

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESUS RIVERA**



Tesis para optar al título de especialista en Cirugía Pediátrica

**Comportamiento Clínico y Quirúrgico de las niñas con quistes de Ovario  
atendidas en el Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Manuel de  
Jesús Rivera, del 1 de Enero 2010 al 31 de Diciembre 2015.**

**Autor**

Dra. Noelia María Mendoza Solano

**Tutor**

Dr. Mariano Montealegre Valle

Cirujano Peditra

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, aplicando muestreo no probabilístico por conveniencia se obtuvo una muestra de 41 pacientes, con el objetivo de evaluar el comportamiento clínico y quirúrgico de las niñas con quistes de ovario atendidos en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, Enero 2010 a Diciembre del 2015.

La edad predominante fue de 12 a 15 años en un 74%, el 90% eran procedentes del área urbana, el estado nutricional que predominó fue eutrófico en el 90% de los casos. El síntoma principal fue el dolor abdominal, el signo que predominó fue la irritación peritoneal en el 17% de los casos, el ultrasonido se realizó en el 90% de los casos y las medidas de los quistes de ovario que predominó fue de 5 a 8cm en el 49%, el hallazgo de complicación reportada por ultrasonido fue el quiste hemorrágico en el 7%.

La cirugía programada fue la principal indicación en el 68% y la de urgencia en el 32% siendo la principal causa sospecha de abdomen agudo inflamatorio, la técnica principal empleada fue laparoscópica en el 46% y la afectación del ovario derecho fue la principal en el 73%. Se presentaron escasas complicaciones quirúrgicas entre la más destacada esta la hemorragia post quirúrgica en el 5% y el 100% de los pacientes fueron dados de alta.

## **OPINION DEL TUTOR**

Los quistes de ovario son parte normal del desarrollo folicular durante el ciclo menstrual, sin embargo los pacientes pueden consultar por dolor y en ocasiones la ultrasonografía puede revelar la presencia de una tumoración anexial que en ocasiones puede simular la sintomatología de un abdomen agudo inflamatorio que amerita intervención quirúrgica inmediata, como sabemos el manejo de los quistes simples de ovario debe considerarse conservador, tratando de mantener la funcionalidad del ovario así como el máximo de tejido funcional, en nuestro centro hospitalario, centro de referencia nacional, es común ver este tipo de patología que son intervenidas en muchas ocasiones sin tener la necesidad de realizarlo, por eso creo que el estudio realizado por la Dra. Mendoza, nos orienta a como se está manejando esta tipo de patología y nos proporciona las bases para el inicio de un protocolo que nos lleve a un mejor manejo de estas niñas.

**Dr. Mariano Montealegre Valle**  
**Cirujano Pediatra**

## DEDICATORIA

### ***A mis padres:***

***Teresa de Jesús Solano Carrasco:*** Quien es un pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo.

***Pablo Roberto Mendoza Pérez:*** Por apoyarme siempre, brindarme sus consejos y guiarme en el camino de la vida hasta lograr alcanzar mis metas.

***A mi esposo “Guillermo Antonio Rodríguez Torrez”.*** Por su apoyo y amor incondicional, motivándome día a día a luchar y alcanzar un sueño anhelado, por estar a mi lado en los momentos difíciles y no dejarme caer.

***A mis hijos: Guillermo Alexander y Christian Noel*** quienes amo y son mi razón de ser, motivándome siempre a salir adelante y no desistir ante las adversidades.

***A mis Maestros:*** quienes con sus enseñanzas y confianza en mi persona contribuyeron a mi formación.

## AGRADECIMIENTO

**A Dios:** Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

**A mis padres** Que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, que con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

**A mi esposo e hijos:** por ser la fuerza que me hace seguir adelante en momentos difíciles.

**A mi hermano Melvin Roberto Mendoza Solano** por su cariño y confianza que siempre han tenido en mí para lograr mis objetivos

**Al Hospital Manuel de Jesús Rivera:** por la experiencia y los conocimientos adquiridos para mi futura profesión.

**A mi tutor** Dr. Mariano Montealegre por la paciencia y asesoramiento para realizar éste proyecto.

**A mis maestros docentes en estos cuatro años: Dr. Alfredo Valle, Dr. Jorge Navarrete, Dr. Mariano Montealegre, Dra. Mayra Valencia, Dra. Violeta Alemán, Dr. Tito Luis Gutiérrez, Dra. Soraida Picado, Dr. Daher Guido,** Por guiarnos en estos cuatro años y haber compartido sus conocimientos en la formación de nuestra especialidad.

## INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	2
JUSTIFICACION.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS .....	7
II. MARCO TEORICO.....	8
III. DISEÑO METODOLOGICO.....	13
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	20
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26
ANEXOS.....	29

## INTRODUCCION

Las lesiones quísticas del ovario son más comunes durante la infancia y la adolescencia, que son hormonalmente activos en el período del desarrollo. La etiología de los quistes de ovario varía en función de la etapa del desarrollo de la paciente y específicamente por la presente estimulación hormonal. <sup>(1)</sup>.

En las adolescentes los quistes ováricos funcionales son parte normal del desarrollo folicular durante el ciclo menstrual, donde se pueden formar quistes que habitualmente son de aspecto simple y ocurre porque un folículo no ovuló, ni involucionó o pueden formarse después de la ovulación. La incidencia de las lesiones ováricas en la edad pediátrica es desconocida y se estima en 2,6 casos por 100 000 niñas por año. <sup>(2)</sup>

Quiste se define como la formación líquida o semilíquida rodeada por una cápsula que lo contiene, independientemente del órgano que lo aloje existiendo así distintos tipos de quistes. La designación mixta, tumoración funcional, está compuesta: de un término clínico tumoración (aumento de volumen) y otro fisiológico: funcional (secretor). <sup>(3)</sup>

Las pacientes pueden consultar por dolor abdominal y a la realización de ultrasonido se revela la presencia de una tumoración anexial; las imágenes de los quistes sobre todo hemorrágicos son complejas y muy variables y pueden confundirse con otras patologías como: Abscesos tubo-ovárico, embarazo ectópico, endometriomas, tumores benignos y neoplasias ováricas.

El diagnóstico de estos quistes se realiza mediante ultrasonografía pero pueden enviarse Tomografía axial computarizada, Estudios de flujo Doppler, Resonancia Magnética, Laparoscopia diagnóstica. <sup>(2) (4)</sup>

## ANTECEDENTES

Las tumoraciones funcionales del ovario son transformaciones quísticas de sus glándulas cíclicas (folículo y cuerpo amarillo) que se caracteriza por un crecimiento anatómico exagerado, anormal (hasta 6 a 10 cm). La etiología de los quistes de ovario varía en función de la etapa de desarrollo de la paciente y específicamente por la presente estimulación hormonal. <sup>(5)</sup>

Millar y asociados realizaron un estudio durante un período de 5 años, se completaron los estudios de ultrasonido en 1818 pacientes prepúberes, de las cuales se identificaron 99 pacientes que tenían quistes ováricos. La mayoría (82 de 99 pacientes (83 %) eran pequeños quistes, uniloculares un promedio de 2 a 3 mm de diámetro. La inciden

cia de estos pequeños quistes varió 2-5 % en las mujeres entre el nacimiento y la edad. Quistes ováricos grandes (más de 2 cm de diámetro) son poco frecuentes en las niñas mayores de 2 años y la mayoría ocurre dentro del primer año de vida. De los 17 grandes quistes ováricos, dos presentaron torsión y ambos eran complejos en la ecografía. Cinco (29 %) de los grandes quistes ováricos fueron tratados de forma conservadora y demostraron una regresión en el seguimiento; estos fueron quistes uniloculares. Aunque se espera que los quistes funcionales que resultan en la pseudopubertad precoz es raro , se identificaron cinco casos ( 5 %) en nuestra serie. Concluyendo que los quistes ováricos uniloculares pequeños, de menos de 1 cm de diámetro se encuentran en hembras prepúberes con una frecuencia de 2-5 % y no son clínicamente significativos . Los quistes ováricos mayores de 2 cm son raros. Los quistes ováricos uniloculares menos de 5 cm se pueden seguir de forma conservadora con vigilancia de ultrasonido hasta la regresión, sin un riesgo importante de la torsión. Los quistes ováricos asociados a pseudopubertad precoz son generalmente más de 2 cm y pueden ser recurrentes. <sup>(6)</sup>



La incidencia de detección prenatal de quistes ováricos se estima en 1 en 2500 recién nacidas <sup>(7)</sup>. Cohen y col evaluaron con ultrasonido 77 pacientes consecutivas de 1 día a 24 meses de edad y encontraron que un 84% presentaba microquistes y 16% macroquistes. <sup>(8)</sup>

El manejo de los quistes simples, mayores de 5 cm, y de los quistes complejos es controversial. Hay quienes proponen cirugía para disminuir el riesgo de torsión y otras complicaciones, siendo el objetivo final salvar lo más posible el parénquima ovárico. En una revisión de 257 comunicaciones de quistes simples y complejos publicados entre 1975 y 1990, fueron tratadas quirúrgicamente 170 pacientes y a 145 se les realizó ooforectomía (85,3%) <sup>(9)</sup>.

Por otro lado, otros grupos recomiendan manejo conservador dado la tendencia a la regresión espontánea, tanto de los quistes simples como complejos. Luzatto y col <sup>(80)</sup>. En el año 2000 publicaron una experiencia de 27 quistes ováricos en recién nacidas, de las cuales el manejo fue quirúrgico en cinco, por opción del médico tratante, a dos se realizó punción guiada por US y 20 fueron manejados en forma conservadora con seguimiento ecográfico todos los meses. De estos 20 quistes, siete eran de aspecto simple y 13 complejos. Todos los quistes simples se resolvieron en doce meses, independiente de su tamaño. De los quiste complejos 10 de 13 regresaron en doce meses. Los tres quistes complejos que no se resolvieron fueron resecados a los 6, 7 y 17 meses de edad. En el seguimiento a largo plazo con ultrasonografía, en todas las pacientes con quistes simples y en 2 de 10 con quistes complejos se logra visualizar ambos ovarios <sup>(10)</sup>.

Es importante destacar que el riesgo de malignidad de un quiste simple o complejo en una recién nacida es casi inexistente.

Los quistes ováricos en niñas prepuberales se pueden observar con seguimiento ecográfico seriado sólo cuando: El quiste es claramente de origen ovárico, es un quiste de aspecto simple, la paciente es asintomática, y los marcadores tumorales son negativos, que incluyan Alfetoproteína y Hormona Gonadotrofina Corionica.

Por el riesgo de malignidad en este grupo de edad, en los quistes complejos se recomienda su resección más que observar; considerando que generalmente un quiste funcional regresa o se modifica en 1 a 2 semanas <sup>(7)</sup>.

Templeman y col, en un estudio de 144 niñas con masas ováricas no inflamatorias describe 57,9% corresponden a quistes ováricos, un 29,5% a tumores benignos siendo el más frecuente el teratoma quístico maduro y un 7,9% de tumores ováricos malignos . De todos los quistes ováricos, se describe que al menos el 90% se resuelve en forma espontánea <sup>(11)</sup>.

El autor reviso las bibliotecas del complejo Concepción Palacios del Ministerio de Salud Publico buscando estudios y antecedentes al presente, sin embargo se evidencio que no los hay; a la vez se visitó el centro de documentación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y la biblioteca del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera en la búsqueda de estudios similares al nuestro y no se encontraron los mismos.

## JUSTIFICACION

La incidencia de las lesiones ováricas en la edad pediátrica es desconocida y se estima en 2,6 casos por 100 000 niñas por año. <sup>(12)</sup>

En el Hospital Manuel de Jesús Rivera “ La Mascota”, la patología por dolor abdominal de los niños que acuden a la emergencia tenemos que son aproximadamente 1809 consultas médicas al año, de estas se operan 919 de urgencia representando el 51% de los niños que acuden con dolor abdominal y de estos 11 pacientes son quistes de ovario que representan el 2%, considero que su incidencia es alta en nuestro medio, por lo que es de importancia realizar un estudio que nos diga cómo es la evolución de esta patología y nos ayude a mejorar en su diagnóstico y manejo ya sea conservador o quirúrgico. <sup>(13)</sup>

Con este estudio se pretende describir el comportamiento clínico y quirúrgico de las niñas con quistes de ovarios, consideramos de interés abordar aspectos generales de esta patología, sus manifestaciones clínicas así como la indicación quirúrgica, sus técnicas y complicaciones durante la hospitalización.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál fue el comportamiento Clínico y Quirúrgico de los quistes de Ovario atendidos en el Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Manuel de Jesús Rivera, 1 de Enero 2010 al 31 de Diciembre 2015?

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir el comportamiento Clínico y Quirúrgico de las niñas con quistes de Ovario atendidos en el Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Manuel de Jesús Rivera, 1 de Enero 2010 al 31 de Diciembre 2015.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Describir las características generales de las niñas con diagnóstico de quiste de ovario.
2. Identificar las principales manifestaciones clínicas así como los medios diagnósticos utilizados.
3. Señalar las indicaciones quirúrgicas, técnica quirúrgica y complicaciones quirúrgicas en las niñas con quiste de ovario.
4. Especificar la evolución de las niñas con quiste de ovario

## MARCO TEORICO

En las adolescentes los quistes ováricos funcionales son parte normal del desarrollo folicular durante el ciclo menstrual, donde se pueden formar quistes que habitualmente son de aspecto simple y ocurre porque un folículo no ovuló, ni involucionó o también pueden formarse después de la ovulación cuando se cierra la abertura por donde salió el óvulo y queda llena de líquido en su interior, estos quistes sangran con facilidad por lo que su aspecto es complejo y pueden alcanzar un tamaño de 6 a 8 cm. Las pacientes pueden consultar por dolor y la ultrasonografía revelar la presencia de una tumoración anexial, las imágenes de los quistes hemorrágicos son complejas y muy variables, pudiendo parecer sólidos o confundirse con otras patologías como: Absceso tubo-ovárico, embarazo ectópico, endometriomas, tumores benignos y neoplasias ováricas. <sup>(3)</sup> <sup>(14)</sup>.

Se define por tanto como quiste a la formación líquida o semilíquida rodeada por una cápsula que lo contiene, independientemente del órgano que lo aloje existiendo así distintos tipos de quistes.

Quistes no tumorales o quistes funcionales dentro de los que se encuentran:

- Quiste folicular.
- Quiste del cuerpo lúteo.
- Quiste de inclusión germinal.
- Ovario escleroquístico.
- Quistes luteínicos de la teca. <sup>(3)</sup> <sup>(15)</sup>.

Los quistes foliculares de ovario son comunes en ovarios normales, estos se forman cuando por alguna razón se afecta el proceso fisiológico de la ovulación, ósea si el folículo no logra abrirse y liberar el óvulo el líquido permanece dentro del folículo formando un quiste, denominándose quiste folicular. Cuando persiste puede secretar estrógeno, hormona sexual femenina que ocasiona conlleva a sangrado irregular.

El tratamiento se basa fundamentalmente en la observación, la indicación de anticonceptivos orales y resección del quiste si persistiera más de 8 semanas alcanzando un tamaño mayor a los 30mm o si la ruptura del quiste produjera hemorragia ovárica denominándose a este cuadro agudo folículo hemorrágico. <sup>(4)</sup>  
(16)

El quiste del cuerpo lúteo según la literatura analizada surge cuando se cierra la abertura por donde salió el óvulo y queda llena de líquido en su interior, normalmente el cuerpo lúteo debe desintegrarse una vez que el óvulo se libera, cuando no lo hace queda una depresión donde se acumula líquido, denominado quiste del cuerpo lúteo o del cuerpo amarillo. Este tipo de quistes debe desaparecer espontáneamente a menos que exista algún tipo de complicación.

Los quistes de inclusión germinal son frecuentes, funcionales, de pequeño tamaño y carecen de importancia, solo si aumentaran de tamaño con compromiso ovárico es aconsejable su extirpación. <sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup>

En el caso de los quistes luteínicos de la teca se conoce que son bilaterales de aproximadamente 15 cm de diámetro, no requieren tratamiento y suelen reabsorberse cuando se trata la causa primaria es decir se realiza extirpación de la mola hidatiforme. <sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup>

Tumores derivados del epitelio celómico o quistes no funcionales.

Los quistes no funcionales son aquellos que no desaparecen espontáneamente y obran con formaciones tumorales pudiendo incluso confundirse o enmascarar un cáncer de ovario.

a) Tumores quísticos. (Dentro de estos encontramos.)

- Cistoadenoma seroso.
- Cistoadenoma mucinoso.
- Endometriomas.
- Formas mixtas.

b) Tumores con hipercrecimiento del estroma <sup>(5)</sup>. <sup>(20)</sup> <sup>(21)</sup>

Los endometriomas pueden ser únicos o múltiples con adherencias a la superficie, su contenido es líquido, espeso de color achocolatado y cuando alcanzan gran tamaño el tratamiento es quirúrgico.

Los Cistoadenomas se describen como tumores quísticos benignos con bajo potencial de malignidad, aproximadamente del 70% al 85 % de los tumores serosos son benignos; encontrándose con mayor frecuencia los de tipo mucinosos. Estos quistes son bilaterales de un 7 a un 12% como regla general no alcanzan gran tamaño aunque en ocasiones pueden alcanzar los 50cm con un peso de más de 20 kg. Es un quiste redondeado u ovoide de color gris azulado que tiene sus paredes delgadas y la superficie lisa en raras ocasiones presenta excrecencias papilares. Su contenido es líquido mucinoso, espeso y viscoso. La mayor parte de su superficie interna es lisa y puede contener un gran número de papilas o tabiques. Su tratamiento siempre es quirúrgico. <sup>(18)</sup> <sup>(22)</sup> <sup>(23)</sup>

Poliquistosis ovarica.

La Poliquistosis ovárica es una enfermedad que puede manifestarse por la presencia de múltiples y pequeñas formaciones quísticas en ambos ovarios entre 8 y 10 quistes distribuidos en forma de corona, con aumento del volumen ovárico, donde puede o no existir trastornos menstruales o bien estar asociado a un síndrome compuesto por amenorrea, hirsutismo, obesidad y esterilidad. El tratamiento es médico y está orientado a corregir alguno de los síntomas como la infertilidad, los trastornos menstruales y androgénicos. <sup>(24)</sup> <sup>(25)</sup>



Los síntomas que pueden causar los quistes de ovarios:

- Distensión abdominal con dolor pélvico constante y sordo.
- Dolor en bajo vientre poco tiempo después del inicio o finalización del período menstrual además puede existir trastornos menstruales como amenorrea y dismenorrea.
- Relaciones sexuales dolorosas o dolor pélvico durante el movimiento.
- Dolor pélvico intenso y repentino, a menudo con náuseas y vómitos, que puede ser un signo complicación como torsión, hemorragia o ruptura del quiste.

Las indicaciones generales de cirugía descritas para quistes de ovarios son:

- Quistes de crecimiento rápido o que persisten más de 4 meses.
- Quistes complicados por hemorragia, torsión o ruptura.
- Tumorações de gran tamaño que comprometan otras estructuras vecinas o su adecuado funcionamiento.
- Tumoración ovárica que presente otras características como tabicación o calcificación.<sup>(3) (5) (24)</sup>

Exámenes diagnósticos

- Ultrasonografía.
- Tomografía axial computarizada.
- Estudios de flujo Doppler.
- Resonancia Magnética.
- Laparoscopia diagnóstica.

Se pueden hacer los siguientes exámenes de sangre:

- Niveles hormonales como la HL, FSH, estradiol y testosterona además de examinar los niveles de prolactina en caso de sospecha de prolactinoma o microadenoma de hipófisis.<sup>(14) (26)</sup>

## Tratamiento Quirúrgico

El manejo quirúrgico de los pacientes con quiste de ovario se debe realizar en la actualidad por vía laparoscópica y sus indicaciones son:

- Se cree que el quiste es canceroso (las probabilidades son menores si es una persona joven)
- Es grande (más de 2,5 pulgadas o 6,3 cm de diámetro)
- Es macizo (en lugar de contener solamente líquido)
- Provoca dolor. <sup>(27)</sup> <sup>(28)</sup>

## Posibles complicaciones

Las complicaciones son poco frecuentes, pero ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Si está planificando someterse a una extirpación de quiste ovárico, el médico revisará una lista de posibles complicaciones, que pueden incluir:

- Infección
- Sangrado
- Reaparición del quiste después de la extirpación
- Necesidad de extirpar uno o ambos ovarios
- Infertilidad
- Coágulos sanguíneos
- Daño a otros órganos <sup>(28)</sup>

Los factores que pueden aumentar el riesgo de complicaciones incluyen:

- Obesidad
- Enfermedad crónica o reciente
- Consumo excesivo de alcohol , tabaquismo o consumo de narcóticos (pueden dificultar la administración de la anestesia o la curación de heridas)
- Consumo de ciertos medicamentos recetados
- Embarazo
- Cirugía abdominal previa <sup>(28)</sup> <sup>(29)</sup>

# METODOLOGIA

## **Tipo de Estudio**

Descriptivo, de corte transversal

## **Lugar y Periodo de Estudio**

Se realizó en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera “La Mascota” en el periodo comprendido del 1 de Enero 2010 al 31 de Diciembre 2015.

## **Universo**

Nuestro Universo estuvo conformado por 110 pacientes con diagnóstico de quiste de ovario que fueron ingresados en el servicio de cirugía durante el periodo establecido del estudio.

## **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 41 niñas intervenidas quirúrgicamente por quiste de ovario.

## **Muestreo**

No Probabilístico, por conveniencia.

## **Fuente**

La fuente de información fue de tipo secundaria a través de fichas epidemiológica, revisión de expedientes clínicos.

## **Criterios de Inclusión**

1. Pacientes con diagnóstico de quiste de ovario funcional.
2. Con edad menor a 15 años.
3. Paciente con expediente clínico completo.
4. Pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestra unidad, con el diagnóstico de quiste de ovario funcional.

### **Criterios de exclusión**

1. Pacientes mayores de 15 años.
2. Paciente con expediente clínico incompleto.
3. Paciente intervenido en otra unidad de salud por quiste de ovario funcional.
4. Pacientes que no fueron intervenidas quirúrgicamente.

### **Instrumento de recolección**

Se utilizó una ficha de recolección de datos conteniendo preguntas previamente elaborada con las variables: edad, procedencia, estado nutricional, manifestaciones clínicas y medios diagnósticos, indicación de cirugía, técnica quirúrgica , complicaciones y evolución del paciente.

### **Procesamiento y Análisis de la información**

Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos en el programa EPI Info. Versión 7 para su análisis se utilizó la distribución de frecuencia y porcentaje. Estos se presentan a través de tablas.

### **Aspectos éticos**

Dado que la información fue obtenida de fuente secundaria y no se interactuó directamente con los pacientes, no fue necesario llenar consentimiento informado

## Operacionalización de las variables

Para caracterizar a las niñas con quiste de ovario.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
Edad	Cantidad de tiempo desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Expediente Clínico	Años	5 a 7 años 8 a 11 años 12 a 15 años
Procedencia	Lugar de origen del paciente.	Expediente Clínico	Urbano Rural	-----
Estado Nutricional	Proceso biológico por el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales	Expediente Clínico	Bajo Peso Eutrófico Sobrepeso Obesidad	-----

Para identificar las principales manifestaciones clínicas así como los medios diagnósticos utilizados en las niñas con quiste de ovario.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
Síntomas	Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad	Expediente Clínico	Dolor abdominal. Nauseas Vómitos Fiebre	-----
Signos	Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica	Expediente Clínico	Irritación Peritoneal. Masa Palpable	-----
Hallazgos Radiológicos	Estudios de imagenología por Ultrasonido	Reporte de Imagenología	Dimensión	5 a 8 cm 8 a 10 cm > de 10 cm
Hallazgos Radiológicos	Estudios de imagenología por Ultrasonido	Reporte de Imagenología	Torsión de Ovario. Ovario Hemorrágico. Ovario Quístico Roto	-----

Para señalar las indicaciones quirúrgicas, técnica quirúrgica y complicaciones quirúrgicas en las niñas con quiste de ovario.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
Indicación de Cirugía	Conjunto de Hallazgos clínicos y radiológicos que orienten hacia una intervención quirúrgica de urgencia o programada	Expediente Clínico	Urgencia Programada	-----
Técnica Quirúrgica	Medio quirúrgico utilizado con el fin de resolver un problema quirúrgico	Expediente Clínico	Laparoscopia Convencional Laparotomía	-----
Complicación Quirúrgica	Cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico	Expediente Clínico	Infección del sitio quirúrgico. Dehiscencia de herida. Peritonitis. Hemorragia	-----

Para especificar la evolución de las niñas con quiste de ovario.

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
Evolución	Curso del razonamiento clínico, la conclusión diagnóstica, el tratamiento empleado y la evolución del enfermo	Expediente Clínico	Alta Fallecido	-----

## RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal de las niñas que fueron intervenidas por quiste de ovario en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera en un periodo de 5 años, de 110 niñas con el diagnóstico de quiste de ovario y aplicando los criterios de inclusión se obtuvo una muestra de 41 niñas con los siguientes resultados.

Dentro de las características generales de las pacientes, la edad que más se vio afectada fue de 12 a 15 años con un 74% (30), seguido de las que presentaron una edad promedio de 8 a 11 años con el 19% (8) y por último de 5 a 7 años con un 7% (3), la procedencia de estas niñas fue en su mayoría del área urbana en el 90% (37) y del área rural solo el 10% (4), en relación al estado nutricional se encontró que la mayor cantidad de niñas presentó un peso adecuado a su edad es decir el 90% (37) eran eutróficas, solamente el 7% (3) presentaron desnutrición y 3% (1) sobrepeso.

Dentro de las manifestaciones clínicas presentadas por las niñas obtuvimos que el 100% (41) presentaron como principal síntoma el dolor abdominal, los vómitos se asociaron en un 27% (11), la aparición de fiebre al ingreso fue en un 17% (7) y las náuseas se observó en el 15% (6), mientras la dismenorrea solamente se presentó en un 2% (1) del total de pacientes en estudio. El signo que predominó en la revisión fue la irritación peritoneal con el 17% (7) y la masa palpable solo fue registrada en el 10% (4).

A la mayoría de estas niñas intervenidas quirúrgicamente por quiste de ovario se les realizó ultrasonido pélvico – abdominal en un 78% (32) y solo al 22% (9) no se les realizó ultrasonido como parte del manejo al ingresar al hospital; dentro del reporte emitido por el radiólogo en relación al tamaño del quiste de ovario,



observamos que el 42% (17) presentaron un quiste con medida entre 5 a 8 cm, seguido de las que presentaron quistes de ovario con medidas de 8 a 10 cm para un 29% (12) y por último los quistes mayores de 10 cm se registró en el 7% (3).

Esta patología puede presentarse de manera ya complicada, a como lo reportan los resultados de ultrasonido que reporta la presencia de ovario quístico hemorrágico en el 7% (3) y la torsión de ovario por la presencia del quiste, así, como la rotura del mismo solo se reporta en el 2% (1) de los casos respectivamente.

Se determinó cuál fue la indicación quirúrgica de estas pacientes, encontrando que en su mayoría la cirugía se realizó de manera programada en un 68% (28) y de urgencia solo fueron 32% (13) y dentro de la indicación de urgencia observamos que el 22% (9) fue un hallazgo incidental, el 8% (3) presentaron peritonitis y solo el 2% (1) torsión de ovario.

La técnica quirúrgica más utilizada fue vía laparoscópica en el 46% (19) y la convencional se realizó en el 32% (13) y la laparotomía se realizó en un 22% (9).

Durante la intervención quirúrgica se encontró que el ovario más afectado fue el derecho con el 73% (30), seguido del ovario izquierdo con el 22% (9) y la afectación bilateral solo se presentó en el 5% (2).

No se reportaron muchas complicaciones, sin embargo la que predominó fue la hemorragia en el 5% (2) y la infección del sitio quirúrgico solo se presentó en el 2% (1), así, como también la dehiscencia de la herida y la peritonitis que solo fue reportada en el 2% (1) respectivamente.

En relación a la evolución de las niñas con quiste de ovario observamos que el 100% (41) tuvieron una buena evolución y fueron dadas de alta en su totalidad, no se reportaron fallecidos por esta patología.

## ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Los quistes funcionales que incluyen los quistes foliculares, ocurren por un fallo en la ovulación o en la involución de un folículo maduro, y los quistes del cuerpo lúteo, resultan de un fallo en la reabsorción del cuerpo lúteo o por un sangrado excesivo dentro del mismo, en ocasiones producen sintomatología de abdomen agudo inflamatorio y puede originar complicaciones médicas y quirúrgicas, se realizó una evaluación de las niñas con quiste de ovario funcional en nuestro hospital obteniendo los siguientes resultados:

Observamos que la edad que se vio afectada fue las niñas adolescentes con edades promedio de 12 a 15 años que reflejaron el 74% del total de los pacientes en estudio, seguido por las niñas de 8 a 11 años con un 19%, esto se relaciona con los estudios presentados en donde se describe que la afectación es en su mayoría en las niñas prepuberales, esto se debe a que si el folículo no logra abrirse y liberar un óvulo, el líquido permanece dentro del folículo y forma un quiste. La mayoría de estas niñas el 90% eran procedentes del área urbana, esto está relacionado con la localización de la institución, siendo esta una patología que no necesariamente debe ser de resolución en un Hospital de referencia nacional como el nuestro, es de esperar que la mayoría de la población que acude sea de la misma zona en que se encuentra el Hospital, además se pudo constatar que el 90% de las niñas intervenidas se encontraban en rangos aceptables para su edad en relación a su estado nutricional (eutrófica) esto significa que a como señalaremos más adelante el estado nutricional no intervino en la formación del mismo, ni afecto la evolución de las niñas en el presente estudio.

El síntoma predominante y el motivo de consulta fue el dolor abdominal en un 100%, seguido de vómitos en el 27%, observamos también la presencia de fiebre en un 17%, esto pudo ser una influencia en los médicos examinadores que

tomaron la decisión de intervenir algunos casos sin tener previamente el diagnóstico de quiste de ovario.

Llama la atención que la dismenorrea señalada como síntomas de la afectación ovárica solo fue reportada en un 2%. El signo de relevancia que se presentó fue la irritación peritoneal en un 17%. La masa palpable solo fue descrita en el 10% de los casos, seguramente como resultado de un examen físico minucioso y bien realizado.

Con respecto a la realización de ultrasonido al 78% de nuestras niñas se le realizó ultrasonido abdomino pélvico sin embargo existe un porcentaje de niñas 22% a las cuales no se les realizó ultrasonido previo a la intervención quirúrgica, ya que fueron ingresadas con el diagnóstico de un abdomen agudo de tipo inflamatorio y la aparición del quiste fue un hallazgo incidental. Lo establecido en los estudios consultados en el manejo quirúrgico de los quistes de ovario es probablemente una decisión difícil para el cirujano, ya que esto implica tener en cuenta la sintomatología presentada por el paciente y los hallazgos ultrasonográficos.

En relación al tamaño de los quistes ováricos se observó que la mayoría las pacientes presentaron quistes ováricos de 5 a 8 cm en un 42%, seguido de las que presentaron un volumen de 8 a 10 cm en un 29% y solamente el 7% se observó quistes gigantes de más de 10cm. Tomando en consideración esto se ha descrito que los quistes de gran tamaño están propensos a torsionarse o sufrir ruptura y afectar la funcionabilidad del ovario. En la edad pediátrica se considera que los quistes de ovario mayor de 6 cm tienen mayor riesgo de torsión, esto sumado a la presencia de sintomatología, se ha convertido en criterios para realizar una intervención quirúrgica temprana. Millar en su estudio de US de pacientes con quistes simples de ovario establece que los quistes ováricos uniloculares pequeños de menos de 1 cm de diámetro se encuentran en hembras pre púberes con una frecuencia de 2-5 % y que estos no son clínicamente significativos. Los quistes ováricos uniloculares menores de 5 cm se pueden

seguir de forma conservadora con vigilancia de ultrasonido hasta la regresión, sin un riesgo importante de torsión. <sup>(6)</sup>

Durante el rastreo ultrasonografico se encontraron complicaciones asociadas a los hallazgos en relación al quiste de ovario, 7% presentaban hemorragias internas al quiste y el 2% presento torsión ovárica, así como rotura del ovario en el mismo 2%.

La indicación para realizar la intervención quirúrgica en relación a la resección del quiste de ovario observamos que en el 68% de los casos se realizó la intervención de forma programada y solo en el 32% se realizó de urgencia, agregando que dentro de las urgencias fueron intervenidas por otro motivo, es decir, fueron ingresadas a sala de operaciones como abdomen agudo inflamatorio (proceso apendicular), en el 22% de las niñas intervenidas de forma urgente el hallazgo de quiste de ovario fue de manera incidental, 8% fueron intervenidas por encontrar signos de irritación peritoneal y 2% por torsión de ovario ya establecido por estudios ultrasonografico. De manera general se está realizando un buen abordaje de las niñas con quiste de ovario, ya que esta patología debe solucionarse de forma programada y no de urgencia, y en lo posible realizarse vía laparoscópica o en su defecto si no se cuenta con la torre laparoscópica a través de cirugía convencional y siempre programada.

La cirugía de elección debe ser la menos invasiva y la que presente menor complicación, así como también la que permita un estancia intrahospitalaria menor para el paciente, la que cumple con estas características es la cirugía laparoscópica la que se realizó en el 46% de los casos, mas sin embargo, si no se cuenta con el equipo disponible para realizar la misma, es aceptada y con muy buenos resultados la cirugía convencional (Pfannenstiel) estas se realizó en el 32% de los casos y solo al 22% se le realizo laparotomía de urgencia por lo explicado anteriormente.

El ovario que se afectó con mayor frecuencia fue el derecho en un 73% y solamente en el 22% se vio involucrado el ovario izquierdo, la afectación bilateral solo se reportó en el 5%.

Las complicaciones relacionadas a la intervención quirúrgica fueron muy escasas presentando en el 5% casos hemorragia posterior a la cirugía la cual no necesito re-intervención quirúrgica, ni presento alteración hemodinámica de las pacientes, en consiguiente fueron manejados de manera conservadora sin ningún tipo de consecuencia, el 2% presento infección del sitio quirúrgico tratándose igualmente de forma conservadora y únicamente retraso el alta del paciente, el 2% presento dehiscencia de la herida quirúrgica la cual fue manejada con cierre por segunda intención y esta y la fue menor del 10%. Todos los pacientes tuvieron una evolución satisfactoria y fueron dados de alta entre 1 a 5 días, con seguimiento por la consulta externa sin ningún tipo de complicación tardía reportada hasta el momento.

## CONCLUSIONES

1. La edad que predominó fue de 12 a 15 años, su mayoría eran procedentes del área urbana y la mayoría tenían un estado nutricional eutrófico.
2. El síntoma principal fue el dolor abdominal, el signo más encontrado fue la irritación peritoneal, el ultrasonido se realizó en la mayoría de las niñas y las medidas de los quistes de ovario que predominó fue de 5 a 8cm, el hallazgo de complicación reportada por ultrasonido fue el quiste hemorrágico.
3. La cirugía programada fue la principal indicación quirúrgica, la técnica principal empleada fue laparoscópica y el ovario que se vio mayor afectado fue el derecho.
4. Se presentaron escasas complicaciones quirúrgicas entre la que más destacó fue la hemorragia post quirúrgica y todas las pacientes fueron dados de alta.

## RECOMENDACIONES

1. Continuar con estudios acerca del manejo y evolución de las niñas con quiste de ovario, para iniciar la realización de normativas y protocolos que permitan mejorar el diagnóstico y abordaje de estas pacientes.
2. Educación continua al personal médico quirúrgico de la realización de un examen clínico exhaustivo que permita diagnosticar la presencia de quiste de ovario, evitando cirugía de urgencia que pueden traer complicaciones quirúrgicas y médicas.
3. Promover el abordaje quirúrgico vía laparoscópica en el 100% de los casos de ser posible, entrenando al personal médico quirúrgico.
4. Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades Universitarias , Subdirecciones Docentes de las Unidades de Salud , Unidad Docente del Ministerio de Salud, autoridades del Ministerio de Salud con el fin de dar a conocer nuestra experiencia en nuestro país.

## Bibliografía

1. **Molina, Valenzuela E.** *tumores del aparato genital de la niña y la adolescente.* 2003.
2. **Goldstein, EMans Laufer.** *Tumores Ovaricos benignos y malignos en niñas y la adolescente.* Mexico : McGraw Hill interamericana, 2000. págs. 423 - 440.
3. **M, Alejandro.** *Quistes del ovario.* s.l. : Gineco Salud, 2012.
4. **Rafaela, Schiavon Ermani.** *La patologia ginecologica mas frecuente en pediatria.* Mexico : Acta pediatrica, 1996.
5. **Green JL, Maxon WS.** *Ovarian Tumors in children and adolescent.* 2007. pág. 607.
6. *Prepubertal ovarian cyst formation 5 year experience.* **JM, Millar DM Blake.** 1993, pág. 434.
7. **ML, Brandt.** *Ovarian cysts in infants and children.* s.l. : Semin Pediatric Surg, 2005.
8. *Normal Ovaries in neonates and infants :A sonographic study of 77 patients 1 day to 24 months old.* **Cohen HL, Shapiro MA.** 583 -586, s.l. : AJR AM Roentgenol, 1993.
9. *conservative vs surgical treatmentfor complex neonatal ovaroan cyst.* **Enriquez G Duran C, Toran N.** 501-508, s.l. : AJR Am J Roentgenol, 2005.
10. *Neonatal ovarian cyst management and follow up .* **P, Luzzato C Midrio.** 56-59, s.l. : Pediatric surg int, 2000.
11. **Templeman C, Fallat ME.** *Non Inflammatory ovarian masses in girls and young women.* s.l. : Obstetric Gynecol, 2000. págs. 229 - 233.
12. **Rodriguez GR, Lomeli RM.** *Diagnostico prenatal de quiste de ovario fetal yresolucion espontanea posnatal.* Mexico : Gineco Obstetricia, 2000. págs. 349-352.



13. **Rivera, Hospital Manuel de Jesus.** *informe anual de consultas por emergencia.* Managua : s.n., 2015.
14. **Sogia.** *Profile of gynecol obstetricsconsultations of youngs girls and adolescent.* s.l. : Medical Center, 2007. págs. 63- 74. Vol. 14.
15. *Tumores Funcionales de Ovario.* **Norris HJ, Chorlton L.** 185 - 224, 1994.
16. *algunos resultados de la consulta infanto juvenil.* **Lugones Botel, M Prado.** La Habana : Revista cubana de obstetricia, 2001, Vol. 27.
17. **Cordoba A, Reyes G.** *Tumor de la granulosa del ovario.* 1999. págs. 151 -54.
18. *Tumor de celulas de la granulosa ovarico juvenil.* **Perez ME, Garcia J.** 2006, Vol. 29, págs. 299 -303.
19. **Shumer ST, Cannistra S.** Granulosa Cell Tumor of the ovary. 2003, 1180-92.
20. *Therapy of advanced ovarian juvenile granulosa cell tumors.* **Schneider DT, Calaminus G.** s.l. : Klin Pediatric, 2002, Vol. 214, págs. 173 -78.
21. **A, Gershenson DM Malpica.** *Ovarian intraepitelial neoplasia and ovarian cancer.* s.l. : Obstet Gyn Clin NA, 2006. págs. 475 -573.
22. *Ovarian Mucinous carcinoids including some with a carcinomatous component .* **Baker PM, Oliva G.** 557 -568, s.l. : Surg Pathol, 2001.
23. **Cuello M, Merino P.** *Tumor de celulas de la granulosa del ovario.* Santiago : Revista CHilena de ginecologia y obstetricia, 2003. págs. 1-29.
24. **Schorge John, Hoffman Barbara L.** *Ginecologia de Willian (sindrome de ovario poliquistico e hiperandrogenismo).* Dallas Texas : McGraw Hill, 2008. págs. 383 -390. Vol. 1.
25. **Anderson PW, Penny R.** *Secretion of prorrenin by virilizing ovarian tumor.* s.l. : Ginecol Oncol, 1992. págs. 58-61.
26. *Revista chilena de radiologia.* **Isabell, Fuente Alba.** Santiago de Chile : s.n., 2006, Vol. 12, págs. 15 -20.

27. *Management of the anexal mass.* **Liu JH, Zanotti KM.** s.l. : Obstet Ginecol, 2011, págs. 1413 -28.
28. **Shorge Jhon, Hallvorson Lisa M.** *Ginecologia de Willian (Tumoraciones ovaricas quisticas).* Mexico DF : McGraw-Hill, 2008. págs. 211-215.
29. **S, Santi Estevan.** *Rigol (Tumores de Ovario).* La Habana : Ciencias Medicas, 2004. págs. 317-328.

# ANEXOS

Tabla 1. Características generales de las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
5 a 7 años	3	7
8 a 11 años	8	19
12 a 15 años	30	74

  

<b>Procedencia</b>		
Rural	4	10
Urbano	37	90

  

<b>Estado Nutricional</b>		
Bajo Peso	3	7
Eutrófico	37	90
Sobrepeso	1	3
Obesidad	0	0

No = 41

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 2. Signos y Síntomas presentados por las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

<b>Síntomas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Dolor Abdominal	41	100
Nauseas	6	15
Vómitos	11	27
Dismenorrea	1	2
Fiebre	7	17

### **Signos**

Irritación Peritoneal	7	17
Masa Palpable	4	10

No= 41

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 3. Hallazgos Ultrasonograficos encontrados en las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

<b>Ultrasonido</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	32	78
No	9	22
<b>Medidas por Ultrasonido del Quiste</b>		
5 a 8 cm	17	42
8 a 10 cm	12	29
Mayor de 10 cm	3	7
<b>Otros hallazgos por ultrasonido</b>		
Torsión de Ovario	1	2
Quiste de Ovario Hemorrágico	3	7
Ovario Quístico Roto	1	2

No = 41

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4. Indicación quirúrgica de las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

<b>Indicación quirúrgica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Urgencia</b>	13	32
<b>Programada</b>	28	68

No = 41

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4.1 Indicación quirúrgica de las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente de urgencia en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

<b>Indicación Quirúrgica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Urgencias</b>		
Torsión de ovario	1	2
Peritonitis	3	8
Hallazgo incidental	9	22
<b>Total</b>	13	32

No = 41

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 5. Técnica Quirúrgica empleada en las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

Técnica Quirúrgica	No	Porcentaje
Laparoscópica	19	46
Convencional	13	32
Laparotomía	9	22

No = 41

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 6. Hallazgos transquirurgicos en las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje
<b>Transquirurgicos</b>		
Quiste de Ovario Derecho	30	73
Quiste de Ovario Izquierdo	9	22
Quiste de Ovario Bilateral	2	5

No =41

Fuente: Expediente Clínico



Tabla 7. Complicaciones quirúrgicas presentadas en las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

<b>Complicación Quirúrgica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Infección del sitio quirúrgico	1	2
Dehiscencia de la herida	1	2
Peritonitis	1	2
Hemorragia	2	5

No = 41 Fuente: Expediente Clínico

Tabla 8. Evolución de las niñas con quiste de ovario que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el Periodo comprendido de Enero del 2010 a Diciembre del 2015.

<b>Evolución</b>	<b>No</b>	<b>Porcentaje</b>
Alta	41	100
Fallecido	0	0

No = 41 Fuente: Expediente Clínico

## Ficha recolectora de datos

Comportamiento clínico y quirúrgico de las niñas con quistes de ovario atendidas en el departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera. 01 Enero del 2010 a 31 diciembre del 2016.

### Características generales.

- a) Edad: \_\_\_\_\_
- b) Procedencia: \_\_\_\_\_
- c) Estado Nutricional:
  - 1. Bajo Peso: \_\_\_\_\_
  - 2. Eutrofico: \_\_\_\_\_
  - 3. Sobrepeso: \_\_\_\_\_
  - 4. Obeso: \_\_\_\_\_

### Manifestaciones clínicas.

#### Síntomas

- a) Dolor Abdominal: \_\_\_\_\_
- b) Nauseas: \_\_\_\_\_
- c) Vómitos: \_\_\_\_\_
- d) Fiebre: \_\_\_\_\_
- e) Dismenorrea: \_\_\_\_\_

#### Signos

- a) Irritación Peritoneal: \_\_\_\_\_
- b) Masa Palpable: \_\_\_\_\_

## Hallazgos Radiológicos

Ultrasonido Pélvico: Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Medidas de masa anexial:

5 a 8 cm: \_\_\_\_

8 a 10 cm: \_\_\_\_

Mayor de 10 cm: \_\_\_\_

Quiste de Ovario Complicado

a) Torsionado: \_\_\_\_

b) Hemorrágico: \_\_\_\_

c) Roto: \_\_\_\_

## Indicación de Cirugía y Técnica Utilizada

**Indicaciones de Cirugía:**

Urgencia: Si: \_\_\_\_ no \_\_\_\_

a) Peritonitis: \_\_\_\_

b) Torsión Ovárica: \_\_\_\_

c) Hallazgo incidental: \_\_\_\_

Programada: Si: \_\_\_\_ no \_\_\_\_

**Técnica Quirúrgica Utilizada**

a) Laparoscópica: \_\_\_\_

b) Convencional (pfannenstiel): \_\_\_\_

c) Laparotomía: \_\_\_\_

Hallazgos Transquirurgicos

a) Quiste de Ovario Derecho: \_\_\_\_

b) Quiste de Ovario Izquierdo: \_\_\_\_

c) Quiste de Ovario Bilateral: \_\_\_\_

### **Complicaciones relacionadas a la intervención quirúrgica**

- a) Infección del sitio quirúrgico: \_\_\_\_\_
- b) Dehiscencia de la herida: \_\_\_\_\_
- c) Peritonitis: \_\_\_\_\_
- d) Hemorragia: \_\_\_\_\_

### **Evolución**

- a) Alta: \_\_\_\_\_
- b) Fallecido: \_\_\_\_\_