos pueden malignizarse.- Los cistoadenomas serosos papilares lo presentan en 25%. En cambio los quistes dermoides lo hacen en 3% (9).

6. Diagnóstico.

El diagnóstico pre-operatorio por clínica de un quiste de ovario no es sencillo. Quistes muy pequeños son asintomáticos.

cos, o bien escapan a la exploración física. Muchas veces el diagnóstico se lleva a cabo en forma casual al realizar el acto quirúrgico.(13) Sin embargo, es la palpación el principal medio diagnóstico.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se hace cuando la paciente presenta sintomatología causada por el aumento notable de la masa quística.- Entre los métodos diagnóstico auxiliares están:

1. Biopsia.

Procedimiento que se utiliza para determinar el tipo histológico del quiste, así como para establecer la existencia de malignidad.

2. Radiografía.

Es aconsejable obtener una placa simple antes de cualquier conducta para determinar la presencia de dientes o calcificaciones (muy común en los quistes dermoides). Un enema baritado corroborará por ejemplo, una compresión extrínseca sobre el colon. (9)

3. Neumorradiografía.

Procedimiento que delimita los ovarios determinando los agrandamientos unilaterales y simétricos de los ovarios. Es un procedimiento poco usado por las molestias que ocasiona; se limita habitualmente a crecimientos ováricos que escapan a la exploración clínica y que presentan síntomas asociados.

4. Culdoscopia.

Procedimiento de mucha utilidad para diferenciar masas ováricas de los embarazos tubáricos. Sin embargo, debido a los riesgos que implica, ha sido sustituida por la laparoscopia (9).

5. Otros métodos.

De reciente aparición, está la ultrasonografía que junto a otros métodos no invasivos son de utilidad para diagnóstico de esta patología.

La ecografía no emplea radiación ionizante y se ha demostrado que no produce efectos biológicos, así como no provoca daño somático ni genético. Su ventaja es la reproducción espa

cial en dirección transversa y longitudinal proporcionan do datos en 3 dimensiones (11,12).

H.- Diagnóstico Diferencial.

Entre las entidades más importantes que pueden semejar un quiste de ovario están:

1. Embarazo.

Una súbita acumulación de líquido amniótico durante el trimestre intermedio de una gestación insospechada puede ocasionar errores diagnósticos.- También durante las primeras semanas del embarazo, el útero puede aumentar de tamaño en forma simétrica produciéndose un agrandamiento unilateral.

Un embarazo que se produce en la porción intersticial de la trompa, origina también un agrandamiento asimétrico del útero, cosa que puede confundirse con un quiste ovárico, ya que los hallazgos realizados a la palpación no siempre son concluyentes, el problema será resuelto mediante Rayos X buscando esqueleto fetal, sonografía, pruebas de embarazo y auscultación del corazón fetal. (9, 13)

2. Diverticulosis.

Puede o no haber síntomas gastrointestinales y, por tanto semejar una masa ovárica izquierda.- Deberá efectuarse un enema baritado siempre que exista una masa anexial izquierda.

3. Apendicitis Aguda.

Un absceso apendicular puede ser causa de confusión mayor aún cuando exista una torsión de pedículo del lado derecho (13).

Muchas veces, la diferenciación entre apendicitis aguda y, una masa ovárica derecha con torsión de pedículo será hasta el momento del acto quirúrgico (9).

4. Ascitis.

La acumulación de líquido ascítico en cavidad peritoneal produce la impresión de un quiste ovárico grande y de finas paredes, la percusión en un quiste ovárico produce matidez en la parte inferior de la masa y, produce timpanismo en los flancos.- En la ascitis ocurre lo contrario, hay matidez en los flancos y, timpanismo en la parte anterior del

abdomen.

En caso de quiste ovárico, la palpación permitirá una delimitación de la masa.

5. Mioma del Utero.

Resulta casi imposible delimitar un mioma ligamentoso, ya que son lesiones fijas y próximas al ovario, los miomas uterinos subserosos pediculados, sobre todo si son solitarios y blandos se confunden con quiste ovárico; aún más difícil de precisar el diagnóstico será cuando este mioma pediculado sufra torsión al igual que el pedículo del quiste.

En general para establecer la diferencia entre una masa ovárica y una masa uterina, hay que tener en cuenta que la primera puede separarse del útero, en tanto que la segunda se continúa con la superficie del útero (13).

6. Otras patologías.

Algunas lesiones de las trompas, pueden originar estructuras quísticas que deben ser diferenciadas de las que proceden del ovario.- También el embarazo tubárico ectópico puede confundirse con una torsión de pedículo de quiste ovárico.

Un riñón ectópico en la pelvis verdadera, puede también confundirse con quiste ovárico.- La urografía intravenosa dilucidará el diagnóstico (9).

I.- Características de quistes ováricos más frecuentes.

1. Quistes Foliculares.

Se originan de la hiperdistensión de los folículos durante el proceso de atresia folicular o involución del folículo GRAAF.- Son pequeños y rara vez mayores que un limón, los síntomas no son característicos, no hay efectos sobre la menstruación, si es grande, podrá haber dolor sordo en el lado afectado.

Generalmente, el líquido que se forma es reabsorbido pero si no sucede, se producirá un hidrops vesicular que nos dará un quiste de hasta 8 centímetros, que es difícil de distinguir de un cistoadenoma seroso.

Este quiste es diagnosticado por palpación, pero es muy difícil hablar de ello antes del acto quirúrgico (9,13).

2. Quistes Luteínicos.

En la mayor parte de los casos, se originan del hematoma del cuerpo lúteo. Esto se produce con el aumento de la hemorragia que inicialmente tiene lugar durante la fase de vascularización de dicho cuerpo.

Su sintomatología semeja mucho a la de un embarazo túbárico.- Hay retraso en la menstruación, puede haber dolor en los cuadrantes abdominales inferiores. El tamaño del quiste oscila entre 7-11 centímetros y, serán palpables en tanto más grandes sea (13).

Los quistes luteínicos bilaterales se producen en una tercera parte de pacientes (9).

Algunos estudios han asociado la presencia de quiste luteínico con patología trofoblástica, con una frecuencia que va desde un 23% (1) hasta un 50% (6), debido a una excesiva estimulación de las células luteínicas por grandes cantidades de HGC (Hormona Gonadotropina Coriónica) segregadas por el trofoblasto patológico (6,7).

Quando sucede esta hiperestimulación, los quistes pueden alcanzar grandes proporciones. Se ha visto que es-

tos involucionan al extirpar el tejido trofoblástico.

Por dichas razones, las pacientes a las cuales se les encuentran quistes luteínicos deberán ser investigadas por enfermedad o patología trofoblástica. (10).

3. Quistes germinativos por inclusión.

Son bastantes pequeños de poca importancia clínica.-Son más frecuentes en mujeres de mediana edad o ancianas.

Son asintomáticos.

4. Cistoadenoma Seroso.

Son quistes uniloculares o multiloculares, cuyo epitelio es similar a la mucosa del oviducto.- Exteriormente se parecen a los cistoadenomas mucinosos, diferenciándose de éstos porque no presentan excrescencias papilomatosas. (13).

Tienden a la bilateralidad, por tanto hay tendencia a la malignidad en proporción de 3 a 1 en comparación con los quistes mucinosos.- Cuando las excrescencias papilares están confinadas a la pared interna del quiste, éste

es susceptible a la unilateralidad y de gran tamaño; por el contrario si dichas excrescencias son tanto internas como externas, los quistes serán pequeños y con tendencia a la bilateralidad.

Su contenido es acuoso, pero puede ser hemorrágico, con color pálido rojizo.- Se encontrará también como hallazgo característico la presencia de formaciones nodulares calcáreas llamados cuerpos arenáceos o de Psamoma.

La sintomatología dependerá del tamaño del quiste, así como de la presencia de complicaciones (9).

5. Cistoadenoma Mucinoso.

Pueden ser también uniloculares o multiloculares con origen supuesto en el epitelio de superficie.- A diferencia de los cistoadenomas serosos.- Tienen menos tendencia a la bilateralidad (10%) y a la papilaridad(10%) y por tanto rara vez son malignos (5-15%).

Aparece durante la edad de 30-50 años y raramente antes de la pubertad así como después de la menopausia.- Son tumoraciones que alcanzan grandes proporciones, son de apariencia lisa, lobulada, brillante, con color blanco

grisáceo.- La consistencia dependerá del tamaño del quiste en comparación con la cantidad de tejido sólido.

La sintomatología es similar a la de los quistes benignos, con la excepción de que la torsión del pedículo es bastante frecuente presentándose en un 20% de los casos.

6. Cistoadenofibroma.

Es un cistoadenoma que presenta como mínimo una cuarta parte de masa sólida o fibromatosa.- Son muy frecuentes en su mayoría son asintomáticos y se presentan en pacientes que han superado la menopausia o sea alrededor de los 50 años.- Son bilaterales en un 15%, su tamaño varía desde nódulos diminutos hasta formaciones de 20 centímetros de diámetro.

El carcinoma y la hiperplasia de endometrio, son hallazgos asociados a esta patología (9).

7. Quiste Dermoide.

Es la neoplasia más común de las células germinales, re

presentando un 10% y es el quiste más común en pacientes menores de 20 años. En cuanto al origen hay dos teorías: La primera habla de un desarrollo imperfecto de la blastómera durante las primeras fases del desarrollo embrionario. La segunda y, la más aceptada habla de crecimiento espúreo de ovulos no fecundados que abundan en el ovario.

Los teratomas sólidos presentan una mezcla de elementos de las tres hojas germinales bastante indiferenciadas, en cambio en el quiste dermoide que habitualmente sólo tiene elementos de dos hojas blastodérmicas, los elementos son maduros y bien diferenciados. Esto explica su naturaleza benigna.

Raras veces son de gran tamaño, las paredes son gruesas, blancas y opacas, al practicar un corte transversal se apreciará su naturaleza dermoide con presencia de cabello, material sebáceo y grasoso, elementos óseos y olor desagradable, los Rayos X pueden facilitar un diagnóstico pre-operatorio (13).

J.- Tratamiento.

Se dice que es prudente no prescribir cirugía de inmediato en

aquéllos quistes asintomáticos que no exceden al tamaño de un limón, debido a que en su gran mayoría son quistes del tipo folicular que espontáneamente disminuyen de volumen y desaparecen.- Habrá que efectuar un examen vaginal dos semanas después para ver si el ovario ha vuelto a ser normal, de no ser así, deberá pensarse en la posibilidad de cirugía.

Es permisible retrasar la cirugía unos dos o tres meses en pacientes menores de 20 años, no así en post-menopáusicas debido al peligro de una transformación maligna.

En general, la conducta será conservadora o quirúrgica; en los quistes foliculares, la conducta es de tipo conservador debiéndose practicar una exploración vaginal unas dos o tres semanas después; si ocurriera alguna complicación entonces deberá practicarse cirugía.- Cuando estos quistes son bastante pequeños, se puede efectuar una punción (13), aunque es recomendable que los quistes sean removidos en forma intacta (8).

En los quistes luteínicos, la conducta también es conservadora, ya que generalmente involucionan en poco tiempo; si fuera hemorrágico estaría indicada la cirugía.

En los cistoadenomas serosos, dado que la mayoría es unilate -

ral se practicará una ooforectomía unilateral y, por su propensión a la bilateralidad deberá revisarse el ovario opuesto. Se tomará en cuenta la edad de la paciente. Si es mayor de 40 años deberá practicarse una histerectomía total y una salpingooforectomía bilateral.- Esta técnica radical se empleará también en pacientes jóvenes con lesión bilateral.

En el cistoadenoma mucinoso la conducta es casi igual que en los cistadenomas serosos.- Ooforectomía unilateral con revisión de ovario opuesto en paciente joven; histerectomía y ooforectomía bilateral si la paciente es mayor de 40 años.

En caso de cistadenofibroma, la histerectomía y la salpingooforectomía bilateral será el procedimiento de elección (9).

Hay opiniones que apoyadas en estudios sostienen que el tratamiento adecuado es el quirúrgico del tipo de la histerectomía abdominal total y, salpingooforectomía bilateral.(5) Esta conducta debe tener base en el hecho que ya hay reportes de lesiones quísticas recurrentes, como el caso de recurrencia en una paciente con 4 laparotomías previas por igual causa (15).

La recurrencia, la explican algunos autores como producto de una remoción incompleta del ovario; de la presencia de ovarios

accesorios o de tejido extra ovárico formados en el ovario normalmente situado (17).

V A R I A B L E S

1.- Edad en años.

Se consignó la edad de las pacientes según su expediente clínico y se distribuyeron en grupos de edad así: Menores de 21 años; de 21 a 30 años; de 31 a 40 años; de 41 a 50 años y mayores de 50 años.

3.- M a s a.

Se anotaron las pacientes que presentaron masa, según su expediente clínico.

3.- Localización.

Se anotó la localización de la masa en el ovario izquierdo y/o derecho.

4.- Dolor.

Se consignaron las pacientes que presentaron dolor según la historia clínica.

5.- Síntomas gastrointestinales.

Se anotaron las pacientes que presentaron distensión abdominal, indigestión; de acuerdo a la historia clínica.

6.- Trastornos menstruales.

Se anotarán los pacientes que presentaron trastornos o anomalías en el ciclo menstrual según la historia clínica.

7.- Diagnóstico.

Se consignará el número de pacientes diagnosticados por clínica a su ingreso y el número de pacientes cuyo diagnóstico fue transoperatorio; se conseguirá también el número de pacientes cuyo diagnóstico fue confirmado por anatomía patológica (biopsia).

8.- Tratamiento.

Se anotará el número de pacientes que fueron sometidos a manejo quirúrgico.

9.- Clasificación Histológica.

En base al número de biopsias efectuadas en todos los pacientes se anotará el número correspondiente al tipo histológico de quiste: Mucinoso, seroso, dermoide.

10.- Complicaciones.

Se consignará el número de pacientes que presentaron cualquiera de las siguientes complicaciones: Torsión, hemorragia, infec -

ción y rotura de acuerdo a su expediente clínico.

11. Control seguimiento post-operatorio.

Se procesó según historial clínico, la asistencia o no de las pacientes a control y seguimiento post-operatorio en consulta externa.

MÉTODOS, MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS

A.- Tipo de Estudio.

Se efectuará un estudio descriptivo y retrospectivo de los expedientes que corresponden a los casos de quiste de ovario reportados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua desde 1981-1983.

B.- Descripción del Area de estudio.

El Hospital Santa Teresa, está situado en Comayagua, es el mayor centro asistencial correspondiente a la Región Sanitaria #2 con sede en dicha ciudad, y con área de influencia de 400.000 habitantes.

De dicho Hospital egresan como promedio anual 42,219 pacientes, se atienden en Consulta Externa un promedio anual de 45,636 pacientes.

En este Hospital existen las especialidades de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía.- Cuenta con los servicios de radiología, laboratorio, sala de operaciones, sala de partos, sala de neonatología, emergencia, salas de internamiento para pacientes correspondientes a las especialidades existen

tes, cuenta con 82 camas para dicho fin.

A su vez cuenta con 16 Médicos, de los cuales al menos 4 pertenecen a cada una de las especialidades ya mencionadas.

El personal de enfermería consta de 86 auxiliares de enfermería y 5 enfermeras profesionales.

C.- Población y muestra de estudio.

El universo de estudio está constituido por todos los casos de quiste de ovario estudiados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua durante el período de 1981-1983.

Dado que el número de casos de quiste de ovario es abordable, no hay necesidad de efectuar muestreo.

D.- Métodos para recolección de datos.

Se elaboró un instrumento de trabajo o ficha de recolección de datos con todas las variables necesarias que fueron extraídas de los expedientes a estudiar. (Ver anexo)

E.- Procedimientos.

Luego de la elaboración del instrumento de trabajo, se procederá a recolectar los datos de los expedientes correspondientes a los casos de quiste de ovario comprendidos desde 1981 hasta 1983.

Quedarán excluidos del estudio, todos aquéllos expedientes que no contengan toda la información requerida por la ficha de recolección.

Se revisarán las notas médicas, de enfermería, laboratoriales, biopsia (para confirmación de diagnósticos), estudios, manejo y control de diagnóstico, estudios, manejo y control post-operatorio.

F.- Plan de Análisis.

Una vez obtenidos los datos de los expedientes revisados, se procederá a la tabulación de los mismos, así como a la elaboración de cuadros y gráficas y, se analizarán en base a porcentajes y promedios.

De todo esto, se obtendrán las conclusiones de este estudio.

CAPITULO No. VII

RESULTADOS ESTADISTICOS

FRECUENCIA DE LOS QUISTES DE OVARIO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA
1981-1983

Número de pacientes ingresadas en Sala de Ginecología durante los Años 1981, 1982 y 1983.*	2767
Número de pacientes con diagnóstico de quiste de ovario.**	24
Porcentaje de quiste de ovario.	0.8%

*/ En el número de pacientes ingresadas en Sala de Ginecología, durante los años 1981 a 1983, no se incluyen los pacientes con patología obstétrica.

**/En el número de pacientes con diagnóstico de quiste de ovario, no se incluyen aquéllos con diagnóstico de quiste folicular, ni de quiste luteínico.

El cuadro No. 1, presenta un total de 2767 pacientes ingresadas en Sala de Ginecología del Hospital Santa Teresa desde el 1o. de Enero de 1981 al 31 de Diciembre de 1983. De este grupo de pacientes, un total de 24 casos corresponden a quistes de ovario.

Los datos de este cuadro, establecen un porcentaje de quiste de ovario durante los años de 1981 a 1983 en el Hospital Santa Teresa de Comayagua de 0.8%.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN LA EDAD CON RELACION AL TIPO HISTOLOGICO DE QUISTE DE OVARIO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA 1981 1983

EDAD (AÑOS)	SEROOSO		MUCINOSO		DERMOIDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
21	1	5	-	-	-	-	1	4.2
21-30	13	65	2	66.7	-	-	15	62.5
31-40	3	15	1	33.3	1	100	5	20.8
41-50	2	10	-	-	-	-	2	8.3
50	1	5	-	-	-	-	1	4.2
TOTAL	20	100	3	100	1	100	24	100

El cuadro No. 2 presenta la relación entre la edad de las pacientes respecto al tipo histológico de quiste de ovario.

Encontramos que entre los 21 y los 50 años de edad, fue donde más se presentó el quiste ovárico, con 91.6% de los casos. El porcentaje restante se distribuyó entre las pacientes menores de 21 años y, las mayores de 50 años, con un 4.2% respectivamente. El tipo histológico de quiste ovárico predominante en estos grupos de edad fue el quiste seroso.

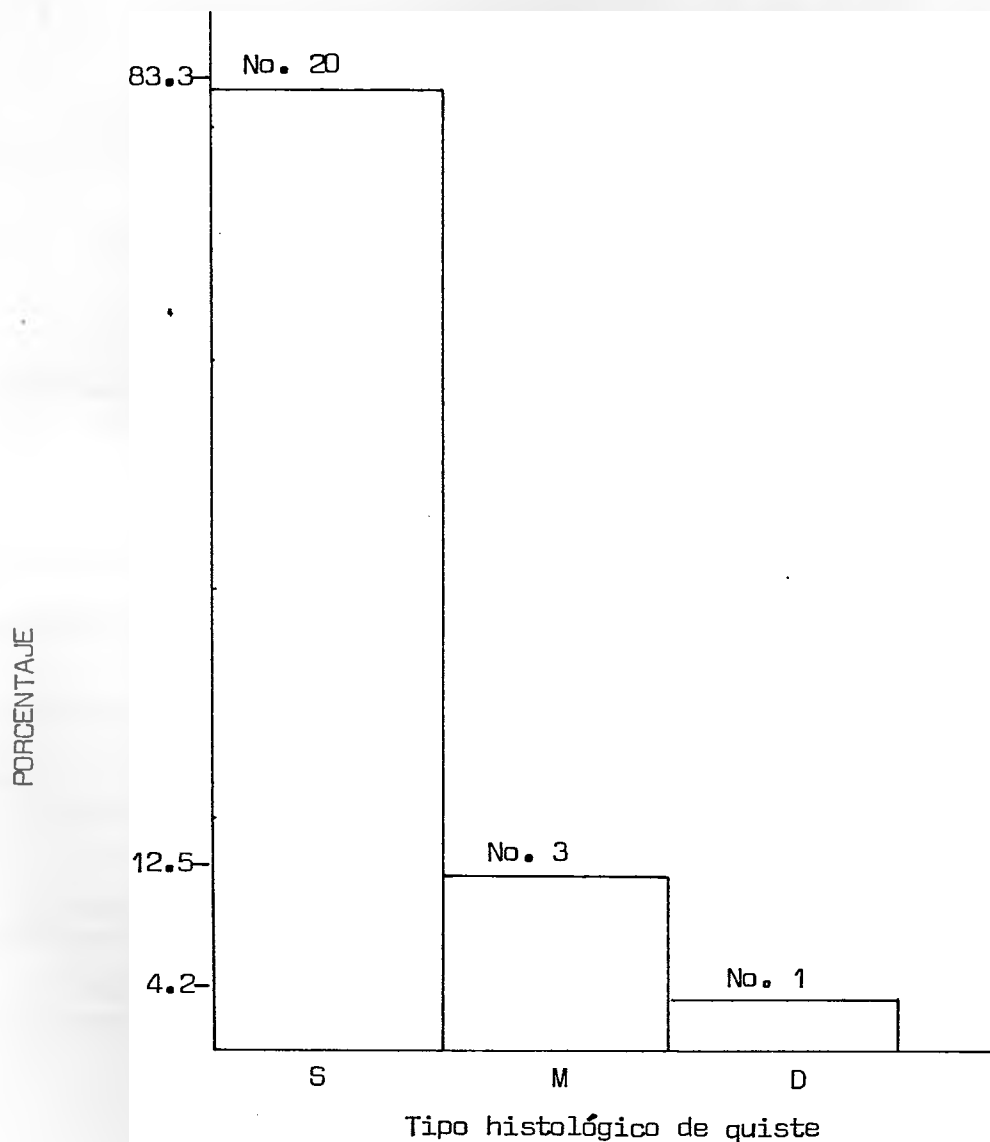
TIPO HISTOLOGICO DE QUISTE DE OVARIO DIAGNOSTICADO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA 1981-1983

TIPO HISTOLOGICO QUISTE	NUMERO	PORCENTAJE
Seroso	20	83.3
Mucinoso	3	12.5
Dermoide	1	4.2
TOTAL	24	100

Los datos observados en el Cuadro No. 3 y Gráfica No. 1, nos muestran que el tipo histológico de quiste de ovario más diagnosticado en el Hospital Santa Teresa de Comayagua es el quiste seroso con un total de 20 casos, correspondiéndole un 83.3%. Un segundo lugar en frecuencia de diagnóstico, le corresponde al quiste mucinoso con 3 casos y un porcentaje de 12.5%.

Por último, se encuentra el quiste dermoide, con un caso correspondiéndole un 4.2% del total.

TIPO HISTOLOGICO DE QUISTE DE OVARIO DIAGNOSTICADO. HOSPITAL SANTA TERESA. COMAYAGUA, 1981-1983.



S = Quiste seroso

M = Quiste mucinoso

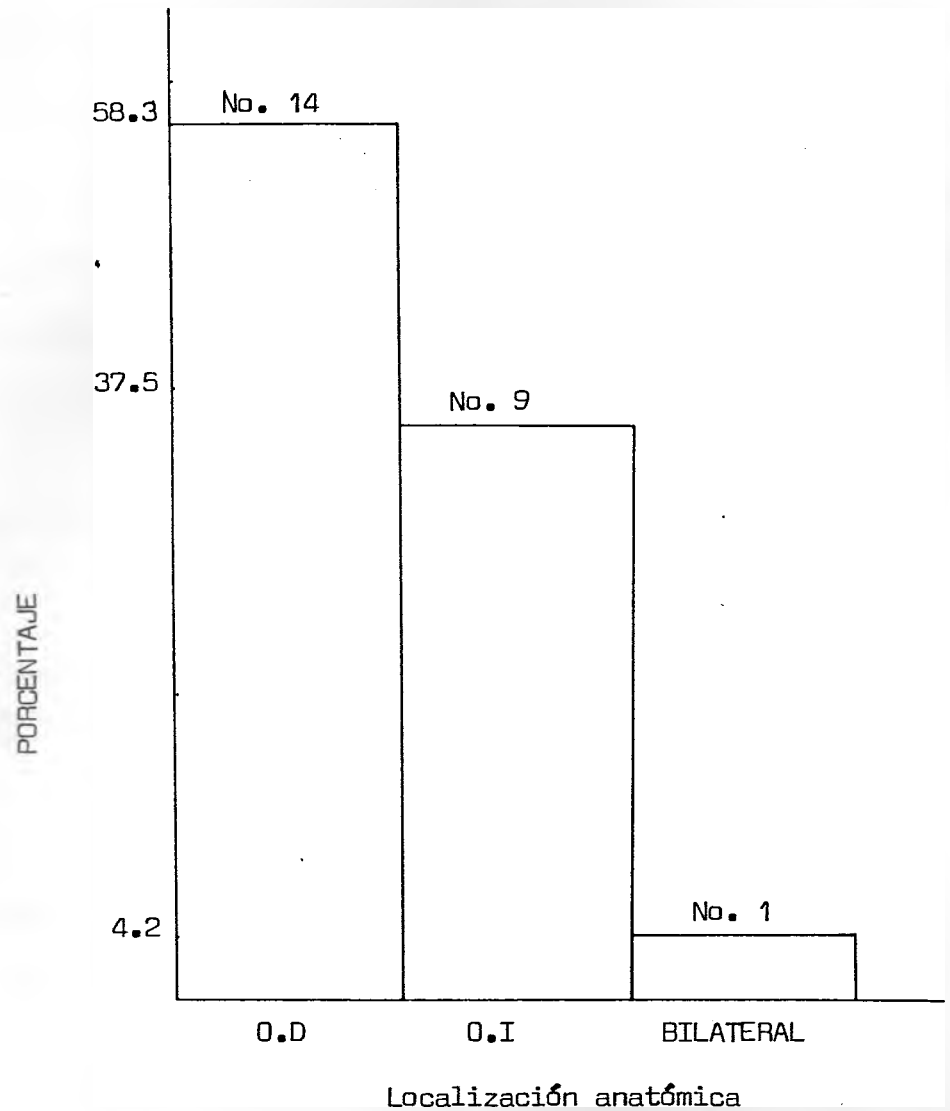
D = Quiste Dermoide

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE QUISTE DE OVARIO SEGUN LOCALIZACION EN OVARIO IZQUIERDO Y/O DERECHO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA 1981
1983

LOCALIZACION	NUMERO	PORCENTAJE
Ovario Derecho	14	58.3
Ovario Izquierdo	9	37.5
Bilateral	1	4.2
TOTAL	24	100

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE QUISTE DE OVARIO SEGUN LOCALIZACION EN OVARIO IZQUIERDO Y/O DERECHO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA 1981
1983



O.D = Ovario derecho
O.I = Ovario izquierdo
BILAT = Bilateral.

El cuadro No. 4 y la Gráfica No. 2 presentan el ovario derecho, como el lugar anatómico más afectado por el quiste de ovario con un 58.3%.

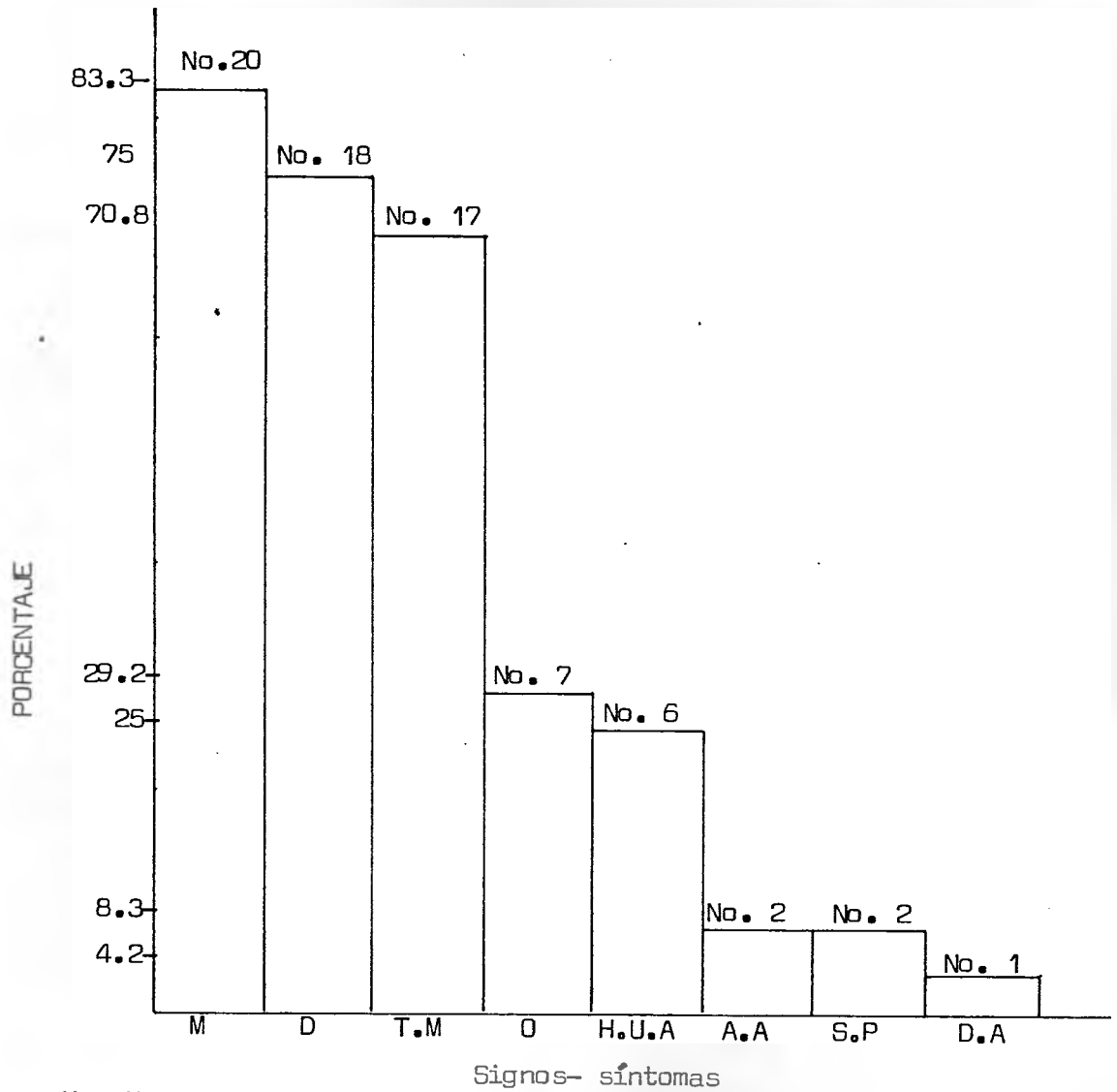
Al ovario izquierdo le correspondió un 37.5%; y como dato importante se encontró 1 caso de localización bilateral o sea un 4.2% para el quiste mucinoso.

CUADRO No. 5

SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS PACIENTES CON QUISTE DE OVARIO. HOSPITAL STA TERESA, COMAYAGUA 1981-1983

SIGNOS - SINTOMAS	NUMERO	PORCENTAJE
Masa	20	83.3
Dolor	18	75.0
Transtorno menstrual	17	70.8
Hemorragia uterina anormal	6	25.0
Abdomen agudo	2	8.3
Sensación peso	2	8.3
Distensión abdominal	1	4.2
Otros	7	29.2

SIGNOS Y SINTOMAS DE LOS PACIENTES CON QUISTE DE OVARIO. HOSPITAL STA TERESA, COMAYAGUA 1981-1983



- M = Masa
- D = Dolor
- TM = Transtorno menstrual
- O = Otros
- HUA = Hemorragia uterina anormal
- AA = Abdomen Agudo
- SP = Sensación de peso
- DA = Distensión abdominal.

El cuadro No. 5 y la Gráfica No. 3 presentan los diferentes signos y síntomas referidos por las pacientes con quiste de ovario.

El hallazgo de una masa fue el signo clínico más encontrado, con 83.3%. El dolor ocupó un segundo lugar, con un 75%. Los trastornos menstruales ocuparon un tercer lugar con 70.8%.

La hemorragia uterina anormal se presentó en 25%. Un 29.2% correspondió a pacientes songinadas como otros, término que incluye cefalea, mareo y molestias abdominales vagas.

CUADRO No. 6

RELACION DE LA LOCALIZACION ANATOMICA CON DIFERENTES TIPOS DE QUISTE DE OVARIO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA 1981-1983.

TIPO DE QUISTE	LOCALIZACION					
	OVARIO DERECHO		OVARIO IZQUIERDO		BILATERAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Seroso	13	92.8	7	77.8	-	-
Mucinoso	1	7.2	1	11.1	1	100
Dermoide	-	-	1	11.1	-	-
TOTAL	14	100	9	100	1	100

El cuadro No. 6 nos presenta la relación entre la localización anatómica y, los diferentes tipos de quistes ováricos.

El ovario derecho fue más afectado por el quiste de ovario que el izquierdo, siendo el quiste seroso el predominante en dicha afección.

El único caso de bilateralidad, correspondió al quiste mucinoso.

CUADRO No. 7

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EMPLEADOS EN PACIENTES CON QUISTE DE OVARIO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA 1981-1983.

METODO DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
Quirúrgico	15	62.5
Clínico	9	37.5
TOTAL	24	100

El cuadro No. 7 presenta los métodos diagnósticos empleados en pacientes con quiste de ovario en el Hospital Santa Teresa de Comayagua.

Se observa que el método diagnóstico más empleado fue el quirúrgico, en 62.5%. El método clínico se utilizó en 37.5%.

CUADRO No. 8

PERIODO DE DIAGNOSTICO EN PACIENTES CON QUISTE DE OVARIO. HOSPITAL STA TERESA, COMAYAGUA 1981-1983

PERIODO DE DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
Pre-operatorio	9	37.5
Trans-operatorio ¹⁾	10	41.7
Post-operatorio*	5	20.8
TOTAL	24	100

* El período de diagnóstico post-operatorio, se refiere a los efectuados por anatomía patológica (biopsia), o sea diagnóstico histológico.

El cuadro No. 8 se refiere al período en el cual se llevó a cabo el diagnóstico en las pacientes con quiste de ovario de este estudio.

Se observa, que un 37.5% fueron diagnosticadas durante el período pre operatorio, empleando la clínica como método diagnóstico. Un 41.7% se realizó durante el período trans-operatorio. El 20.8% se diagnosticó durante el período post-operatorio, significando que material extirpado del paciente fue enviado, para que mediante biopsia, anatomía patológica efectuara un diagnóstico.

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES CON QUISTE DE OVARIO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA 1981-1983.

DIAGNOSTICO INGRESO	NUMERO	PORCENTAJE
Quiste ovario	9	37.5
Hemorragia uterina anormal*	7	29.2
Masa ovárica	4	16.7
Masa anexial	2	8.3
Abdomen agudo	2	8.3
TOTAL	24	100

* En hemorragia uterina anormal se excluyen los abortos.

El cuadro No. 9 nos presenta los diversos diagnósticos con que ingresaron las pacientes de esta investigación al Hospital Sta Teresa de Comayagua.

El 37.5% ingresaron como quiste de ovario. El 62.5% restante de las pacientes ingresaron con diagnósticos que variaron entre hemorragia uterina, masa ovárica y anexial y abdomen agudo.

COMPLICACIONES PRESENTADAS POR LAS PACIENTES CON QUISTE DE OVARIO.
HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA, 1981-1983.

COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
Torsión	4	66.7
Hemorragia	2	33.3
TOTAL	6	100

El cuadro No. 10 nos refiere las complicaciones presentadas por las pacientes con quiste de ovario durante esta investigación.

El 66.7% se complicó con una torsión de pedículo y, un 33.3% con hemorragia.

El resto de las pacientes no sufrió complicación alguna,

CUADRO No. 11

NUMERO DE PACIENTES CON QUISTE DE OVARIO QUE ACUDIERON A CONTROL Y SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO. HOSPITAL SANTA TERESA, COMAYAGUA, 1981-83.

CONTROL SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO.	NUMERO	PORCENTAJE
Pacientes que acudieron	16	66.7
Pacientes que no acudieron	8	33.3
TOTAL	24	100

El cuadro No. 11 nos habla del número de pacientes con quiste de ovario que acudieron o no a control y seguimiento post-operatorio al menos en dos ocasiones.

De un total de 24 pacientes de esta investigación, un 66.7% si acudieron a control y seguimiento post-operatorio.

El 33.3% no asistió a dicho control y seguimiento post-operatorio.

D I S C U S I O N

Antes de comenzar la discusión acerca de los resultados obtenidos, es necesario dejar establecido que, en esta investigación dentro del número de pacientes con diagnóstico de Quiste de Ovario, se excluyeron aquéllos correspondientes a quiste folicular y quiste luteínico, ya que según el Dr. E.R. Novak (13), éstos quistes son de lo más frecuentes considerados no neoplásicos o sea benignos por su carácter funcional, ya que son muy pequeños, rara vez benignos por su carácter funcional, ya que son muy pequeños, rara vez alcanzan tamaños mayores de 2-3 cms, por lo que dan una sintomatología inespecífica; siendo en la mayoría de los casos hallazgos casuales en cirugías de otras causas. Su tratamiento es expectante ya que involucionan en un período de 1 a 3 semanas.

Por esta razón, se consideró que su inclusión dentro de esta investigación, podría hacer variar la estadística de la misma.

Los resultados de esta investigación, muestran una frecuencia de quiste de ovario de 0.8% en el Hospital Santa Teresa de Comayagua durante 1981-1983.

En EE.UU, después de los años 70, se han obtenido frecuencias de quis

tes ováricos de 15 a 20% del total de tumoraciones ováricas. El Dr. R.W. Kistner (9) ha logrado establecer que en este tipo de investigaciones, es frecuente encontrarse con errores debido a que el grupo de pacientes involucradas en dichas investigaciones, no siempre son correctamente diagnosticadas, manejadas o sometidas a cirugía. Por esta razón es un tanto difícil establecer comparaciones con investigaciones similares llevadas a cabo en otros países.

Es necesario hacer notar que en la totalidad de las pacientes de esta investigación se sometieron a un manejo quirúrgico y, su diagnóstico en algunos casos efectuados por clínica, y en otros por cirugía, fue corroborado por anatomía patológica.

También hay que aclarar, que en este número de pacientes ingresadas a Sala de Ginecología del Hospital Santa Teresa de Comayagua, no se incluyeron a aquéllas pacientes con sintomatología o patología obstétrica. Por tanto, la frecuencia de quiste de ovario encontrada en esta investigación puede considerarse bastante fidedigna.

Acerca de la edad de las pacientes de esta investigación, se puede decir, que el grupo de edad más afectado por el quiste de ovario es el de 21 a 30 años coincidiendo este dato con lo referido por la Literatura, en el sentido de que el rango de edad comprendido entre 20 y 30 años o sea la etapa reproductiva, es el más comprometido por esta pa-

tología (9).

El mayor porcentaje de tipos de quiste de ovario, le correspondió al quiste seroso, con un 83.3% coincidiendo con lo afirmado por el Dr. R. W. Kistner (9), que en sus investigaciones ha encontrado que el quiste seroso, es el quiste de ovario más frecuente, con un 53%. Este mismo autor refiere que en segundo lugar en frecuencia, se encuentra el quiste dermoide, pero los resultados de esta investigación nos revelan que el quiste dermoide ocupó un último lugar.

Referente a la localización anatómica, este estudio presenta una mayor afección de quiste, por parte del ovario derecho. No se precisó la causa de este hecho, pero coincide con lo referido en la literatura, donde se establece que es el ovario derecho es el más frecuentemente tomado por patología quística (5).

Estudios efectuados por el Dr. R.W Kistner (9), otorgan a la localización bilateral de quiste de ovario, una relativa frecuencia, sin embargo, en esta investigación únicamente se encontró un caso de bilateralidad y, correspondió a un quiste mucinoso. Hay que aclarar que en este estudio se habla de bilateralidad de acuerdo al aspecto macroscópico. No se procedió de rutina a efectuar una biopsia contralateral del ovario afectado.

Los resultados muestran, al igual que Estudios e investigaciones(5.9) que la presencia de masa y el dolor son el signo y síntoma más frecuentemente encontrados en pacientes con quiste de ovario.

Sobre los métodos diagnósticos empleados en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, esta investigación revela que en 37.5% de los casos, la clínica fue el método diagnóstico empleado, concordando esto con Estudios efectuados (5), que sostienen que en esta patología, la palpación manual es el principal medio diagnóstico con que cuenta el médico. Sin embargo, un 62.5% de las pacientes en esta investigación fueron diagnosticadas mediante el empleo de la cirugía y la biopsia, para confirmar los casos involucrados en este Estudio.

Respecto al manejo empleado en las pacientes con quiste de ovario en esta investigación, encontramos que el quirúrgico fue empleado en la totalidad de los casos. Esto va de acuerdo con lo que el Dr. D. Goldstein (6) propone sobre el tratamiento de esta patología, en el sentido de que la cirugía es el procedimiento de elección en los quistes de ovario.

Los Drs. E.R. Novak (13) y R.W. Kistner (9), hablan de una actitud conservadora aplicada a los quistes funcionales en pacientes jóvenes, pero como se aclaró al comienzo de este Capítulo, éstos fueron excluidos, quedando los quistes neoplásicos que sí fueron sometidos a ciru

gía en su totalidad, tomando también en cuenta la procedencia rural de la mayoría de las pacientes, su condición socioeconómica, creencias y la renuencia a controles tanto pre como post-operatorios.

En la mayoría de las pacientes, se empleó la Laparotomía con Ooforectomía unilateral con revisión macroscópica del ovario contralateral, aunque no se practicó rutinariamente la biopsia del mismo. Esta conducta coincide con la metodología quirúrgica sugerida por el Dr. R. W. Kistner (9) en sus Estudios y experiencias.

La histerectomía abdominal total, seguida de una salpingooforectomía bilateral, se utilizó tal como lo indica el Dr. D. Goldstein (6), en aquellas pacientes con quiste ovárico y mayores de 40 años.

Los Drs. J.S. Schinfield (15) y S.C Stone (17), sugieren un tratamiento radical (Histerectomía abdominal total más Salpingooforectomía bilateral) para aquellos casos de recurrencia. Durante el período que comprende esta investigación, no se reportaron casos de recurrencia.

Del total de las pacientes de este Estudio únicamente 6 sufrieron complicaciones, 4 de ellas presentaron una torsión de pedículo. Esta complicación, según los Drs. E.R. Novak (13) y R.W. Kistner (9), es la más frecuente en los quistes ováricos. Las otras dos se complicaron con hemorragia.

Un 66.7% de las pacientes, una mayoría se presentó al menos dos veces a consulta externa para un control y seguimiento post-operatorio; contrario a lo esperado, la mayor parte de las pacientes se preocuparon por su problema, su resolución y su pronóstico.

C O N C L U S I O N E S

1. La frecuencia de quiste de ovario en el Hospital Santa Teresa de Comayagua durante el período de tiempo de 1981 a 1983 fue de 0.8%.
2. El grupo de edad más afectado por el quiste de ovario, fue el comprendido entre los 21 a 30 años.
El segundo grupo de edad más afectado, fue el de 31 a 40 años.
3. El tipo histológico de quiste de ovario más frecuente y encontrado fue el quiste seroso, le sigue el quiste mucinoso.
4. La localización anatómica más frecuente del quiste de ovario, fue el ovario derecho, con 14 casos. Un número de 9 se localizaron en el ovario izquierdo.
5. Un total de 20 pacientes con quiste de ovario, presentaron una masa como signo predominante. El dolor se encontró en 18 casos.
6. El método diagnóstico más empleado, en pacientes con quiste de ovario en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, fue el método quirúrgico en 15 pacientes, la clínica se empleó en 9 casos como medio diagnóstico.

7. Durante el período pre-operatorio, se diagnosticaron correctamente 9 casos de quiste de ovario. En el período transoperatorio, se hizo diagnóstico en 15 casos.
8. Un número de 9 pacientes ingresaron a la Sala de Ginecología del Hospital Santa Teresa de Comayagua, con diagnóstico de quiste de ovario. El resto de las pacientes ingresó con diagnóstico de hemorragia uterina anormal, masa ovárica, masa anexial y abdomen agudo.
9. La totalidad de pacientes de esta investigación, fueron sometidas a un manejo y tratamiento quirúrgico.
10. Las complicaciones presentadas por las pacientes con quiste de ovario durante esta investigación, se concretaron a una torsión de pedículo y, hemorragia.
11. De 24 pacientes con diagnóstico de quiste de ovario, 16 acudieron a un control y seguimiento post-operatorio.

R E C O M E N D A C I O N E S

1. Que las pacientes con diagnóstico de quiste de ovario, o con sospecha de ello, que sean ingresadas en el Hospital Santa Teresa de Comayagua, sean sometidas a estudios completos, tales como: Radiología, biopsia y ultrasonografía si fuera posible, para que de esta manera se pudiese asegurar un diagnóstico correcto.
2. Establecer normas o conductas de manejo y tratamiento de quiste de ovario.
3. Que el procedimiento quirúrgico sea empleado en pacientes con un diagnóstico correcto de quiste de ovario, cuando se presenten complicaciones del mismo, en pacientes mayores de 40 años y, en aquellos casos en que una conducta expectante haya fracasado.
4. Que se practique en forma rutinaria a todas las pacientes, durante el período trans-operatorio una biopsia para la confirmación, diagnóstico y clasificación histológica del quiste.
5. Que las pacientes egresadas del Hospital Santa Teresa de Comayagua con diagnóstico de quiste de ovario, tengan en consulta externa un control y seguimiento post-operatorio adecuado.

R E S U M E N

El Quiste de Ovario, es una patología que se presenta con frecuencia en nuestro país. En vista de esto, se pensó que era necesario llevar a cabo una investigación para conocer nuestra propia casuística, el manejo y el tratamiento que se brinda a las pacientes con esta patología.

Se estudiaron descriptiva y retrospectivamente los casos de quiste de ovario confirmados por anatomía patológica, que egresaron del Hospital Santa Teresa de Comayagua durante el período de tiempo comprendido entre el 1o. de Enero de 1981 hasta el 31 de Diciembre de 1983.

Se recolectaron 24 casos de quiste de ovario, los que fueron analizados conforme a objetivos y variables previamente establecidos.

Se estableció que el quiste de ovario en el Hospital Santa Teresa de Comayagua se presentó con una frecuencia de 0.8%. El grupo de edad más afectado por esta patología, fue el comprendido entre los 21 a 30 años o sea durante la etapa reproductiva de la mujer.

El quiste seroso, fue el quiste de ovario más frecuentemente encontrado en esta investigación; así mismo, fue el ovario derecho el más afectado por esta patología.

Dentro del cuadro clínico presentado por las pacientes, la presencia de masa y dolor, fue predominante sobre el resto de la sintomatología.

La clínica y la cirugía fueron empleadas como método diagnóstico; durante el período pre-operatorio la clínica llevó a cabo el diagnóstico de quiste de ovario.

La totalidad de las pacientes se sometieron a cirugía, empleando la Ooforectomía unilateral en la mayoría de los casos y, la histerectomía abdominal total con remoción bilateral de anexos en aquellas pacientes mayores de 40 años.

En la actualidad no hay acuerdo común para el manejo y tratamiento de estos casos, por lo que se deberá establecer conductas para dicho fin y, someter a las pacientes a todos los diferentes medios auxiliares para su correcto diagnóstico. Deberá lograrse también que las pacientes egresadas del Hospital Santa Teresa tengan un control externo de seguimiento post-operatorio.

Finalmente, y en la medida que sea posible, determinar la importancia de este problema en nuestro medio, haciendo una concientización en nuestros Médicos y Estudiantes en formación, para obtener diagnósticos acertados y, la institución de un manejo y tratamiento que conlleven a la curación de nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 .- Arsted B. H., et al. " Hydatidiform Mole With Large Ovarian Cysts and venous Thrombosis: A case Report ". Int. J. Gynecol Obstet. 17 '4(323-7 JAN-FEB, 1980.
- 2 .- Bampirra C.A., et al. " An Unusual case of Ovarian Tumor ". Ar J. Obstet. Gynecol. 134 (3) 346, 1 June 1979.
- 3 .- Erickson G.F. et al. " Functional studies of aromatase activity in human granulosa cell from normal and polycystic ovaries ". J. Clin Endocrinol. 49 (4) 514-9, Oct, 1979.
- 4 .- Evans-Jones J.C., et al. " An Ovarian Cyst infected with Salmonella typhi case Report ". Br. J. Obstet, Gynecol. 90 (7): 680 - Jul 1983.
- 5 .- Ferrera C., Tabora Y. " Neoplasias de Ovario ". Revista Médica Hondureña 46: 36-39, 1978.
- 6 .- Goldstein D., Benkowitz R. Gestational Trophoblastic Neoplasma. Washington. W.B. Saunders Company, 1982.
- 7 .- Hellman L.M. Pritchard J. A. et al. Williams Obstetricia. México Salvat Mexicana de Ediciones, 1978.

- 8.- Hunter D.J. " Management of a Massive Ovarian Cyst ". Obstet. Gynecol 56 (2): 254-5, Aug 1980.
- 9.- Kistner R.W. Gynecology-Principles and practice. Chicago Year Book medical Publishens, 1979.
- 10.- Kohorn E.I. " Theda Lutein Ovarian Cyst Maybe pathognomonic of tophoblastic neoplasia ". Obste - Gynecol. 63 (3 supply): 80s-81s, Set, 1983.
- 11.- Lindsay An. et al " Multicystic ovaries detected by sonography Am. J. Dis Child 134 (6) 588-92, June 1980.
- 12.- Montag T.W., et al. " Neonatal ovarian Cyst prenatal Diagnosis and analysis of the cyst fluid ". Obstet Gynecol. 61 (2 Supply 38s-41s. Mar 1983.
- 13.- Novak E.R, et al. Tratado de Ginecología. México, Nueva Editorial Interamericana, 1977.
- 14.- Riddlesberger M.M. Jr, et al. "The association of Juvenile Hypothyroidism and Cystic ovaries ". Radiology 139 (1): 77-80, Apr 1981.
- 15.- Schifield J.S, et al. " Recurrent Symptomatic ovarian Cyst (Letter) ". A.M. J. Obstet Gynecol. 136 (1) 145 Jan 10. de 1980.

- 16.- Scholz D.M., et al. " Large ovarian Cyst causing cecal perforation in a newborn infant ". J. Pediatric Surg. 17 (1) 91-2 February 1982.
- 17.- Stone Sc, et al. " A Syndrome Characterized by recurrent symptomatic Functional ovarian Cyst in Young Women. " Am J. Obstet. Gynecol 134-310-4, 1 June 1970.

CAPITULO No. _____

A N E X O

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- Edad. _____

2.- Sintomatología-signología:

a. Presencia o no de masa _____

b. Localización de la masa _____

c. Dolor, tipo, localización _____

d. Síntomas gastrointestinales; tipo _____

e. Trastornos menstruales; tipo _____.

3.- Diagnóstico inicial: _____

4.- Diagnóstico confirmado por autonomía patológica. _____

5.- Tratamiento. Tipo _____

6.- Clasificación histológica _____

7.- Complicaciones. Tipo _____

8.- Control pre-operatorio _____