

R. 29.668

T.D.
M/178

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA

Cátedra de Obstetricia y Ginecología

Prof. Dr. Sánchez Ramos J.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE MEDICINA

148

195

J. Sánchez Ramos

CONTRIBUCION DE LA ECOGRAFIA AL DIAGNOSTICO
DE LA PATOLOGIA ANEXIAL



Tesis presentada por el Licenciado
Don Joaquín José Muñoz Jiménez,
para aspirar al grado de Doctor.

J. Muñoz Jiménez

Sevilla, a 11 de Noviembre de 1991

Facultad de Medicina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología

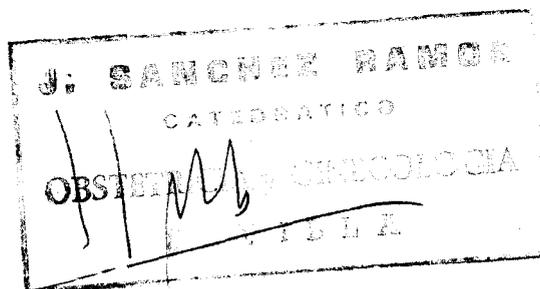
Prof. Jesús Sánchez Ramos
Sevilla

JESUS SANCHEZ RAMOS, CATEDRATICO NUMERARIO
Y JEFE DE SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA.



C E R T I F I C A :

Que el trabajo titulado " CONTRIBUCION DE LA ECOGRAFIA AL DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA ANEXIAL", ha sido realizado personalmente, y bajo mi Dirección, por Don JOAQUIN J. MUÑOZ JIMENEZ, Médico adjunto de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena, y como Director puedo acreditar que dicho trabajo reúne las condiciones de originalidad y rigor que son necesarias para optar al grado de Doctor.



Y para que conste, expido el presente
en Sevilla, a 11 de Noviembre de 1991.

DEDICATORIA.

A mi Familia

AGRADECIMIENTOS.

Al Director de ésta Tesis, Prof. Dr. Don. Jesús Sánchez Ramos.

A mi Jefe de Servicio y Maestro, Prof. Dr. Don. Manuel López de Uralde.

A mis compañeros, Drs: Morón del Valle, Nieto Martín, y Tirado Ruiz.

A los Drs. Sobrino y Duran de Vargas, por su ayuda en los estudios estadísticos.

A todos los que de alguna forma, colaboraron en llevar a cabo ésta tesis.

INDICE

	PAG.
I.- INTRODUCCION	1
I.1.- Tipos de Patología Anexial. (Conceptos)	2
I.1.1.- Procesos inflamatorios.	3
I.1.2.- Endometriosis.	3
I.1.3.- Embarazo ectópico.	4
I.1.4.- Tumores anexiales.	4
I.2.- Importancia de la Patología Anexial.	4
I.2.1.- Frecuencia.	5
I.2.1.1.- Procesos inflamatorios.	5
I.2.1.2.- Endometriosis.	7
I.2.1.3.- Embarazo ectópico.	8
I.2.1.4.- Tumores anexiales.	10
I.2.2.- Dificultades diagnosticas.	17
I.2.2.1.- Procesos Inflamatorios.	17
I.2.2.2.- Endometriosis.	18
I.2.2.3.- Embarazo ectópico.	18
I.2.2.4.- Tumores anexiales.	20
I.2.3.- Morbimortalidad.	25
I.2.3.1.- Procesos Inflamatorios.	26
I.2.3.2.- Endometriosis.	29

	PAG.
I.2.3.3.- Embarazo ectópico.	30
I.2.3.4.- Patología Tumoral Anexial.	32
I.3.- La ECOGRAFIA, como método diagnóstico.	37
I.3.1.- Concepto.	37
I.3.2.- Historia.	37
I.3.3.- Principios y fundamentos de la ECOGRAFIA en el Diagnóstico Médico.	40
I.3.3.1.-Concepto y Clasificación de los Ultrasonidos. Efecto Piezoelectrico.	40
I.3.3.2.-Reflexión,Refracción,Impedancia.	41
I.3.3.3.-Características de la Onda Ultrasónica.	42
I.3.3.4.-MODOS o Formas de Registro de los Ecos.	44
I.3.4.- Técnicas de Exploración Ecografica Pelvica.	45
I.3.5.- Imágenes Ecograficas.	46
I.3.6.- Ventajas e Inconvenientes sobre otros métodos.	48
I.3.7.- Anatomía Ecografica de la Pelvis femenina.	50
I.3.7.1.- Estructuras musculares de la Pelvis.	51
I.3.7.2.- Utero.	52
I.3.7.3.- Vagina.	53
I.3.7.4.- Ovarios.	53
I.3.7.5.- Otras estructuras Pélvicas.	55
II.- HIPOTESIS DE TRABAJO.	64
III.- MATERIAL Y METODO.	63
III.1.- MATERIAL.	64

	PAG.
III.1.1.- MATERIAL TECNICO. (medios empleados).	65
III.1.2.- POBLACION.(CASUISTICA).	74
III.2.- METODO.	110
III.2.1.- CLASIFICACION DE LA MUESTRA.	111
III.2.1.1.- Diagnósticos de sospecha Clínicos.	111
III.2.1.2.- Diagnósticos de sospecha Ecograficos.	113
III.2.1.3.- Diagnósticos intraoperatorios.	115
III.2.1.4.- Diagnósticos Anatomo-Patológicos.	116
III.2.2.- METODO ESTADISTICO.	125
IV.- RESULTADOS.	130
IV.1.- Hallazgos en los Motivos de Consulta.	131
IV.2.- Diagnósticos de sospecha Anamnesis y Exploración.	140
IV.3.- Diagnósticos de sospecha ECOGRAFICOS.	148
IV.4.- Diagnósticos intraoperatorios.	153
IV.5.- Diagnósticos Anatomo-Patológicos.	158
IV.6.- Valoración Estadística y Correlaciones.	166
V.- DISCUSION.	182
V.1.- Hallazgos Ecograficos en Patología Anexial.	183
V.1.1.- Patología Anexial inflamatoria.	183
V.1.2.- Endometriosis.	185
V.1.3.- Embarazos Ectópicos.	186
V.1.4.- Patología Tumoral Anexial.	189

	PAG.
V.2.- Análisis de los resultados.	194
V.2.1.- Diagnosticos Ecograficos de Anexitis.	194
V.2.2.- Diag. Ecograficos de Endometriosis.	198
V.2.3.- Diag. Ecograficos de Emb.Ectópicos.	200
V.2.4.- Diag. Ecograficos de Tumores Anexiales.	204
VI.- CONCLUSIONES.	207
VII.- RESUMEN.	214
VIII.- ICONOGRAFIA.	220
VIII.1.- Imágenes del Aparato Genital Normal.	221
VIII.2.- Imágenes de Patología Anexial.	225
VIII.2.1.- Procesos inflamatorios.Anexitis.	226
VIII.2.2.- Endometriosis.	230
VIII.2.3.- Embarazos Ectópicos.	234
VIII.2.4.- Patología Tumoral Anexial.	237
VIII.2.4.1.- Patología Tumoral Bemigna.	238
VIII.2.4.2.- Patología Tumoral Maligna.	242
VIII.2.4.3.- Estados Semejantes a Tumor.	246
VIII.2.5.- Errores diagnósticos frecuentes.	249
IX.- BIBLIOGRAFIA.	258

**CONTRIBUCION DE LA ECOGRAFIA AL DIAGNOSTICO
DE LA PATOLOGIA ANEXIAL**

I.- INTRODUCCION

I.- INTRODUCCION.

El interés por la Patología Anexial, se debe en general a su Frecuencia y alto índice de Morbimortalidad y también, como sucede en las Neoplasias Malignas, a la necesidad de un diagnóstico precoz que permita una terapéutica eficaz.

I.1.- TIPOS DE PATOLOGIA ANEXIAL

En la Patología Anexial, existen cuatro parcelas bien definidas y diferentes, pero todas importantes, por la dificultad en establecer un diagnóstico precoz que evite las secuelas posteriores que de estas enfermedades se derivan y en otros casos incluso la muerte. Se trata de los PROCESOS INFLAMATORIOS PELVICOS, (EPI, Enfermedad Pélvica Inflamatoria,

o Anexitis), ENDOMETRIOSIS, EMBARAZOS ECTOPICOS, y la PATLOGIA TUMORAL ANEXIAL.

I.1.1.- Procesos Inflamatorios.

A estos procesos, los podemos clasificar atendiendo a su Etiología, Gonococicos, por Clamidias, Tuberculosos, etc., según las estructuras afectadas, en Endometritis, Salpingitis, Ooforitis o según la duración y evolución del proceso, en Agudos y Crónicos.

I.1.2.- Endometriosis.

La localización normal del tejido endometrial, es el recubrimiento de la cavidad uterina, desde el orificio cervical interno hasta fondo. Al crecimiento o desarrollo anatómico de tejido endometrial, fuera de dicha cavidad y que a su vez se comporta funcionalmente como tal, es al proceso que denominamos Endometriosis y si penetra en el Miometrio, le llamamos Endometriosis interna o Adenomiosis.(1,2).

Sus localizaciones más frecuentes son: Ovarios, Utero, Trompas, Ligamentos uterinos, Peritoneo pélvico y otras menos frecuentes, las vías urinarias,(3,4,5). Generalmente, afectan a los Ovarios y cuando aumentan de tamaño los focos endometrioticos, se hacen quisticos, formando los llamados ENDOMETRIOMAS o Quistes de Chocolate.

I.1.3.- Embarazo Ectópico

Recibe éste nombre la gestación, cuando el huevo fecundado se ha implantado fuera del útero, (en la cavidad abdominal, Trompas, Ovarios, Cuello uterino), y esto ocurre, siempre que encuentra un lugar, con una adecuada reacción decidual, que le permita anidar.

Las causas de la implantación ectópica del huevo fecundado, se deben a distintos factores, que obstaculizan su camino desde las Trompas al útero y que más adelante veremos.

I.1.4.- Tumores Anexiales

Incluimos en éste apartado, las formaciones tumorales ováricas, tubáricas, y del paraovario, tanto benignas como malignas y aquellos quistes funcionales del Folículo, del Cuerpo Luteo y Teca-Luteínicos, denominados "Estados semenjantes a Tumor" e incluidos en el grupo IX de la Clasificación histológica internacional de los tumores de la Figo.(6).

I.2.- IMPORTANCIA DE LA PATOLOGIA ANEXIAL

Esta se debe fundamentalmente a : La Frecuencia con que se presenta, a las dificultades diagnosticas que entraña y como consecuencia de ello, a su alto índice de

morbimortalidad.

I.2.1.- Frecuencia

Una de las principales causas que justifican, el que no ocupemos de éste tema, es la incidencia cada vez mayor de la Patología Anexial, en la consulta del Ginecólogo.

I.2.1.1.- Procesos inflamatorios

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica, (E.I.P), se presenta hoy día con mucha más frecuencia de la que sería de desear, pero hay que tener en cuenta por otra parte, que el desarrollo cultural de los Pueblos, lleva consigo un aumento de la libertad sexual, y esto supone un importante incremento de las enfermedades que se transmiten por ésta vía.(7).

Igualmente, en mujeres portadoras de Dispositivos Intrauterinos, método anticonceptivo de creciente utilización, se ha observado que la frecuencia con la que desarrollan una enfermedad inflamatoria anexial, es de tres a nueve veces mayor, si se comparan las usuarias del D. I. U. con las que toman anticonceptivos orales o con aquellas que no utilizan método alguno.(8).

WRIGHT y LAENLE.(9), encuentran una frecuencia de 6.6 % de E.I.P en portadoras de D.I.U., mientras que en las

no portadoras de este método anticonceptivo, era del 1.6 %. En estos mismos estudios, realizados en una población de mujeres negras en Georgia, encontraron una frecuencia de 6.5 veces mayor de gonococias entre las que utilizaban dicho método.

ESCHENBACH, HOLMES y HANDSFIELD, (10,11,12), dicen que del 5 - 10 %, de los motivos de ingreso y consulta en dos Hospitales de los E.E. U.U. de América en 1975, fueron por procesos inflamatorios y de estos, del 40 -50 % se debían a infección Gonococica.

En una encuesta realizada en un Departamento del sur de Francia, por el I.N.S.E.R.M., y dirigida por SIBOULET y CATALAN (13), en 1980, llegaron a la conclusión de que en dicho país había unos 500.000 casos de Gonococia al año y que la edad más afectada era entre los 20 y 25 años, siendo la infección latente en la mujer, en ocho casos de cada diez y uno de cada veinte y cinco en el hombre.

Según DEXEUS (14), del 6 - 10 % de las pacientes que acudían al consultorio de esterilidad, en 1965, eran Tuberculosas, afectando normalmente a mujeres jóvenes.

STAMBOLOV y POPOV, (15), En 1986, después de hacer un estudio retrospectivo de 529 pacientes con EPI, dicen que el grupo de máximo riesgo de padecer esta enfermedad, está constituido por mujeres muy jóvenes, pacientes sometidas a

manipulaciones intrauterinas, y usuarias de DIU.

En un Simposio internacional celebrado en la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, el 20 de Marzo de 1991, sobre E.I.P.(16), la mayoría de los ponentes coincidieron en que el aumento de ésta patología era debido a un incremento de la promiscuidad sexual,(7), una practica más extendida de la contracepción y un mayor numero de operaciones ginecológicas que conllevan secuelas Yatrogénicas y cada vez en menos frecuencia por un parto o un aborto. En cuanto a los gérmenes causantes, los más frecuentes son Neisseria Gonorrhoeae y C. Trachomatis, si bien han observado una creciente incidencia de Mycoplasma.(17).

I.2.1.2.- Endometriosis

Los focos ectópicos de glándulas y estroma endometrial, suelen tener generalmente una localización anexial, en trompas, ovarios y peritoneo pélvico, aunque como ya comentábamos antes, podemos encontrarlos en otras localizaciones como son, las vías urinarias.(3,4,5). Su mayor incidencia, entre los 30 y 45 años y en mujeres estériles, ya que la Endometriosis, aunque sea leve, es una de las causas más frecuentes de esterilidad.(18)

Hasta hace pocos años, rara vez se llegaba a un diagnostico y era casi siempre un hallazgo intraoperatorio. Se

encontraba Endometriosis en un 10-26 %, de la laparotomias o laparoscopias exploradoras de los ginecólogos (19), en un 11% de las piezas operatorias enviadas a laboratorio y en el 12 % de las autopsias. Jeffcoate (20).

FRIEDMAN y otros, (21), encuentran ésta patología como causa asociada de infertilidad, en el 40% de los casos y como factor único, en el 15 %.

I.2.1.3.- Embarazo Ectópico.

Aunque se puede encontrar ésta patología, a lo largo de toda la vida fértil de la mujer, para CLARKE Y JONES (22), se presenta con más frecuencia, de los 25 a los 35 años y ésta, suele ser de un caso cada 200 o 225 nacidos vivos, (23,24) y su localización más común, es la Trompa de Falopio, en un 96 % de los casos. (25).

TATUM Y SCHMIDT (26), encuentran también ésta complicación de la gestación, en 1 de cada 200 - 300 embarazos normales, lo que supone una frecuencia del 0.2 al 0.5 %. BERMEJO y LASECA, (27), revisan un periodo de diez años y encuentran entre 69.629 partos, 84 embarazos extrauterinos, lo que equivale a un embarazo extrauterino por cada 781 partos. (0.12%).

En los Estados Unidos, se registran en la

actualidad, según HOCKBERGER,(28), unos 70.000 embarazos ectópicos y dice que su frecuencia está creciendo.

En la actualidad ha quedado estadísticamente demostrado que la frecuencia de los embarazos extrauterinos, aumenta en las portadoras de DIU. Para ALVIAR,(29), éste aumento es del 7.5 %, y de un 12.9 % para DREISHPOON.(30). TATUM Y SCHMIDT.(26), en 1977, encontró una incidencia de 3 % entre las gestantes con DIU que llevaban Cobre, y un 4.1 % en las que utilizaban dispositivos inertes.

THORBURN y otros,(31), en la Universidad de Goteberg, en Suecia, revisan los periodos comprendidos entre 1970-1972 y 1980-1982, y encuentran que la frecuencia de embarazos extrauterinos, se ha duplicado, y como factor más significativo entre ambos periodos, que la portadoras de DIU en el primer periodo fue del 4% y en el segundo, del 16%.

Para KEINER, ESCHENBACH, HOLMES, RUIZ - VELAZCO, MAJMUDAR,(32,10,11,33,34), y otros muchos, la frecuencia de embarazos extrauterinos, se duplica y hasta se triplica en aquellas mujeres que han padecido procesos inflamatorios anexiales.

En cualquiera de los casos, casi todos los autores coinciden, en que la incidencia del embarazo ectópico ha aumentado en los últimos años.(35), y la mayoría de éstos atribuyen tal incremento, al de frecuencia de aparición de

enfermedades de transmisión sexual, a la extensión del uso del DIU y a la generalización de la cirugía y por supuesto al adelanto de las técnicas ecograficas y de inmunodiagnostico, que han permitido detectar más casos de embarazo ectópico y en estadios más precoces, (36)

I.2.1.4.- Tumores Anexiales

Es otra parcela de gran importancia, en el trabajo que nos ocupa, pues además de la importante mortalidad que representa, hay que destacarla igualmente por su frecuencia.

BOTELLA, (37), en 1976, decía que los tumores del Ovario, ocupaban en España el tercer lugar, después de los tumores del Utero y de la Mama y suponía una incidencia del 1.4 al 9.9 % de todas las pacientes que acudían a las consultas del Ginecólogo, incluyendo los llamados "Estados semejantes a Tumor", como son los quistes foliculares, luteinicos, Ovarios poliquisticos etc..

Por lo que respecta a la patología tumoral ovárica con excepción de los quistes funcionales, DISAIA, (38), calculó que del 5 al 7 %, de todas las hembras que nacen, corren riesgo de presentar neoplasia ovárica en alguna etapa de su vida y el 15 % de estas neoplasias, según MATTINGLY, (39) serán malignas. Esto parece que se debe, tanto al origen

embriológico del ovario, como a su comportamiento biológico, que le convierte en el Organo de la economía humana con más capacidad potencial para desarrollar tumores de diversa naturaleza.GONZALO DE DIOS,(40).

Según SILVERBERG,(41), en los E.E. U.U., se diagnostican cada año 17.000 nuevos casos de Cáncer de Ovario y éste ocupa el tercer lugar entre los ginecológicos.

Para CASTAÑO ALMENDRAL,KÄSER Y HALBERSTADT,(42), los tumores del Ovario representan entre el 10-20 % de todos los tumores genitales femeninos, y de ellos, el 5 % aproximadamente son carcinomas.TAYLOR EN 1966,(43),Revisó 800 tumores ováricos y observó que el 74 % eran benignos, 21 % malignos y el 5 % restante, tumores especiales, de los que no se especificaba su naturaleza.

Para GLATTHAAR y BENZ,(44), el Carcinoma de ovario, representa el 25 % de todos los carcinomas genitales. Por su parte KERN,(45), dice que de cada 3 ó 4 tumores de ovario, uno es un cáncer, y que estos representan el 17-20 % de todos los carcinomas genitales.

FATHALLA,(46), encuentra que existe una gran variabilidad racial y geográfica; Así Noruega y Suecia ocupan el primer lugar en frecuencia del mundo, Estados Unidos de América el séptimo y Japón el ultimo.También encontró una correlación entre el estado nutricional y sociológico

satisfactorios y la mayor frecuencia del cáncer de ovario, encontrando una mayor incidencia en mujeres de origen japonés pero residentes en América del Norte, que en las japonesas que vivían en su país de origen.

KOLSTAD Y BEECHAN, (47), en 1975, publicaron la frecuencia del cáncer de Ovario por 100.000 mujeres en diversos países. Tabla I.

SCULLY, (48), en 1977, dice que en E.E. U.U. el riesgo de toda mujer de padecer cáncer de ovario es de 1 - 1.5 %; GLATHAR Y BENZ, (44), en 1978, además de señalar la distribución del carcinoma de ovario en todas las edades, refieren la mayor frecuencia entre los 40 y 60 años y que la posibilidad de que un tumor de ovario sea maligno, aumenta con la edad. KERN, BOTELLA, DUBRAVSZKY, DOLD Y SACK, (45, 37, 49, 50).

Para BOURY-HEYER, (51), el 90 % de los Carcinomas de Ovario, sobrevienen después de los 40 años, con un pico de frecuencia entre los 60 y 65.

En la Tabla II, podemos observar los porcentajes, referidos a 100.000 mujeres, de carcinomas primarios de ovario hallados según la edad, por BENNINGTON Y col. en 1969, (52) y por GERBER Y Col en 1962, (53), con cifras que a pesar de los años no han descendido.

En la Tabla III podemos observar la frecuencia que algunos autores encuentran de tumores benignos de ovario

(en %), referidos al total de las tumoraciones ováricas
revisadas por ellos.(43,45,42).

T A B L A I

=====

FRECUCENCIA DEL CANCER DE OVARIO POR 100.000 MUJERES
EN DIVERSOS PAISES, SEGUN KOLSTAD Y BEECHAM.

PAIS	POR 100.000
SUECIA	21
NORUEGA	16.5
E.E.U.U. (Blancas)	15.6
INGLATERRA	14.7
ISRAEL	11
E.E.U.U. (Negras)	8.8
E.E.U.U. (Origen Latino)	5.9
AFRICA	4.6
INDIA	3.2
JAPON	3.1

(47)

T A B L A I I
=====

ENFERMAS CON CARCINOMA DE OVARIO POR 100.000
EN RELACION A LA EDAD.

EDAD -----	BENNINGTON Y COL 1962 -----	GERBER Y COL 1969 -----
< 19	0.0	0.1
20 - 24	7.2	5.9
45 - 54	27.6	26.3
55 - 64	28.1	38.1
65 - 74	72.6	73.5
> 75	158.0	131.0

(52,53)



T A B L A I I I

=====

FRECUCENCIA DE LOS TUMORES BENIGNOS DEL OVARIO

AUTOR	AÑO	%
TAYLOR	1966	74
KERN	1970	66-75
CASTAÑO-ALMENDRAL	1980	95

(43,45,42)

I.2.2.- Dificultades diagnosticas

Todos los procesos anexiales, entrañan grandes dificultades en cuanto al diagnostico se refiere, y no es infrecuente encontrarnos con un determinado proceso al laparotomizar, cuando el diagnostico previo era otro.

I.2.2.1.- Procesos inflamatorios anexiales

Los procesos inflamatorios anexiales, aparecen a veces con la menstruación, lo que nos puede hacer pensar de forma equivocada, en un proceso endometrioso o una dismenorrea esencial, cuando la paciente padece normalmente de reglas dolorosas. Otras veces éstos procesos se ponen de manifiesto, tras una exploración ginecológica, como Insuflación o Histerosalpingografía, lo que nos puede inducir a error.

A veces cuando nos encontremos con un cuadro típico de dolor abdominal bajo o Anexial, fiebre, mal estado general, secreciones purulentas, leucocitosis y VSG elevada, puede resultar más fácil llegar a un diagnostico, aunque habría que descartar una Cistitis, Pielitis, Apendicitis, etc.

Otras veces, la enfermedad cursa con escasa sintomatología, lo cual dificulta aún más el diagnostico y aumenta el riesgo de infertilidad. Siempre, la necesidad de

encontrar un método diagnóstico precoz de estos procesos inflamatorios, para así prevenir sus secuelas, es derivada, de la extrema juventud de las mujeres afectadas.(15,16).

I.2.2.2.- Endometriosis.

Los procesos endometriósicos tubáricos, podemos confundirlos con procesos inflamatorios crónicos anexiales. Los procesos ováricos, cuando son superficiales, constituyen quistes, que podemos confundir igualmente con folículos en crecimiento, folículos persistentes, incluso con embarazos Ectópicos.

Cuando los focos endometriósicos, son internos o profundos, crecen más y a la exploración podemos encontrar un quiste, (Endometrioma o Quiste de Chocolate), que puede tener las características de los Piováricos o Piosalping y cuando la Endometriosis afecta a Douglas y Paramétricos, puede confundirse con tumor maligno, sobre todo en aquellos casos realmente excepcionales, en los que existe Ascitis acompañando al proceso endometriósico. También podemos confundirlos con un embarazo extrauterino.(54,55,56)

I.2.2.3.- Embarazo Ectópico

Los embarazos extrauterinos, han sido siempre muy difíciles de diagnosticar con certeza y nos han inducido

no pocas veces a laparotomizar o a realizar una laparoscopia de urgencia en blanco. Para muchos autores, como WILLIAMS y HELMANS(57), y HOCKBERGERS,(28), la gestación ectópica constituye dentro de la patología Anexial, uno de los cuadros clínicos que más dificultades diagnósticas ofrece.

Cuando encontramos a una paciente, con un embarazo extrauterino con accidente y anemia aguda importante por hemorragia interna, difícilmente será pasado por alto al especialista, aún con mínima experiencia, ya que se trata de cuadro típico e inconfundible, y bastará unas veces con realizar una punción del fondo de saco de Douglas, para confirmar el diagnóstico y otras con laparotomizar directamente, para simultáneamente confirmar el diagnóstico y solucionar el problema, dado lo claro del cuadro y la urgente actuación que es requerida para salvar la vida de la enferma.

Sin embargo no siempre sucede así, y la enferma nos llega muchas veces sin accidente y el diagnóstico no es tan fácil, pues solo nos refiere un dolor abdominal impreciso o localizado en una o ambas fosas ilíacas, discreto retraso menstrual, con escaso manchado, que no siempre la paciente sabe comunicarnos, siendo la exploración en ese momento negativa, por lo que el diagnóstico se hace muy difícil y podemos a veces pensar en todo, menos en un embarazo extrauterino.

Esta dificultad diagnóstica explica, que unas veces se nos pase por alto el diagnóstico y otras veces nos pasemos diagnosticando, obteniendo muchos falsos positivos. Así HUGHES, (58), encontró que el 10 % de las pacientes con un embarazo ectópico, eran dadas de alta, tras haberles realizado un legrado por sospecha de aborto incompleto o diferido y por el contrario, KADAR, CALDWELL y ROMERO, (59), dicen que el embarazo ectópico es sospechado unas 10 veces más de lo que realmente ocurre, hasta el punto de que muchas mujeres con sospecha de gestación ectópica, no están ni embarazadas.

Uno de los problemas o secuelas que se derivan de los embarazos Ectópicos, como veremos más adelante es la esterilidad. En la actualidad el diagnóstico precoz del embarazo ectópico adquiere un interés especial para poder intentar un tratamiento conservador con Methotrexate, (60,61, 62,63,64) por vía laparoscópica o laparotómica, lo que consigue según algunas estadísticas resultados espectaculares. PANSKY et AL. (65), realizan Salpingógrafías a 21 mujeres tratadas con Methotrexate por embarazo ectópico, comprobando permeabilidad tubárica en 18 de ellas. STOVALL, (66), en otra serie demuestra permeabilidad en 19 de 23 mujeres.

1.2.2.4.- Tumores Anexiales

Si en el diagnóstico de los procesos

inflamatorios, de los endometriósicos o de los embarazos extrauterinos existen dificultades, en este capítulo, que comprende la patología tumoral ovárica, tanto maligna como benigna, es cuando el diagnóstico temprano y de certeza se hace más necesario, pues como veremos más adelante, de forma especial en la patología tumoral maligna, si éste no se hace en un estadio precoz o inicial del proceso, conlleva un alto índice de mortalidad.

Estas dificultades que entraña el diagnóstico, y más aun el diagnóstico precoz del Cáncer de Ovario, explican los malos resultados terapéuticos obtenidos, ya que la mayor parte de los casos, se diagnostican en estadio invasivo. Esto es debido creemos a una clínica subjetiva poco llamativa, a una clínica objetiva tardía y a disponer de unos métodos diagnósticos poco precisos y cruentos, que constituyen a su vez métodos de Screening poco útiles y no aplicables a grandes grupos de población.

La clínica subjetiva, es poco llamativa, pues no existe ningún síntoma precoz específico, aunque se han descrito algunos síndromes que el clínico debe conocer y ante los cuales debe realizar exploraciones que permitan descartar o confirmar la existencia de neoplasias.

La clínica objetiva, no solo es poco llamativa, sino que aparece tardíamente. Los tumores de pequeño tamaño, pueden pasar desapercibidos a la exploración clínica habitual

por su situación anatómica, a lo que en muchas ocasiones hay que añadir las dificultades que representa la obesidad y la falta de relajación y/o colaboración de la enferma en la exploración.

BARBER,(67), considera que el diagnostico solo se establece una vez cada diez mil exámenes aproximadamente y en un porcentaje nada despreciable de casos, se diagnostica erróneamente, confundiendo el carcinoma de ovario con otra patología Anexial.

Como punto de partida para un diagnostico, debemos considerar a todas aquellas mujeres en las que encontremos masa palpable Anexial, sin sintomatología acompañante, mientras no se demuestre lo contrario. El dolor, aumento de volumen,etc., suelen ser manifestaciones de un estadio avanzado y nunca serán síntomas para un diagnostico precoz.

Los métodos diagnósticos que disponemos, son poco precisos en general, pues a pesar de los grandes esfuerzos realizados en éste sentido, no hemos conseguido aun, un método que por su sencillez, eficacia, inocuidad y bajo costo, podamos utilizarlo en el diagnostico del cáncer de ovario, como técnica de screening aplicable a grandes poblaciones.

La CITOLOGIA vaginal, que como método fácil de

practicar a grandes masas de población, tiene un gran interés en el diagnóstico de las neoplasias de algunos tramos del aparato genital femenino, como Cerviz y Endometrio, se ha demostrado que no tiene valor alguno en el diagnóstico de los cánceres del ovario, y menos aun en el diagnóstico precoz. SCHNEIDER Y STAEMMLER, (68) y SCULLY, (48).

El método propuesto por GRAHAM, (69), de Punción y Aspiración en el fondo de saco de Douglas de una solución de suero fisiológico, para estudio citológico posterior, puede servir para un diagnóstico de tumor ovárico en un 85-90 % de los casos, pero no para un diagnóstico precoz, pues como dice DUBRAUSZKY, (49), cuando se encuentran partículas tumorales en la cavidad abdominal, el tumor ha sobrepasado el ovario, y el diagnóstico es tardío.

Igual podemos decir de la CITOLOGIA BIOPSIA por aspiración con aguja fina, (Fine needle aspiration biopsy cytology), (70), que además del inconveniente anterior, resulta una exploración dolorosa y por tanto no utilizable de forma habitual en la clínica.

La LAPAROSCOPIA ginecológica y la CULDOSCOPIA son técnicas especiales de diagnóstico, que sin embargo no constituyen métodos de diagnóstico precoz, por tratarse de exploraciones cruentas y por tanto no aplicables de forma indiscriminada como screening.

El método más seguro para descartar un carcinoma de Ovario, sigue siendo la LAPAROTOMIA EXPLORADORA, que estará indicada siempre que por técnicas más sencillas, no pueda descartarse con seguridad su existencia, o bien haya sido sospechado un carcinoma de ovario, por cualquier otro método exploratorio, ya que no podemos utilizarla, por razones obvias, como método de screening. Por otro lado, la mayor parte de las ocasiones, el hallazgo consiste en un carcinoma en estadio avanzado.

Ante la ineficacia demostrada por los métodos antes expuestos, para detección del Cáncer de Ovario, es lógico que se hayan ensayado nuevas técnicas para conseguir el diagnóstico precoz de los mismos. Así aparecen los métodos BIOQUÍMICOS E INMUNOLÓGICOS.

Para que, éstos métodos sean útiles es preciso que su manejo sea sencillo e inocuo, su sensibilidad óptima y sean específicos tanto cualitativa, como cuantitativamente, para que de forma inocua, se pudiera aplicar con sencillez a grandes masas de población y la detección equivaldría a la presencia y cuantificación del tumor y la desaparición del marcador tumoral significaría la curación del proceso, hasta el punto de no necesitar tratamiento posterior. (40)

En éste intento de encontrar el marcador ideal, KIDES Y JUNG, (71), probaron el valor de la LACTODESHIDROGENASA (L.D.H) y su Isoenzima en el diagnóstico de los tumores

de Ovario benignos y malignos, también el empleo de las FOSFATASAS ALCALINAS Y ACIDAS, y de la LEUCINAMINOPEPTIDASA, (L.A.P), resultando sin valor diagnostico, ni pronostico en el carcinoma de Ovario.(72).

La ISOENZIMA REGAN,(73), que se detecta en las placentas a término, se encuentra en cánceres de Ovario, pero también en los de cuerpo y cuello uterino, por lo que carece de especificidad.

El antígeno de BJORKLUND,(74), aislado en la placenta humana, solo se encontró en el 50 % de los cánceres de ovario investigados.

Los Antígenos CARCINOMA - EMBRIONARIOS, entre ellos la ALFA FETO PROTEINA y la PREGNANCY SPECIFIC BETA GLYCOPROTEIN.(P.S.B.G), solo sirven para detectar los tumores de naturaleza trofoblástica.GONZALO DE DIOS,(40).

Por lo que hemos podido observar, en lo que respecta a los tumores malignos del Ovario, a pesar de los esfuerzos realizados, todavía no existe un método incruento, sencillo, fiable y específico, para aplicar a grandes grupos de población como screening, a diferencia de lo que sucede en el carcinoma de cuello uterino.

I.2.3.- Morbimortalidad.

Como consecuencia de la gran variedad de la

patología Anexial existente, su frecuencia y las dificultades diagnosticas que conlleva el diagnostico de las mismas, factores todos ellos analizados anteriormente, nos encontramos con un capitulo muy importante al hablar de la Morbimortalidad, sobre todo en lo que se refiere a la patología tumoral ovárica maligna, que requiere, más que otra patología un diagnostico muy precoz.

I.2.3.1.- Procesos inflamatorios.

Con el aumento del numero de abortos clandestinos, provocados en precarias condiciones de asepsia, creció en nuestro País durante algunas décadas, el numero de enfermedades inflamatorias Pélvicas. (E.P.I), debido a perforaciones uterinas. En la actualidad, con la legalización del aborto en España, han disminuido las EPI, causadas por dicho motivo.

Por otra parte el mayor uso del Dispositivo Intrauterino, (DIU), (33,7,15), como método anticonceptivo, y su colocación no siempre por especialistas, como consecuencia del intrusismo profesional existente en la actualidad, ha motivado también, que el numero de perforaciones uterinas por las inserciones defectuosas de los mismos y no es raro encontrar fístulas como consecuencia de los drenajes espontáneos de abscesos y adherencias a vísceras en la pelvis que dejaran como secuelas dolores y molestias de tipo

crónico, esterilidad secundaria y más rara vez ocurre la muerte de una enferma como complicación de una Septicemia grave.

En cuanto a los procesos inflamatorios pélvicos consecuentes a infección por Gonococos, que habían disminuido mucho en nuestro País, han aumentado en los últimos 10 años de forma considerable, debido fundamentalmente al aumento de la promiscuidad sexual y a la liberación sexual de las adolescentes(33). En general, se acepta, que del 10 - 17 % de las mujeres con infección gonocócica desarrollan una salpingitis aguda(10,11), y aproximadamente el 20 % de estas, tendrán problemas de Esterilidad.

Según Dexeus(14), en 1965, del 6 - 10 % de las pacientes que acudían a la consulta de esterilidad, eran tuberculosas o habían tenido antecedentes. En la actualidad, ha cambiado la etiología y los gérmenes causantes más frecuentes, son Clamidias y Gonococos.(17).

La Ooforitis, es rara en la infección ascendente y algo más frecuente, por vía hematógica o linfática, pero alguna vez llega el absceso al Ovario, (Piovário). El Pus puede verse desde las Trompas, al Peritoneo y descendiendo, a la parte más declive, ser encapsulado, constituyendo el absceso de Douglas, lo que suele ocurrir con máxima frecuencia, como consecuencia de manipulaciones uterina, (Legrados, inserciones de DIU etc.),

en el postparto inmediato y como secuela de la Cirugía,(75).

Para ESCEMBACH,(10,11),el 20% de las pacientes afectadas por Salpingitis,padecerán un embarazo extrauterino. MAJMUDAR,(34), estudia 100 casos de embarazos tubáricos, analizando microscópicamente las trompas y encuentra 57 casos de Salpingitis Nodosa,(57%) y lo compara con un grupo control de 100 trompas procedentes de autopsias, histeréctomias o esterilizaciones, donde encontró 5 casos,(5%), lo que demuestra de forma significativa que hay una correlación Salpingitis y Embarazo extrauterino.

WESTRON,(8), Dice que la infertilidad es la secuela más importante y frecuente, en las enfermas que padecen Pio o Hidrosalping.

RUIZ VELAZCO, (33), en una comunicación presentada al Congreso internacional sobre esterilidad e infertilidad celebrado en Dublin en 1983, dijo entre otras cosas, que los procesos inflamatorios anexiales en general y las salpingitis en particular, son la causa más frecuente de esterilidad e infertilidad de la mujer en cuanto al factor tubárico se refiere y señala como factores favorecedores del aumento de las enfermedades inflamatorias pélvicas: La liberación sexual de las adolescentes, inserciones de DIU en Nuliparas, Abortos provocados, infecciones amnióticas y al tratamiento incorrecto o tardío de las inflamaciones anexiales.

BERNSTIEN y Otros.(76), dicen que las pacientes con antecedentes de haber padecido EPI, son la causa más frecuente del aumento de esterilidad involuntaria y embarazos extrauterinos.

I.2.3.2.- Endometriosis.

Normalmente se descubren entre los treinta y los cuarenta años, declinando con la menopausia. Se suele asociar con Mioma y el diagnostico de sospecha, se hace normalmente por la clínica, ya que el dolor guarda relación con el ciclo ovárico, pero el diagnostico de certeza, se establece insatisfactoriamente, y a veces al recibir el informe anatomopatológico.

La localización mas frecuente, son los ovarios. Si asienta en la superficie, son pequeños quistes, pero si son más profundos, al no poder evacuar su contenido, crecen más y forman los característicos Quistes de Chocolate o Endometriomas que alcanzan hasta cinco o seis centímetros.

La reacción de los tejidos vecinos, da lugar a densas adherencias causantes de dolor pélvico y es causa de esterilidad no explicable por otros motivos en el 50 % de los casos.

FRIEDMAN, (21), encuentra en sus estudios, que la endometriosis, aparece como un factor asociado de infertilidad

en el 40 % de los casos y como única causa, en el 15 % de los mismos.

I.2.3.3.- Embarazo Ectópico

Como hemos visto con anterioridad, el embarazo extrauterino se presenta con una frecuencia de 1/225 embarazos normales, para unos autores (23,24), de 1/200-300, según otros,(26), y de uno por cada 781 en la revisión de BERMEJO Y LASECA,(27), pues bien, de todos estos, los embarazos tubáricos representan el 96 % de todos los embarazos ectópicos,DEXEUS,(25); Por tanto,será a estos a los que nos vamos a referir fundamentalmente.

La rotura tubárica, se acompaña de un dolor insoportable, de aparición repentina, como en puñalada y respuesta sincopal, que al ceder permite evidenciar la sintomatología de anemia aguda por hemorragia cataclísmica intraperitoneal. Esta puede ser tan intensa, que puede llegar a la muerte de la enferma en pocas horas; En otras ocasiones, la hemorragia remite al bajar la Tensión Arterial, para repetir después de un intervalo variable. Más raro es que se detenga el proceso y se organice la sangre en la trompa y en el abdomen, debido a que la perforación de la muscular tubárica se acompaña de lesiones arteriales, que vierten un chorro pulsatil al peritoneo.

A veces pasara desapercibido, si se detiene la gestación en época temprana, por no llegar a romper la trompa y reabsorverse el embrión y el corion. Cuando se detiene la gestación pasados los tres primeros meses, sin rotura, no se puede reabsorber, sino que se organiza, dando molestias o no la tumoración fetal, que también puede infectarse y buscar salida a una cavidad hueca como vejiga, recto etc..

El embarazo ectópico es muy grave para la madre y nefasto para el Embrión. En nuestra clínica encontramos durante el decenio de 1974 - 1984, una mortalidad materna del 0.58 %; Siendo la causa de muerte más frecuente, la hemorragia, ya que la infección que en otras épocas gravaba las estadísticas, está casi vencida en nuestros días en lo que afecta a ésta patología.

SALLY, (77), en 1983, encuentra entre 102.000 ectópicos revisados, 86 muertes maternas, lo que representa un 0.8 % y observa que las Negras y otras razas tienen un riesgo de muerte 3.2 veces mayor que blancas e hispánicas.

Para el Embrión o Feto, el pronostico es nefasto, ya que muy rara vez llega a término. La esterilidad secundaria es frecuente, cuando no se opera o no se hace a tiempo, (78,79).

I.2.3.4.- Patología tumoral Anexial.

A pesar de que en los últimos años, ha mejorado el pronóstico de los tumores del aparato genital, gracias a los avances diagnósticos y terapéuticos, ésta mejora no se ha hecho extensiva al Cáncer de Ovario de forma patente, ya que en general continua siendo su pronóstico desfavorable, ocupado una parte muy importante de la patología genital femenina, por su frecuencia y morbimortalidad, por lo que a ésta patología, de forma especial, nos referiremos.

En una revisión estadística realizada por CAYUELA y OTROS,(80), se puede comprobar que los tumores genitales en España, ocupan el tercer lugar, como causa de años potenciales de vida perdidos, con un 12.9 %, después de los digestivos y del Ca. de mama. A nivel mundial ésta proporción alcanza el 25 %, siendo achacable tan clara diferencia, al inferior índice de Cáncer de Cerviz detectado en nuestro País.

Según SCHOTTENFELD,(81), la mortalidad del carcinoma de ovario, no experimentó ningún descenso en la década de los años sesenta. El pronóstico es malo, ya que la supervivencia global de todas las etapas y grados del cáncer de Ovario es aproximadamente, de 20-25 %, y esto guarda relación, con el hecho de que el 60 % de las pacientes, al estudiarlas por primera vez, presentan

enfermedad en estadio III o IV, debido a la falta de procedimientos diagnósticos adecuados, para descubrir pronto la enfermedad, falta de signos y síntomas tempranos y a la dificultad para reconocer a la población que corre riesgo de presentar cáncer de ovario.

DOLD y SACK,(50), refieren por cada 100.000 mujeres, el porcentaje de muertes por carcinoma de ovario que podemos ver en la Tabla IV.

SEGI y KURIHABA,(82), calcularon las cifras de mortalidad en el periodo de 1962 - 63 y decían, que la probabilidad de morir de cáncer de Ovario, eran de 1.69 por 100.000 en Japon, mientras que en Dinamarca llegaba al 11.2. En Europa central, el 7.5, con pequeñas diferencias entre los distintos países, achacables a los diferentes medios de diagnostico existentes y a la edad media de vida. Estas cifras siguen siendo reales y representan la diferente incidencia en las distintas áreas geográficas y raciales.

SILVERBERG,(41), publicó un estudio realizado por la Sociedad Oncológica Americana, donde de 17.000 casos de Cáncer de Ovario aparecidos en 1975, 10.880 fallecieron, y de 18.200 nuevos casos referidos a 1983 murieron 11.500.

Según BARBERG Y Cols,(83), el cáncer de ovario supone el 24 % de los cánceres del aparato reproductor de la mujer, pero origina el 47 % de las muertes por cáncer genital.



El 70 % de los tumores malignos del ovario, son diagnosticados en estadios III y IV, cuando desgraciadamente la supervivencia es muy baja, pero tengamos en cuenta que incluso en las pacientes con cáncer de ovario diagnosticados en estadio II, (véase Tabla V), (6), no consiguen un porcentaje alto de sobrevivir a los cinco años. En cambio, diagnosticada la enfermedad en estadio I, el índice de supervivencia al quinto año, es del 80 - 90 %. CLARK Y Cols.(84), PIVER Y Cols.(85)

Por otra parte BARBERG y Cols.(83), han demostrado que la etapa de la enfermedad, es mas importante para definir el pronostico, que el tipo de tumor. Estas cifras, subrayan la necesidad de una investigación diagnostica intensiva, con la esperanza de detectar cáncer en sus etapas iniciales. Por tanto en cuanto, no encontremos soluciones terapéuticas, hoy muy lejanas, todos los esfuerzos deberán ir encaminados a conseguir un diagnostico muy precoz, si queremos disminuir la mortalidad en las enfermas que padecen cáncer de ovario.

T A B L A I V

MORTALIDAD DEL CARCINOMA de OVARIO

PAIS	PORCENTAJE (referido a 100.000 mujeres)
ALEMANIA	17
SUECIA	14
ESTADOS UNIDOS	11
FRANCIA	8
ITALIA	6
JAPON	3

DOLD y SACK (50)

T A B L A V

=====

Estadios del Cáncer de Ovario

Estadio I. - Crecimiento limitado a los Ovarios.

Estadio Ia. - Crecimiento limitado a un ovario.No Ascitis

1.No tumor en superficie externa y cápsula intacta.

2.Tumor presente en la superficie externa y/o roto.

Estadio Ib. - Crecimiento limitado a ambos ova.No Ascitis

1.No tumor en superficie externa y cápsula intacta.

2.Tumor presente en la superficie externa y/o roto.

Estadio Ic. - Igual que Ia e Ib, pero hay Ascitis o
células tumorales en lavados peritoneales.

Estadio II. - Crecimiento incluye uno o ambos Ovarios con
extensión pélvica.

Estadio IIa. - Incluye útero y trompas de Falópio.

Estadio IIb. - Extensión a otros tejidos Pélvicos.

Estadio IIc. - Igual a IIa/IIb, con Ascitis o células
tumorales en lavados peritoneales.

Estadio III.- El crecimiento incluye uno o ambos ovarios con
metástasis intraperitoneales fuera de la pelvis
o ganglios retroperitoneales positivos o ambos.
Tumor limitado a la pelvis verdadera con
extensión maligna histológicamente comprobada a
Yeyuno, Ileon o Epiplon.

Estadio IV. - El crecimiento incluye uno o ambos ovarios con
Metástasis a distancia. Liquido pleural con
células tumorales.Metástasis en Parénquima
Hepático.

I.3.- La ECOGRAFIA como método diagnostico

I.3.1.- CONCEPTO

Si en términos siquiátricos, se entiende por ECOGRAFIA, a la repetición pasiva y automática de los símbolos gráficos. En el tema que nos ocupa, como método diagnostico y refiriéndonos a los ultrasonidos, podríamos definirla como la representación gráfica en un Osciloscopio, de los Ecos producidos por los ultrasonidos, de forma automática y repetida, por las continuas contracciones y dilataciones de los Cristales de Cuarzo al estímulo eléctrico.

A los aparatos, que nos sirven para realizar las exploraciones Ecograficas, llamamos ECOGRAFOS.

I.3.2.-HISTORIA

Los primeros en utilizar los ultrasonidos, han sido los Murciélagos, que los emplean para su navegación aérea. SPALLANZANI en 1794 y JUNINE en 1798, (86), fueron los que observaron que estos animales perdían su capacidad de orientación, cuando se les obstruían las orejas, pero los ultrasonidos no fueron producidos en el laboratorio, hasta 1880, año en que los hermanos CURIE, descubrieron el efecto Piezoelectrico. (87).

En 1912, el hundimiento del Titanic, impulsó a científicos como BEHM, MAXIM y RICHARDSON, (86), a utilizar los ultrasonidos para detectar Icebergs a gran distancia. Posteriormente, durante la primera guerra mundial, LANGUEVIN y CHILOWSKI, (87), pertenecientes al comité ASDIC, (Anti-Submarine Detection and Investigation Committee), creado por los gobiernos Francés y Británico, para la localización de submarinos alemanes, construyeron generadores de ultrasonidos para detectar submarinos, basándose en el efecto piezoeléctrico. Igualmente, SOKOLOV Y FIRESTONE (86), los utilizaron para detectar grietas en materiales sólidos, después de la primera guerra mundial.

La aplicación de los ultrasonidos en la industria y otras ramas de la ciencia, trajo como consecuencia lógica su utilización en Medicina, y fue en 1942, DUSSIK, (88), Neurólogo Austriaco, el primero que los utilizó en el diagnóstico médico. Introducía al enfermo en un recipiente con agua y aplicaba en un lado el transmisor y de otro el receptor.

En 1949, LUDWIG y STRUTHERS, (86), lo usan para detectar piedras en la Vesícula; En 1950, KEIDEL, (86), intenta medir el volumen cardiaco y sus alteraciones.

HOWRY Y BLISS, en 1952, (89), los utilizaron para descubrir patología abdominal, y HOLM, (90), ampliaba su uso a otras áreas, siempre introduciendo al enfermo en una Baño con

agua. Al mismo tiempo y por idéntico procedimiento, WILD, (91), en Minneapolis, lo aplicó al diagnóstico de la patología mamaria.

MUNDT y HUGHES, (86), en 1956, introducían los ultrasonidos en Modo A en Oftalmología y dos años más tarde BAUM y GREENWOOD, por una parte y EDLER y HERTZ por otra, (86), comienzan a ensayar la Ecocardiografía.

Pero es en 1958 cuando DONALD, Mc.VICAR y BROWN, (92), desarrollan el primer aparato de ultrasonidos bidimensional de contacto, evitando con ello, el tener que introducir a las enfermas en el baño de agua, lo que significaría una revolución en éste campo.

En 1972 KOSSOF y GARRET, (93), introducen la escala de grises, consiguiendo una mejora muy notable en la resolución de los aparatos.

En Obstetricia y Ginecología, la mayor aportación se debe a DONALD, (94,95)), quien con la introducción de la "Técnica de la Vejiga llena" para las ecografías pélvicas, consigue una más perfecta visualización del útero, anejos y estructuras subyacentes.

A partir de 1970, Ingenieros y Técnicos, mejoran continuamente la resolución de los ECOGRAFOS y en la actualidad intentan la posibilidad de representar los ecos en escala de colores y obtener imágenes tridimensionales.

En la última década, la Ecografía toma tal auge, que hoy constituye el mejor medio de diagnóstico clínico que disponen los ginecólogos y obstétricas, y esto en gran parte es debido a investigadores y estudiosos como DONALD, HELLMAN, KRATOCHWIL, CAMPBELL, JOUPPILA, GOLDBERG, KOSSOF, LAWSON, KOBAYASHI, DE LA FUENTE, (94,96,97,98,99,100,93,101, 102,103), y otros que harían interminable la relación, que con sus trabajos y publicaciones, han contribuido al progreso y difusión de la Ecografía, medio de exploración indispensable en la actualidad, en todas las ramas de la Medicina.

I.3.3.- Principios y Fundamentos de la Ecografía en el Diagnóstico Médico.

I.3.3.1.- Concepto y Clasificación de los Ultrasonidos. Efecto Piezoeléctrico.

El Oído humano normal, solo puede detectar teóricamente frecuencias que oscilan entre 16 y 16.000 ciclos por segundo, pero aparatos especiales, permiten generar y detectar ondas de presión o vibraciones, desde fracciones a millones de ciclos por segundo.

Los Sonidos se pueden clasificar según su frecuencia en Infrasonidos, sonidos y ultrasonidos. Tabla. VI.(104). Los Ultrasonidos, son aquellas ondas acústicas no percibidas por el oído humano y cuya frecuencia superan

los 20.000 Herzios.(Hrz). Los ECOGRAFOS o aparatos empleados para la realización de las ecografías, utilizan frecuencias que oscilan entre 20.000 y 10^{10} Herz. Estos se producen al comprimir y descomprimir por estímulos eléctricos continuos o intermitentes, unos cristales cerámicos sintéticos, más sensibles que el cuarzo, como el Titanato de Bario o el Circonato de Plomo, que es lo que se llama EFECTO PIEZOELECTRICO.(105).

El modo de excitación continua, se utiliza en la técnica Doppler obstétrico, donde un cristal es utilizado como emisor y otro situado junto a éste como receptor, que recibirá los ecos de retorno. En el modo pulsado, la onda es emitida bajo forma de impulsos breves, por un cristal cerámico que a su vez hará de receptor, en dos emisiones consecutivas. Esta técnica es la utilizada por la mayoría de los ecografos, (Sistema impulso - eco). Estos cristales van situados en el Cabezal, Sonda o Traductor, como muestra la FIGURA 1, (104).

I.3.3.2.- Reflexion, Refracción e Impedancia

Cuando un haz de sonido incide sobre una superficie, parte se refleja, siendo el ángulo de incidencia igual al de REFLEXION, otra parte es absorbida por la superficie que atraviesa y otra se refracta. El haz debe de incidir perpendicularmente a las estructuras y por tanto reflejarse y refractarse sin sufrir angulación.

La cantidad de ultrasonidos reflejados, depende de la IMPEDANCIA ACUSTICA del medio y ésta se define como la resistencia que opone dicho medio al paso del sonido. A mayor RESISTENCIA, (impedancia acústica), mayor cantidad de ecos reflejados.

Los Ultrasonidos se transmiten más rápido en los elementos sólidos que en los líquidos, siendo el Tejido Oseo, el que posee mayor velocidad de Trasmisión y por lo tanto, mayor impedancia acústica, produciendo mayor reflexion de ecos o ultrasonidos.

La IMPEDANCIA sónica, es igual a la VELOCIDAD de propagación de los ultrasonidos en un medio determinado, multiplicada por la DENSIDAD del mismo, es decir, la RESISTENCIA que opone el medio, al paso del Sonido.(86).

$$Z = D \times V_s$$

Z = IMPEDANCIA sónica del medio.
 D = DENSIDAD del medio.
 V_s = VELOCIDAD Sónica.

I.3.3.3.- Características de la Onda Ultrasónica.

Si aplicamos una tensión eléctrica alterna, sobre un cristal cerámico de Titanato de Bario, estos emitirán unas Ondas Ultrasónicas, que sobre un medio ideal de propagación, sin amortiguamiento, serán SINUSOIDALES en el

espacio y en el tiempo, en función de unos parámetros intrínsecos que caracterizan a ésta emisión de energía, como son:

LONGITUD DE ONDA: (L). Es la distancia entre dos puntos que se encuentran en el mismo estado de vibración. Figura 2.(106).

FRECUENCIA: (F). Es el número de ciclos, que atravesarían una sección ideal en la unidad de tiempo. La relación entre Frecuencia y longitud de Onda, serían inversamente proporcional en el tipo de emisión de ondas a que nos referimos.

INTENSIDAD: (I). Es una medida de la energía transportada por la Onda y sería proporcional a su AMPLITUD. (A).

VELOCIDAD: (Vs). Es el espacio lineal, que recorrería un punto asociado a la Onda en la unidad de tiempo, y se expresa en Metros / Segundo.

$$F = \frac{V_s}{L}$$

RESOLUCION o poder separador de un sistema, es la distancia más pequeña que separa a dos puntos u objetos, para que puedan ser distinguidos.

A FRECUENCIA ALTA, disminuye la Longitud de Onda, MEJOR RESOLUCION y menor penetración,(profundidad).

A FRECUENCIA BAJA, aumenta la Longitud de Onda PEOR RESOLUCION y más penetración,(Profundidad).

I.3.3.4.- MODOS o Formas de registro de los ECOS

Disponemos de tres sistemas de visualización de los Ecos o formas de registro, que llamamos MODOS: Modo A, Modo B y Modo T.M.

MODO A: La reflexión de los ecos, se representa en el sistema de registro, como sucesivas deflexiones o espículas en un eje de coordenadas. Este método, permite medir la distancia de los ecos al Traductor, así como la amplitud de ellos. Tiene su principal aplicación en la Ecoencefalografía.

MODO B, B-SCAN o Ecografía Bidimensional: Aquí las imágenes características del Modo A, (Deflexiones), son sustituidas por una serie de puntos brillantes y su amplitud viene representada por la intensidad de su brillo. Por ser éste Modo el de aplicación en Ginecología, a él nos referiremos.

MODO T.M.: Este trata del análisis del movimiento en función del tiempo y tiene su principal



aplicación en Ecocardiografía.

I.3.4.- Técnica de Exploración Ecografica pélvica.

Las pacientes serán colocadas generalmente en decúbito supino, aunque a veces la exploración en decúbito lateral e incluso en bipedestación, puedan aportar datos de utilidad.

Para la exploración de la Pelvis menor, necesitaremos un llenado vesical correcto, para que desplace las Asas intestinales hacia el abdomen, creando una ventana acústica, pero sin que llegue a una distensión vesical excesiva,(94), que pueda distorcionar las imágenes por desplazamiento o compresión de las estructuras subyacentes.(107,108).

Los ECOGRAFOS o aparatos utilizados para el examen ecográfico, constan fundamentalmente, de la SONDA o TRADUCTOR, donde están contenidos los cristales cerámicos que por el estímulo de una corriente eléctrica de alta frecuencia, (que llega procedente de un Oscilador incorporado en el sistema Analizador - Amplificador), generaran los ultrasonidos, por el efecto piezoeléctrico ya descrito.

Para la exploración pélvica Ginecológica, se utilizan como frecuencias óptimas, Sondas de 3.5/5 Mhz.(109)

Una vez recogidos por la misma Sonda los ecos reflejados, se transforman por el efecto piezoeléctrico en corriente eléctrica, que previo tratamiento o filtrado de los mismos por el Analizador, será ampliada en el Amplificador y en forma de señal, llamada de Vídeo, se aplicará a un Osciloscopio (Monitor).

Con el desplazamiento de la Sonda, obtenemos una línea de puntos, que sumados, nos dan una imagen Bidimensional. Los Planos de exploración pueden ser: LONGITUDINAL, TRANSVERSAL Y OBLICUOS. Figura 3, (110).

1.3.5.- Imágenes Ecograficas

Para juzgar la calidad de imagen de los Ecografos, hay que tener en cuenta principalmente, su Resolución, el Contraste estructural y la capacidad de Penetración. La primera hace referencia a la nitidez de las imágenes en pantalla, la segunda a la diferencia de textura de los diferentes tejidos y la tercera se refiere a la profundidad de la imagen, a la que las dos primeras, degradan significativamente. (111).

En el Modo B, pueden sistematizarse semiologicamente éstas, ya que corresponden a situaciones concretas y son fundamentalmente varias las imágenes básicas de las estructuras anatómicas: Interfases y Tabiques,

los Gases, Vacíos, Líquidos con partículas en suspensión, Tejidos blandos y Las Estructuras Sólidas.(112).

Las INTERFASES, aparecen como una zona de ecorrefrigencia lineal correspondiente a dos medios de diferente impedancia sónica, por ejemplo, las paredes de los Vasos.Los TABIQUES, aparecen como una zona muy ecorrefrigente, es decir la imagen de pared o tabique, corresponde a una zona de gran impedancia, situada entre dos zonas, de baja impedancia. Ejemplo: Tabiques interquísticos o interventriculares.

Los GASES, crean las mismas imágenes que las estructuras sólidas, y es por esta razón que las exploraciones pélvicas, se realizan con la Vejiga llena, para desplazar las asas intestinales, con frecuencia ricas en gases, permitiendo así un acceso mas fácil a los órganos genitales.

Las IMAGENES DE VACIO, aparecen como una zona libre de ecos y pueden corresponder a: Sombras Sónicas, también llamadas Zonas anecógenas o sombras Acústicas, que se producen detrás de los huesos y partes sólidas muy duras; O bien a LIQUIDOS, ya que estos no provocan reflexión alguna y aparecen como zonas anecógenas. Por detrás de las colecciones líquidas, se comprueba un claro refuerzo de la ecoestructura de los tejidos subyacentes, constituyendo el signo de refuerzo posterior. Ejemplo: La Vejiga en replección y el quiste seroso de Ovario.

Los LIQUIDOS con PARTICULAS EN SUSPENSION, provocan reflexiones y aparecen como zonas débilmente ecogénicas y cuya distribución homogénea o heterogénea e intensidad de los Ecos, depende de la naturaleza y de la importancia de las partículas en suspensión. Ejemplo: Líquido Amniótico rico en copos de vermix, Ciertos derrames pleurales infecciosos o hemorrágicos, y el contenido mucinoso o hemático de algunos quistes de ovario.

Los TEJIDOS BLANDOS, dan lugar a la formación de multitud de ecos, cuyo número e intensidad, así como su distribución homogénea y heterogénea, depende de la estructura tisular y de sus eventuales modificaciones. Ejemplo: Utero, Ovarios, y Placenta.

Las ESTRUCTURAS SOLIDAS, provocan la formación de intensos ecos, seguidos de sombras acústicas evidentes. Entre los ejemplos más demostrativos, que podemos citar, tenemos las Calcificaciones de los Fibromas o algunos Cálculos biliares; Los Dientes contenidos en los Teratomas de Ovario o los Huesos del Esqueleto Fetal, a excepción del Cráneo, que intrauterino, se deja atravesar por los haces acústicos, ya que es plano y delgado.

I.3.6.- Ventajas e inconvenientes sobre otros métodos.

Las ventajas de la Ecografía diagnóstica,

podemos decir, que radican sobre todo en su Inocuidad, Comodidad de uso, Fidelidad en la información que aporta y Coste asequible de las exploraciones.

Por ser suficiente la utilización de haces ultrasónicos poco energéticos, permite repetir los estudios a las pacientes, lo que representa una ventaja evidente respecto a otras exploraciones con agentes físicos, como los Rayos X.

La exploración en si, no supone incomodidad para el enfermo, ya que no es dolorosa, ni requiere posturas incómodas, ni la administración de contrastes, por lo que no plantea problemas o riesgo de complicaciones, (Reacciones alérgicas o accidentes).

La información obtenida en un gran número de casos, sobre todo de partes blandas, no podemos conseguirla con otros métodos exploratorios que utilizan otro tipo de agentes físicos, por lo que la fidelidad de las imágenes obtenidas en estos casos, es muy superior a las obtenidas por otros métodos exploratorios.

Para algunos autores, como COCHRANE Y LAWSON, (113,101), la exactitud de los ultrasonidos en el análisis de las alteraciones de la Pelvis menor femenina, oscila entre el 82 y el 91 %, en condiciones óptimas de correcta replección vesical.

A pesar de que en la actualidad, los precios de los ECOGRAFOS, se mantienen muy altos, si hacemos un estudio económico, calculando la vida media de un aparato, el número de pacientes a las que podemos explorar y el número de exploraciones que podemos necesitar realizar a cada una de ellas, nos encontraremos que estamos ante un método exploratorio de muy bajo costo, y por tanto económicamente muy interesante y que además podemos aplicar a grandes masas de población para screening, si tenemos en cuenta las ventajas mencionadas con anterioridad.

Entre los inconvenientes, podemos considerar la subjetividad de la interpretación de las imágenes, sobre todo de algunas modalidades, como el A-Scan y que solo proporcionan una orientación diagnóstica de gran valor, pero no siempre un diagnóstico definitivo, a pesar de la gran fidelidad del sistema, que antes mencionábamos.

I.3.7.- Anatomía ECOGRAFICA de la pelvis femenina.

Los importantes avances tecnológicos en los aparatos ultrasonográficos, (Ecografos), han conducido a una mejora en la resolución de las imágenes y por tanto a un aumento de la información en cantidad y calidad de las mismas, con lo que mejoramos las posibilidades diagnósticas de la patología pélvica femenina.(114).

La interpretación de esas imágenes, requiere obviamente un conocimiento previo de la anatomía pélvica ecográfica de la mujer y de los cambios que originan las variaciones endocrinológicas del desarrollo femenino, la menopausia, el embarazo y el ciclo menstrual.

I.3.7.1.- Estructuras Musculares de la Pelvis.

Los Músculos Psoas - Iliacos, representan el límite antero-lateral de la pelvis, presentándose como dos estructuras ovales, simétricas y en ambas paredes de la pelvis mayor, en cuyo centro se sitúan unas zonas densas, muy ecorrefrigentes, producidas por el tejido conectivo que rodea al paquete nervioso en el interior de la masa muscular.

Los músculos Obturadores Internos, en una zona más posterior y caudal, completan la parte muscular de la pared lateral de la pelvis menor. Son fácilmente reconocibles a ambos lados de la vejiga, en cortes transversos angulados caudalmente, como una estructura plana orientada en sentido antero-posterior.

Los Músculos Piriformes, forman parte de la pared postero-lateral pélvica, como estructuras ovales que no se observan normalmente en el examen de rutina y que no debemos confundir con las estructuras anexiales y los ovarios que habitualmente ocupan una situación más anterior y

superior.(115).

I.3.7.2.- Utero.

En el corte sagital, aparece como una estructura en forma de Pera, con su eje mayor orientado normalmente en éste sentido y que podemos encontrar en situación de Anteversión o Retroversión, Anteflexión o Retroflexión y lateralizado o no.

En el corte transversal, dependiendo del nivel a que apliquemos el Traductor o Sonda, aparecerá una estructura circular, si es a la altura del Cuello, u ovoide si es a nivel del cuerpo o fondo.

El tamaño varia con la edad, numero de embarazos, e incluso con el ciclo menstrual de la paciente, siendo significativamente más pequeño, con la edad prepuberal y llegada la menopausia.(112).

Como valores medios durante el periodo activo genital, podemos encontrar de 5 - 9 Centímetros en sentido longitudinal, de 2 - 4 cms en sentido antero - posterior y de 4 - 6 Cms en el corte transversal.

La ecorrefrigencia de toda la estructura, es blanda y homogénea, salvo a nivel del Endométrio y cavidad, donde podemos observar variaciones en el grado de

ecogenicidad y forma, dependiendo de la fase del ciclo menstrual en que se encuentre la mujer.

El corte oblicuo lo utilizamos cuando existen lateralizaciones o para intentar completar la información ante una patología concreta.

I.3.7.3.- Vagina

Es una estructura tubular, acintada que aparece a continuación del cuello y formando con éste un ángulo que va desde los 45 a los 90 grados, dependiendo de la distensión vesical.

Situada entre la Vejiga y Recto, se observa en forma de tres líneas paralelas que corresponden a tres estructuras completas: Tabique vesico-Vaginal, Tabique Recto-Vaginal y la Cavidad virtual de la Vagina, que llamamos Interfase.

La distancia máxima entre los dos tabiques, suele ser de unos 5-6 Cms máximo, (109), y la Ecorrefrigencia es similar a la Uterina.

I.3.7.4.- Ovarios

Su exploración, podemos realizarla desde un corte sagital u oblicuo, pero su más fácil localización, la

conseguimos al explorar transversalmente desde el lado contralateral a través de la vejiga, sirviendo a veces de referencia los vasos iliacos internos que cruzan por detrás del ovario.(115,116).

A los Ovarios, que gozan de gran movilidad, a pesar de estar sujetos por los ligamentos suspensorios y útero-ováricos, los podemos localizar en situación antero-uterina, retrouterina o laterouterina, dependiendo de la posición uterina y si existe lateralización o no, incluso del grado de replección vesical.(117).

El tamaño, en la edad prepuberal y llegada la Menopausia, es pequeño, (menos de 2 Cms), por lo que se hace difícil su localización,(118). En la edad postpuberal, tienen un tamaño aproximado de 2.5 a 4 Centímetros en sentido mayor longitudinal, de 1.4 a 2.5 Cms de anchura y de 1 a 1.8 Cms de grosor.

La ecogenicidad del ovario, es algo mayor que la uterina, pero también blanda, y será distinta, dependiendo de la fase del ciclo en que exploremos los ovarios. En la fase proliferativa inicial, podemos observar varios pequeños quistes, que corresponden a folículos en crecimiento, más tarde y dentro de la misma fase, se observará un solo folículo o quiste mayor, que dejaremos de verlo una vez que se produzca la ovulación, que aunque con importantes variaciones, suele acontecer, al alcanzar de 1.8 a 2.8 Cms.(119).

I.3.7.5.- Otras estructuras pélvicas

Trompas: No son visibles, salvo que exista un derrame, aunque a veces se detectan como una expansión lateral del fondo uterino, en los cortes transversales.

Vejiga: Aparece como estructura anecóica, de paredes blandas y delgadas, de forma cuadrangular en el corte transversal y triangular en el longitudinal, si el grado de replección es el adecuado, constituyendo la "Ventana acústica" (120), que permite estudiar el contenido de la pelvis, al desplazar una cantidad importante del Intestino Delgado y Mesenterio hacia fuera de dicha cavidad.

En la parte anterior de la Vejiga, aparecen abundantes ecos finos o reverberancias que carece de significado patológico.

Fondo de Saco de Douglas: Hay que saber, que en la etapa preovulatoria inmediata y postovulatoria, por traxudado del ovario o consecuencia de la rotura folicular, puede aparecer en el fondo del saco de Douglas, en íntimo contacto con el útero y por su cara posterior, una pequeña colección líquida, que por su etiología carece de valoración patológica.

Recto-Sigma: Por detrás del Utero y a veces algo lateralizada con respecto a éste dependiendo de la posi-

ción del mismo, se observa la ampolla rectal, que por su contenido rico en gases y/o heces, puede inducirnos a error en el diagnóstico, por confusión con quiste o masa pélvica. Normalmente, con utilizar los cortes oblicuos y sagitales, puede ser suficiente, para aclarar el diagnóstico, pero en otros casos necesitaremos un Enema o limpieza intestinal completa, para salir de dudas, (117,120).

Vasos Pélvicos: Las Arterias y Venas Iliacas internas pueden ser observadas en la Pelvis menor, en el eje longitudinal del ovario y en posición posterior y ligeramente lateral al mismo, si la vejiga está bien distendida, (120).

Uréteres: No se suelen ver en el examen de rutina de la pelvis, debido a su pequeño diámetro y a las asas intestinales subyacentes, (117,120).

T A B L A VI

=====

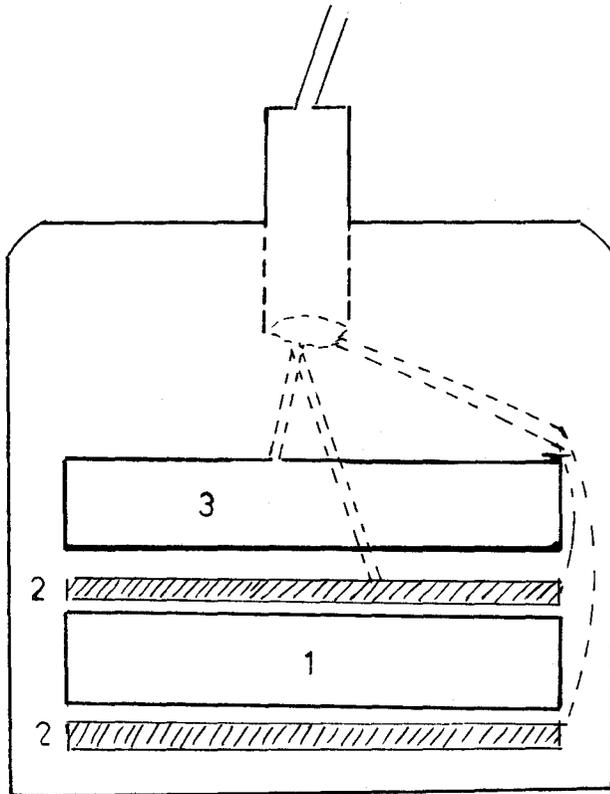
CLASIFICACION DE LOS SONIDOS SEGUN SU FRECUENCIA

=====

FRECUENCIA	DENOMINACION
de 0 - 16 HerzInfrasonidos
de 16 - 20.000 HerzSonidos.(Audición)
de 20.000 - 10.000.000.000 Herz . . . (10.000 Mhz)	.ULTRASONIDOS

DEVAUD, (104) .

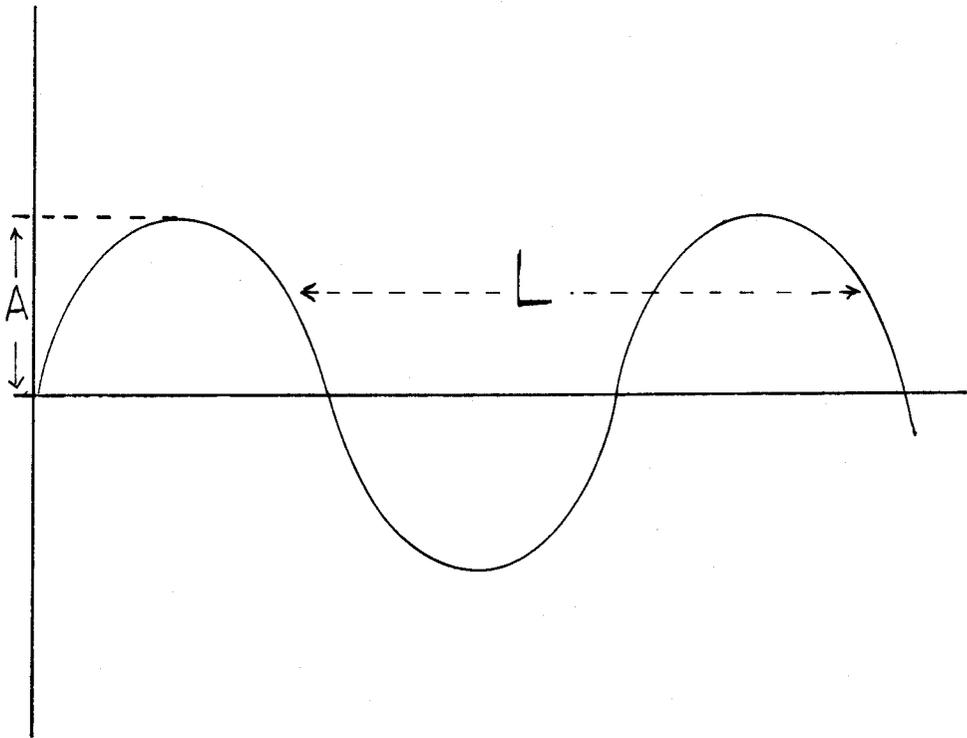
F I G U R A 1



DEVAUD, (104)

TRADUCTOR o SONDA

- 1.- Cristal ceramico
- 2.- Electrodo
- 3.- Cristal de material absorvente.

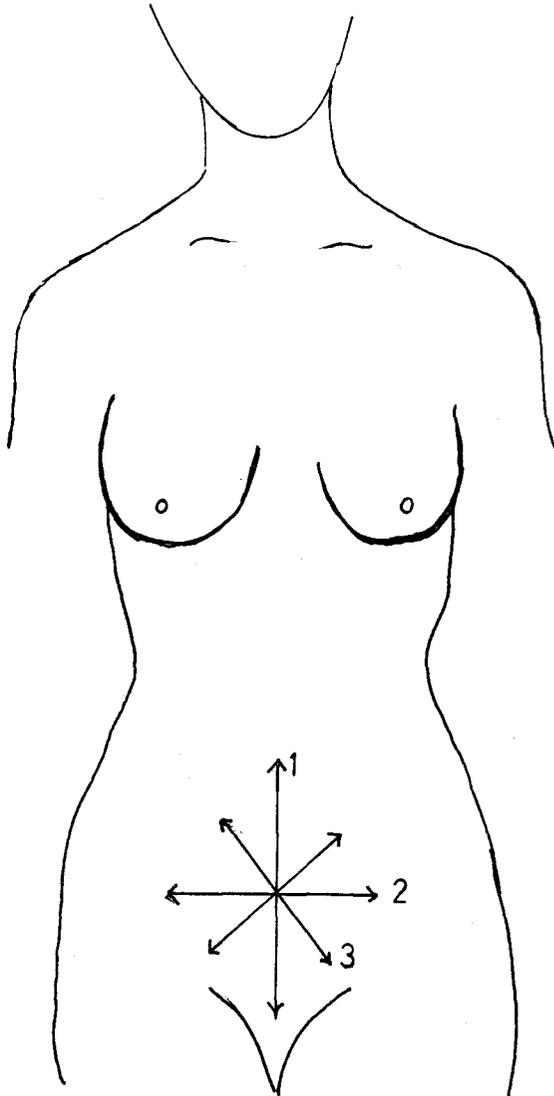
FIGURA 2

BELLOCH, (106)

ONDA ACUSTICA

A.- Amplitud
L.- Longitud de Onda

F I G U R A 3
=====



MAULEON, (110)

Planos de Exploración de la Pelvis

- 1.- Corte Longitudinal.
- 2.- Corte Transversal.
- 3.- Cortes Oblicuos.

II.- HIPOTESIS DE TRABAJO

II.- HIPOTESIS DE TRABAJO.

Como hemos visto anteriormente, la Patología Anexial constituye un capítulo muy amplio por su variedad y muy importante, debido a su Frecuencia y Morbimortalidad, que hace, sobre todo en lo que se refiere a los tumores ováricos, sea un problema preocupante, dadas las dificultades actuales para un diagnóstico precoz.

Por tanto, constituye una aspiración preferente, el tratar de encontrar un medio de Screening incruento para el diagnóstico precoz de la patología Anexial, que sea de fácil realización y que por su inocuidad y bajo costo, permita ser aplicado a grandes grupos de mujeres, ya que por existir tan variados tipos de patología, prácticamente toda la población femenina, está incluida como

de riesgo en alguno de ellos.

En la actualidad y pese a los esfuerzos realizados por estudiosos y científicos, aun no se dispone en la Clínica, al contrario de lo que sucede con la patología cervical uterina, de un método de detección y de diagnóstico precoz que reúna las condiciones exigidas, de fiabilidad, incruento, de fácil manejo y de costo reducido, para poder ser utilizado como método de screening en grandes masas de población.

La Ecografía, en virtud de la alta resolución que nos ofrecen los modernos aparatos digitales, con Escala de Grises muy amplias, pudiera ser la solución al problema tantas veces planteado y llegar a constituir el método de diagnóstico precoz adecuado.

Por otra parte, ninguno de los métodos diagnósticos empleados hasta ahora, cumplen los requisitos exigidos para poderlos utilizar de rutina, y los que manejamos no son fiables, su realización difícil o cruenta y en la mayor parte de las ocasiones muy costosos. Tampoco, en lo que se refiere a la patología tumoral ovárica, nos informan sobre la benignidad o malignidad de los tumores o localización de los mismos, hechos que pretendemos deducir del estudio ecográfico.

Motivados por la situación expuesta

anteriormente, nos hemos propuesto emprender un estudio con el propósito de establecer, si es posible, una correlación diagnóstica entre las diferentes imágenes Ecográficas que encontremos y los distintos tipos de patología Anexial, comprobada al pasar las enfermas por el quirófano. En lo que respecta, a la patología Anexial tumoral, intentar establecer un Diagnóstico de benignidad o malignidad y el grado de extensión, si se trata de tumores malignos.

III.- MATERIAL Y METODO

III.1.- MATERIAL

III.1.1.- MATERIAL TECNICO. Medios empleados.

Hemos utilizado para nuestro estudio, un Ecografo Toshiba, modelo Sal- 50 A, que podemos observar en la figura 4, de la pagina 70 y cuyas características son: Traductor multiuso, de banda ancha, de alta definición, contraste y resolución. Tres tipos de Focalización bajo el control de un microprocesador y filtraje de ecos para obtener una penetración inimaginable a altas frecuencias. Amplia gama de funciones postprocesado y la posibilidad de inscribir caracteres, identificación de la paciente, posicionamiento, dibujos, Mediadas de distancias, Areas etc.

Entre las principales especificaciones, podemos destacar: Sistema de exploración lineal con foco combinado; Sonda de 5 Mhz/80 mm, electrónico de banda ancha;

Profundidad de diagnóstico de 18 Centímetros; Modos B,B dual y B/M simultáneo; Escala de 32 grises; Monitor de 12 pulgadas; Alimentación 125-220; Un consumo de 500 VA. y un peso aproximado de 105 Kg.

Las Fotos que hemos obtenido y que algunas veremos en la Iconografía, están sacadas, con una Cámara Polaroid que lleva incorporado el Ecografo, según muestra la Figura 4.

A todas las mujeres, le realizamos la exploración ecográfica en similares condiciones de llenado vesical, siguiendo la técnica de DONALD, (94,95), indicándoles que no orinen por la mañana o dándoles agua hasta su llenado correcto, que se consigue, cuando nos retira las asas intestinales creando una ventana acústica, pero sin llegar a una distensión tal, que pueda llegar a distorsionar las imágenes, como ya señalábamos al escribir sobre la técnica de exploración, por comprimir o desplazar las estructuras subyacentes.

Elaboramos un Protocolo base, para la obtención y almacenamiento de datos en nuestro estudio, como podemos ver en la página 71, que además de recoger los datos fundamentales de: Numero de Historia, Fecha e identificación de las pacientes, recoge los parámetros fundamentales en que basamos nuestro estudio, como son, Motivo de Consulta y Sospecha diagnóstica por: Clínica,

Ecografía, Intraoperatoria y por la Anatomía - patológica y / o Microbiología que consideramos como diagnostico de certeza.

Todos los diagnósticos clínicos de sospecha están realizados, por médicos de nuestra Maternidad, y basados en la Anamnesis, Exploración Ginecológica y a veces en pruebas complementarias de Laboratorio, pero sin contar con ecografía, salvo en alguno de los 12 casos, que incluimos en los motivos de consulta, como "con diagnostico previo", ya que por tratarse de pacientes enviadas por otros servicios, Medicina interna, Cirugía, etc., si que traían algún informe ecográfico, pero del Servicio de Radiodiagnóstico.

Todas las ecografías fueron realizadas por el Doctorando, emitiendo en todos los casos un diagnostico de sospecha que más tarde trataríamos de comprobar en Quirófano y posteriormente con el informe Anatómo-patológico. Por ello han sido rechazados todos los casos, que por cualquier motivo perdimos la pista a la enferma, lo que nos sucedió en noventa y cinco pacientes.

Fueron por tanto, doscientas quince mujeres, a las que habiéndoles realizado el estudio ecográfico, pudimos hacer un seguimiento. Las incluimos en nuestra Casuística, que enumeramos en el Capitulo siguiente.

Practicamos veinte Laparoscopias, ciento once

Laparotomias, treinta y dos Laparoscopias seguidas de Laparotomias, siete Minilaparotomias, cinco Colpotomías, un Legrado uterino y una Punción abdominal. En Treinta y ocho ocasiones no se intervino. Dos, de las Laparotomias y Una Laparoscopia seguida de Laparotomia, fueron precedidas de Legrados. (Tabla VII).

Enviamos las piezas o muestras, al Laboratorio de Anatomía patológica en 144 ocasiones, a Microbiología en 25 y en 9 a ambos departamentos de forma simultanea. En 37 ocasiones, no tuvimos confirmación anatomo-patológica o microbiológica, sin embargo a efectos de comprobación diagnostica, en 31 casos de los 37, hemos considerado de certeza, que se trataba de quistes foliculares, ya que en las dos exploraciones Ecograficas sucesivas había desaparecido la formación quística observada, (Tabla VIII), en 26 casos y en 5, tras la observación directa, se puncionaron. De ésta forma, a fin de comprobar posteriormente los Falsos positivos y negativos y el valor predictivo de la ecografía en el diagnostico de los quistes foliculares, los consideramos como confirmados en 41 ocasiones.

En cuanto a los diagnósticos de Anexitis, o procesos inflamatorios pélvicos, (EPI), hemos considerado como diagnostico de certeza, tanto a los diagnósticos anatomo-patológico, como a los resultados positivos de los cultivos realizados en Microbiología.

Las muestras para el análisis Microbiológico fueron obtenidas en doce casos por Laparoscopia, en seis por Laparotomía, en tres por Laparoscopia, seguida de Laparotomía, en cinco por Colpotomía y en ocho ocasiones por tomas de exudado cervico-vaginal. En los casos, en que realizamos Laparotomía, fueron enviadas muestras simultáneamente a los dos Laboratorios.

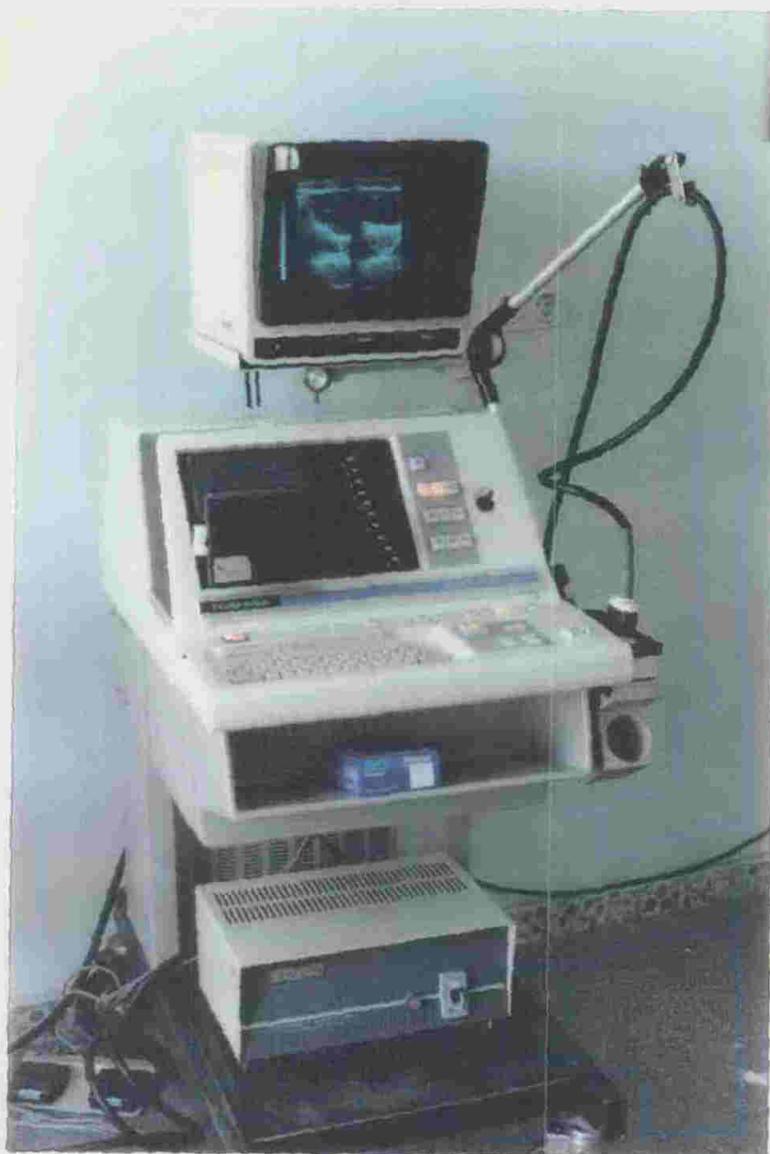


FIGURA.4

ECOGRAFO TOSHIBA SAL - 50 A

Equipo tomográfico por ultrasonidos, para
diagnostico con exploración electrónica lineal.

NUMERO HISTORIA:

FECHA:

APELLIDOS: 19)

29)

NOMBRE:

EDAD:

HIJOS:

ABORTOS:

I.RESUMEN DE ANTECEDENTES:

II.MOTIVO DE CONSULTA:

1.- CLINICA SUBJETIVA:

2.- CLINICA OBJETIVA:

III.SOSPECHA DIAGNOSTICA:

IV.ESTUDIO ECOGRAFICO:

1.- IMPRESION GENERAL:

ASCITIS: si/no

2.- UTERO: / / MM I/D/A/R/C.

3.- OVARIOS/ANEJOS: I. / MM AREA

D. / MM AREA

Consistencia: S/L/M/C LIMITES/CONTORNOS:

4.- COMENTARIOS:

V.DIAGNOSTICO ECOGRAFICO:

VI.HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS/LAPAROTOMICOS:

VII.DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA:

VIII.OBSERVACIONES:

FOTO:si/no.NUM:

T A B L A V I I

 INTERVENCIONES REALIZADAS

INTERVENCION	NUMERO
LAPAROTOMIAS	111
LAPAROSCOPIAS	20
LAPAROSCOPIAS + LAPAROTOMIAS	32
MINILAPAROTOMIAS	7
COLPOTOMIAS	5
LEGRADOS UTERINOS	1
PUNCION ASCITIS	1
NO SE INTERVIENEN	38
	215

Nota: Dos, de las Laparotomias y Una Laparoscopia seguida de Laparotomia, fueron precedidas de Legrado.

T A B L A VIII

=====

QUISTES FOLICULARES CONFIRMADOS

POR:	NUMERO
ANATOMIA-PATOLOGICA	10
DESAPARECER A LA 2ª ECOGRAFIA	26
PUNCION-LAPAROSCOPIA	3
PUNCION-MINILAPROTOMIA	2
	41

III.1.2.- MATERIAL HUMANO. Casuística.

Hemos estudiado, un total de 215 pacientes, cuyos motivos de consulta, podemos ver en la Tabla (IX), y como podemos observar, la mayoría, consultan por una clínica definida, pero otras, como son las 19 pacientes incluidas en "chequeo", no tienen síntoma alguno y en cambio otras, ya nos llegan con una sospecha diagnóstica concreta, como son las enfermas que comprenden el grupo " con Diagnóstico previo", que incluyen: 10 casos de sospecha de Tumor y 2 de Quiste.

Las edades de las pacientes estudiadas, están repartidas, como podemos observar en la Tabla (X). En la Tabla (XI), relacionamos la edad, con el motivo de la consulta.

Destacan las pacientes comprendidas entre

los 21 y 30 años, con 41.39 %, y en menor número, las que pasan de los 50 años (5.58 %). Dentro de todos los grupos de edades, las que consultan por Dolor.

En cuanto al número de hijos y abortos que han tenido las pacientes incluidas en nuestro estudio, podemos verlo en la Tabla XII. Las enfermas que no tuvieron hijos, son 92 y las que no tuvieron abortos, de las 215 que componen nuestra casuística, fueron 167 y de éstas 85 no han tenido ni hijos, ni abortos.

Dentro del grupo de Nuligestas, (85), hemos encontrado 19 esterilidades, de 2 a 11 años.

La Paridad media fue de 1.53 hijos/mujer y el número de abortos, de 0.4 abortos/mujer.

Encontramos también, (ver Tabla XIII), 27 portadoras de Dispositivos Intrauterinos, (DIU), en nuestra población motivo de estudio y como veremos más adelante, de éstas, diez serán diagnosticadas de Proceso Pélvico Inflamatorio, (EPI), y 7 tendrán un Embarazo extrauterino.

A continuación, enumeramos los 215 casos que integran la casuística, motivo de nuestro estudio, detallando: Número de historia; Iniciales de nombre y apellidos; Edad; Número de hijos y de abortos si los tuvieron; Motivo de la consulta; Diagnóstico ecográfico; Diagnóstico Intraoperatorio; Diagnóstico de anatomía

patológica y Observaciones, si las hubiera y con el Nº de la Foto, si estuviera incluida en la Iconografía.

CASO NUMERO:

1.- 6.633. L.A.C. 39 Años. 3 hijos, 1 aborto. Dolor. Endometriosis. Quiste. Quiste seroso. Quiste seroso. Laparoscopia, seguida de Laparotomia.

2.- 9.662. M.A.N. 31 Años. 0 hijos, 0 abortos. Dolor, Tumor. Quiste. Endometriosis. Endometriosis. Esterilidad de 4 años, no estudiada por nosotros. Había sido sometida un mes antes a Inseminación artificial homologa. Laparoscopia.

3.- 17.216. F.A. 25. 1,3. Dolor, fiebre y Leucorrea. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. La paciente es de profesión prostituta, los tres abortos han sido provocados y ahora hace diez días que abortó de nuevo clandestinamente. Presenta oligúria, además de dolor y fiebre. Colpotomía. Foto Nº 12.

4.- 6.673. F.A.S. 27. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomia. Foto Nº 17.

5.- 1.007. R.A.P. 39.4,0. Metrorragia. Gestación. Aborto diferido. Embarazo Ectópico. Embarazo Ectópico. Diagnosticada por Anamnesis y exploración de gestación con amenaza de

aborto y por ecografía de Diferido, es Legrada y posterior al alta, ingresa para laparotomía, por embarazo extrauterino.

6.- 15.142. C.A.F. 35. 0,0. Dolor. Exploración difícil, poco clara. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Portadora de DIU, confiada por el método anticonceptivo, no era consciente de retraso menstrual. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

7.- 6.904. D.A.C. 25. 1,2. Dolor, Fiebre y Leucorrea. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia.

8.- 12.105. R.A.G. 34. 0,7. Dolor, fiebre y Leucorrea. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia.

9.- 5.895. J.A.A. 33. 3,2. Dolor. Ectópico. Ectópico Ectópico Ectópico. Portadora de DIU. Laparotomía.

10.- 5.421. V.A.B. 23. 0,1. Dolor. Tumoración abdominal. Quiste. Quiste. Quiste. Paciente enviada para informe, por el Servicio de Medicina Interna. Laparotomía.

11.- 10.298. S.A.M. 30. 0,0. Estudio de Esterilidad primaria de 5 años. No hay sospecha clínica Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

12.- 38.346. A.A.C. 25. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

13.- 13.002. E.A.O. 26. 0,0. En estudio de Esterilidad

primaria de 3 años. Sin hallazgos en la exploración. Quiste folicular, por Ecografía, que desaparece posteriormente.

14.- 3.386. C.A.R. 32. 0,0. Soltera. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia.

15.- 5.274. C.A.R. 21. 0,0. Dolor. Quiste gigante. Quiste gigante. Quiste gigante. Quiste seroso, (Cistadenoma seroso de Ovario). Laparotomía. Foto Nº 25.

16.- 22.822. C.A.L. 26. 0,0. En estudio de Esterilidad de 4 años. Sin hallazgos en la exploración. Quiste de 8 X 6 Cms. Quiste. Quiste seroso. Laparotomía.

17.- 9.593. T.A.L. 19. 0,0. Amenorrea, Dolor. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

18.- 5.401. G.A.D. 28. 1,0. Trastornos menstruales, (Hipermenorrea). Tumor, (Mioma) por sospecha clínica. Tumor Mioma degenerado por Ecografía. Quiste. Metástasis de Adenocarcinoma de Endométrio. Laparotomía.

19.- 8.679. C.A.M. 26. 0,0. Metrorragia, Amenorrea. Amenaza de aborto en Gestación. Diferido por ecografía. Ectópico Intraoperatorio. Cuerpo luteo hemorrágico por anatomía patológica. Laparotomía.

20.- 6.836. T.B.R. 27. 2,0. Dolor. Diagnosticada de Cólico nefrítico. Ectópico por ecografía. Cuerpo luteo

hemorrágico. Cuerpo luteo hemorrágico. Laparoscopia seguida de Laparotomía. Foto Nº 51.

21.- 11.360. J.B.M. 44. 0,0. Dismenorrea, en estéril de 9 años. Endometriosis. Quiste folicular. No se interviene y desaparece el quiste. Foto Nº 35.

22.- 16.105. R.B.C. 25. 0,0. Dolor. Sin hallazgos por la exploración clínica y ecográfica. Embarazo ectópico de visu y por anatomía patológica. Laparotomía. Portadora de DIU.

23.- 12.334. P.B.P. 34. 1,0. Dolor, fiebre y Leucorrea. Antecedentes de supuración uretral de su pareja. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia. Portadora de DIU. Foto Nº 10.

24.- 4.137. D.B.O. 23. 1,0. Dolor y Metrorragia. Se diagnostica de quiste de Ovario. Por eco, de quiste seroso, que se confirma intraoperatoriamente. La anatomía patológica, dice que se trata de quiste de cuerpo luteo. Portadora de DIU. Laparotomía. Foto Nº 45.

25.- 6.969. C.B.B. 49. 3,1. Metrorragia, en paciente mastectomizada hace dos años, por Ca. de Mama. Sin hallazgos exploratorios. Ascitis. Ascitis Ascitis. Punción abdominal.

26.- 8.138. M.B.P. 34. 3,2. Dolor y Leucorrea. Se diagnostica de Anexitis por clínica y ecografía y se confirma en quirófano y por anatomía patológica, que se trata de una

Anexitis añadida a una Endometriosis. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

27.- 6.212. F.C.G. 21. 0,3. Dolor, Fiebre y Leucorrea. Leucorrea. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Portadora de DIU. Laparoscopia. Foto Nº 7.

28.- 16.879. P.C.H. 42. 1,0. Trastornos menstruales. Quiste de Ovario. Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Quiste (mucinoso). Laparotomía. Foto Nº 24.

29.- 15.512. C.C.G. 28. 0,1. Dolor. Quiste. Quiste. Quiste. Quiste. Laparotomía.

30.- 4.593. C.C.F. 16. 0,0. Dolor, Fiebre y Leucorrea. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Colpotomía.

31.- 8.024. C.C.A. 38. 3,0. Dolor. La exploración clínica no aclara.(?). Tumor (Mioma degenerado). Quiste. Quiste. Laparotomía.

32.- 12.139. A.C.A. 22. 0,0. Dolor. Anexitis. Anexitis. No se interviene. Anexitis por cultivos y evolución clínica. Clamidas.

33.- 38.354. D.C.A. 28. 2,2. Dolor y Metrorragia. Ectópico. Ectópico. Anexitis. Anexitis. Laparotomía.

34.- 085. A.C.R. 40.3,0. Dolor y Metrorragia. Clínica y exploración no aclaran. Endometriosis. Quiste. Endometriosis.

Por Laparoscopia, seguida de Laparotomia, se diagnostica quiste y la anatomía patológica confirma la Endometriosis. Portadora de DIU. Foto Nº 13.

35.- 9.929. D.C.G. 40. 3,0. Amenorrea y Metrorragia. Ectópico. Quiste folicular. No se interviene. Desaparece quiste.

36.- 6.304. A.C.S. 23. 0,0. Dolor y Metrorragia. Tumor, (Mioma). Quiste. Quiste. Quiste (Teratoma). Laparotomia. Foto Nº 28.

37.- 7.250. A.C.E. 38. 0,0. Dolor y Metrorragia. Ectópico. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomia. Foto Nº 14.

38.- 12.178. A.C.R. 22. 1,0. Dolor. Quiste. Quiste. Intraoperatorio Quiste, y posteriormente se trata de una Endometriosis. Laparotomia. Foto Nº 44.

39.- 5.586. F.C.R. 29. 1,0. Dolor, Fiebre y leucorrea. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Parto 12 días antes del ingreso. Colpotomía.

40.- 13.176. A.C.V. 29. 0,0. Amenorrea, Dolor y Metrorragia. En esterilidad de 5 años. Ectópico. Ectópico. No se interviene posteriormente y resulta que se trata de gestación normal y Cuerpo luteo.

41.- 6.634. C.C.M. 50. 5,2. Enviada por Tumoración abdominal. Se sospecha Carcinoma de ovario por exploración y

ecografía y se confirma por el acto quirúrgico y la anatomía patológica, (carcinoma endometriode). Laparotomía. Foto Nº 30.

42.- 780. A.C.P. 26. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, seguida de laparotomía. Foto Nº 18.

43.- 11.187. A.C.G. 50. 3,0. Tumoración abdominal. Se sospecha un Tumor (Mioma), por exploración y por ecografía se sospecha quiste trabeculado. Pero el quirófano y la anatomía patológica confirman el Mioma en fase de necrosis. Laparotomía. Foto Nº 31.

44.-12.866. J.C.P. 21. 0,0. Enviada por antecedentes inmediatos de Mola, para revisión. Por exploración clínica no hay hallazgos y por ecografía se diagnostica un quiste que resulta ser intraoperatorio y por anatomía - patológica, un coriocarcinoma. Laparotomía. Foto Nº 31.

45.- 10:276. J.S.S. 62. 1,0. Tumoración abdominal. Tumor. Quiste Tabicado por eco. Quiste bilateral en quirófano. Carcinoma de ovario bilateral. Laparotomía.

46.- 9.075. R.T.M. 26. 0,0. Dolor. Endometriosis. Endometriosis. Quiste Bilateral. Quiste bilateral, Seroso y C.luteo. Laparoscopia seguida de laparotomía.

47.- 4.416. S.D.B. 20. 0,0. Dolor. Anexitis. Quiste

folicular. No se interviene y posteriormente desaparece.

48.- 12.217. D.D.A. 28.1,0. Amenorrea y Dolor. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Anexitis izquierda. Laparoscopia seguida de laparotomía.

49.- 13.722. R.D.B. 30.2,0. Dolor, Fiebre y Metrorragia. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Portadora de DIU. Laparoscopia. Foto Nº 8.

50.- 15.666. A.D.A. 50. 2,0. Tumorción abdominal. Tumor Quiste, (Ca de ovario). Quiste, (Ca de ovario). Carcinoma de ovario. Laparotomía. Foto Nº 29.

51.- 10.373. D.D.M. 39. 2,0. Dolor y Metrorragia, en esterilidad de 5 años. Tumor. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

52.- 379. C.D.P. 39. 3,0. Dolor, Metrorragia y mareos. Ectópico. Ectópico, (hemoperitoneo). Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

53.- 16.173. D.F.J. 23. 1,0. Dolor. Quiste. Quiste. Quiste (Teratoma). Quiste (Teratoma). Laparotomía.

54.- 9.976. C.F.F. 37. 0,0. Dolor. Quiste. Quiste, (teratoma). Quiste, (teratoma). Teratoma quístico con transformación maligna. Carcinoma epidermóide. Laparotomía.

55.- 7.175. E.F.G.21. 0,0. Ingresa por metrorragia y se

diagnostica de gestación, amenaza de aborto. Por ecografía aborto diferido. Después de ser legrada la paciente, hay que Laparotomizar, comprobándose Embarazo ectópico por cirugía y anatomía patológica. Foto Nº 48.

56.- 7.945. C.F.O. 17. 0,0. Enviada por sospecha de quiste ovárico diagnosticado en medicina interna en una eco abdominal. Por exploración, es diagnosticada de Malformación uterina. Por ecografía Quiste, que se confirmará por la cirugía y anatomía patológica. Laparoscopia, seguida de laparotomía.

57.- 7.671. M.F.P. 24. 0,0. Dolor y fiebre en portadora de DIU, se diagnostica por exploración y ecografía de Anexitis. En quirófano por laparoscopia se comprueba que es quiste folicular, que se punza. No procede Anatomía-Patológica

58.- 11.538. C.F.R. 31. 2,0. Metrorragia. Por clínica y exploración de rutina, no aclara. Por ecografía, Quiste. Quirófano quiste y en anat-patológica: Cistadenoma seroso. Portadora de DIU. Laparotomía. Foto Nº 23.

59.- 17.799.C.F.A. 29.3,1. Dolor y Metrorragia.Ectópico. Ectópico. Cuerpo Luteo hemorrágico. Cuerpo luteo hemorrágico. Laparotomía. Foto Nº 52.

60.- 13.004. L.F.R. 21. 0,0. Dismenorrea y Metrorragia. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis.

Laparoscopia seguida de laparotomía.

61.- 6.637. E.G.T. 27. 0,0. Dolor y antecedentes de intervención por endometrioma. Endometriosis. Endometriosis. Quiste folicular. Quiste folicular, (hiperestimulación). Laparotomía.

62.- 4.300. D.G.B. 30. 2,0. Dolor y metrorragia. Clínica y exploración no aclaran. Por ecografía se sospecha endometriosis. Por cirugía y anatomía patológica, se trata de Anexitis. Portadora de DIU. Laparotomía.

63.- 6.013. A.G.G. 35. 0,0. Amenorrea y Dolor y esterilidad de seis años. Exploración poco definitiva. Se sospecha ectópico por eco y se confirma por la cirugía y anatomía patológica. Laparoscopia seguida de laparotomía.

64.- 1.957. J.G.G. 24. 1,0. Dolor y metrorragia. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

65.- 10.357. I.G.R. 40. 5,0. Dolor. Diagnostico poco claro. (?) Endometriosis por eco. Varicocele por Laparoscopia. No procede anatomía patológica.

66.- 8.691. C.G.V. 27. 0,0. Dolor. Tumor. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía. Foto Nº 15.

67.- 2.047. J.G.A. 26. 0,0. Dolor. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia seguida de Laparotomía.

68.- 17.698. J.G.V. 31. 0,4. Dismenorrea Y Metrorragia. Endometriosis. Endometriosis. Quiste seroso. Quiste folicular. Laparotomía.

69.- 11.942. D.G.A. 32. 1,0. Amenorrea y metrorragia. Se diagnostica de Gestación (amenaza de aborto). Diferido por Ecografía. Legrado uterino y Laproscopia + Laparotomía posterior (a los 4 días), por Ectópico. Ectópico.

70.- 2.204. J.G.E. 18. 0,0. Dolor y Leucorrea. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia.

71.- 6.747. A.G.G. 23. 0,1. Dolor. Quiste. Endometriosis Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

72.- 11.266. A.G.G. 37. 9,0. Dolor. Quiste. Quiste (teratoma). Quiste, (teratoma). Quiste (teratoma). por Laparotomía.

73.- 46.406. M.G.J. 32. 2,0. Chequeo, Antecedentes de Endometriosis. Nada genital por exploración. Sospecha de Endometriosis por ecografía, que se confirma en quirófano y por anatomía patológica. Laparotomía.

74.- 3.112. M.H.R. 32. 1,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Anexitis. Anexitis. Laparotomía.

75.- 2.995. T.H.F. 29. 0,0. Trastornos menstruales en esterilidad de 3 años. Quiste funcional. Quiste folicular. No se interviene y desaparece el quiste.

76.- 3.310. C.H.H. 31. 2,0. Dolor, Fiebre y Metrorragia. Ectópico. Ectópico. Ectópico, por Laparoscopia, seguida de Laparotomía. Anexitis por Anatomía patológica. Portadora de DIU. Ya en la Laparotomía, se sospecha la Anexitis. Foto Nº 54.

77.- 948. M.H.J. 41. 2,0. Dolor. Clínica y Exploración poco clarificante. Por eco Quiste. Quiste en Laparotomía. Quiste de cuerpo luteo en anatomía patológica.

78.- 13.355. F.J.M. 83. 6,3. Tumoración abdominal, enviada por Medicina Interna. Sospecha clínica de tumor, dudando si correspondería a Utero u Ovario. Por ecografía sospecha de Ca de Ovario, con presencia de Ascitis, que se confirma en quirófano y anatomía patológica. Laparotomía.

79.- 6.580. C.J.B. 37. 6,3. Chequeo para Esterilización voluntaria. (B.T). No hay hallazgos exploratorios. Quiste folicular por ecografía, que se confirma por minilaparotomía y anatomía patológica.

80.- 3.418. A.J.F. 35. 2,0. Chequeo para Esterilización voluntaria. (B.T). Tumor anexial. Por ecografía, se sospecha Quiste de Ovario, (probablemente maligno, por los crecimientos sólidos que se observan en su interior). En el acto operatorio Quiste. Y Tumor, Mioma degenerado o en fase de necrosis por anatomía patológica. Laparotomía. Foto Nº 40.

81.- 3.487. E.J.J. 37. 4,0. Dolor. Anexitis. Anexitis.

Ectópico. Ectópico. Portadora de DIU. Laparoscopia seguida de laparotomía.

82.- 8.481. E.L.N. 36. 2,1. Dismenorrea e inflamación de abdomen. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

83.- 12.822. C.L.V. 24. 0,0. Dolor y fiebre. Esterilidad de 4 años. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia.

84.- 22.784. C.L.C. 36. 2,0. Dolor. Nada genital. Quiste folicular. No se interviene y desaparece el quiste.

85.- 13.141. A.L.F. 20. 1,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia seguida de laparotomía.

86.- 17.778. C.L.A. 41. 1,1. Dolor en portadora de DIU. Nada por exploración y ecografía y posteriormente ingresa con ectópico con accidente, que se confirma por anatomía patológica. Laparotomía.

87.- 7.055. P.L.C. 29. 0,0. Amenorrea, dolor. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

88.- 12.063. J.L.L. 35. 6,2. Dolor. Quiste. Quiste. Quiste. Quiste. Laparotomía.

89.- 8.948. D.L.M. 26. 0,0. Metrorragia. Ectópico.



Ectópico, (hemoperitoneo). Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

90.- 11.834. C.L.M. 35. 4,0. Metrorragia. Nada genital. Endometriosis por ecografía. No se interviene. Desaparece la imagen al siguiente control, sin tratamiento. Folículo.

91.- 5.051. E.L.V. 23.1,0. Dolor. Tumor, (Mioma). Quiste. Quiste Teratoma. Quiste teratoma. Laparotomía.

92.- 9.232. A.L.V. 33. 3,1. Dolor, Metrorragia y mareos. Ectópico. Ectópico, (hemoperitoneo). Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

93.- 5.198. R.L.N. 28. 2,0. Dolor y Fiebre. Anexitis. Anexitis. Ectópico. Ectópico. Laparoscopia seguida de Laparotomía.

94.- 3.234. E.L.A. 42. 2,1. Coitálgia, Dolor y Metrorragia. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía. Foto Nº 16.

95.- 10.584. B.L.S. 35. 4,0. Informe de M. Interna, por Dolor. Nada genital. Quiste. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

96.- 13.104. J.M.R. 25. 0,0. Dismenorrea. Nada genital. Quiste. Quiste. Quiste seroso. Laparotomía.

97.- 14.295. J.M.R. 32. 4,0. Amenorrea y Metrorragia. Por clínica gestación, (amenaza de aborto). Por eco diferido.

Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

98.- 7.528. F.M.O. 19.2,0. Dolor, Fiebre y Leucorrea. Anexitis. Anexitis. No se interviene. Anexitis, por cultivos y evolución clínica. Foto Nº 9.

99.- 1.783. A.M.R. 35. 2,0. Dolor y Fiebre Leucorrea. Anexitis.No se interviene. Anexitis,por evolución y cultivos.

100.- 2.433. E.M.R. 40.1,3. Metrorragia. Quiste. Quiste. Anexitis. Anexitis. Portadora de DIU. Laparotomía.

101.- 8.405. S.M.D. 38. 3,0. Metrorragia. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis y Atípicas por la anatomía patológica. Laparotomía.

102.- 5.079. A.M.L. 27. 0,0. Dolor y Metrorragia. Anexitis. Anexitis. Quiste seroso. Quiste folicular. Portadora de DIU. Laparotomía. Foto Nº 49.

103.- 10.756. C.M.M. 59. 3,0. Dolor. Quiste bilateral de ovario. Quiste bilateral. Quiste bilateral. Quiste bilateral de ovario, (Cistadenocarcinoma seroso bilateral). Laparotomía. Foto Nº 33.

104.- 5.818. F.M.C. 48. Esterilidad de 11 años. Chequeo. Quiste. Quiste. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

105.- 12.611. A.M.P. 51. 4,1. Dolor y Metrorragia. Endometriosis. Ectópico. Anexitis. Anexitis. Laparotomía.

106.- 3.258. C.M.R. 22. 1,0. Dolor y metrorragia. Endometriosis. Quiste. Ectópico, (sin accidente). Ectópico. Laparoscopia, seguida de laparotomía.

107.- 5.540. C.M.C 54. 3,0. Chequeo. Nada genital. Quiste folicular. No se interviene. Desaparece.

108.- 2.611. A.M.L. 24. 2,0. Dolor. Exploración difícil, no aclara, en portadora de DIU. Ectópico por ecografía. Ectópico de visu intraoperatorio, pero la anatomía patológica, dice que se trata de Cuerpo Luteo Hemorrágico. Laparotomía.

109.- 5.514. C.M.V. 32. 2,0. Tumoración abdominal, enviada por Medicina Interna. Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Laparotomía.

110.- 3.954. D.M.C. 43. 1,0. Metrorragia. Quiste folicular. Quiste folicular. No hay intervención. Desaparece el quiste.

111.- 14.824. E.M.P. 44. 1,0. Dolor. Exploración difícil. Tumor. Quiste bilateral por eco. Anexitis bilateral en intervención, que se confirma por anatomía patológica. Laparotomía. Foto Nº 53.

112.- 7.678. S.M.F. 38. 5,0. Chequeo, por Revisión de DIU. Nada genital. Quiste folicular. No hay intervención. Desaparece el quiste.

113.- 2.028. C.M.O. 53. 9,1. Dolor y Leucorrea. Anexitis.

Anexitis. No intervención. Anexitis, por cultivos y evolución clínica.

114.- 2.029. C.M.O. 50. 9,1. Tumoración abdominal, enviada de Medicina Interna. Sospecha clínica y ecográfica de quiste. No se opera y posteriormente desaparece la imagen quística. Por lo que entendemos se trataba de quiste folicular.

115.- 15.815. M.M.S. 32. 2,2. Chequeo para esterilización voluntaria. (B.T). Nada genital. Quiste folicular. Quiste folicular. Minilaparotomía.

116.- 9.110. J.M.G. 28. 0,0. Para estudio de esterilidad, de 3 años. Se diagnostica de Gestación. Quiste y gestación. Quiste y gestación. Quiste y gestación. Laparotomía.

117.- 6.902. A.M.E. 39. 0,0. Dismenorrea y metrorragia. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, seguida de laparotomía.

118.- 13.177. M.M.M. 27. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. No se opera y desaparece posteriormente, por lo que entendemos que se trata de quiste folicular.

119.- 9.582. I.M.M. 30. 0,0. Metrorragia. Amenaza de aborto. Ectópico. Ectópico. ectópico. Laparotomía.

120.- 5.605. S.M.Z. 36. 5,0. Chequeo para esterilización voluntaria. (B.T). Nada genital. Quiste folicular. Quiste folicular. Quiste folicular. Minilaparotomía.

121.- 672. A.M.R. 26. 1,0. Dolor, en paciente portadora de DIU. Clínica y exploración poco clara. Sospecha ecográfico de ectópico, que se confirma en el quirófano y por la anatomía patológica. Laparotomía. Foto Nº 21.

122.- 5.405. A.M.B. 24. 1,0. Amenorrea y dolor. Nada. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparoscopia seguida de laparotomía.

123.- 6.993. A.M.G. 19. 0,0. Dolor. Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Laparotomía. Foto Nº 27.

124.- 5.819. A.M.G. 30. 3,1. Dolor. Quiste. Quiste (Teratoma) Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Laparotomía.

125.- 10.315. J.M.M. 25. 1,0. Chequeo para revisión de DIU. Nada. Quiste folicular. No se interviene y desaparece en el siguiente control.

126.- 14.811. C.N.C. 65. 7,0. Revisión de oncología. Quiste, (CA de ovario). Quiste, (CA de ovario). Quiste, (CA de ovario). Laparotomía.

127.- 4.846. N.N.R. 20. 0,0. Dolor. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, Seguida de Laparotomía.

128.- 17.205. A.N.R. 26. 0,0. Chequeo. Nada genital. Quiste folicular. No se interviene, y desaparece en el

siguiente control.

129.- 14.868. M.N.D. 76.3,3. Tumoración abdominal. Quiste Quiste, CA de ovario. Quiste, CA de ovario. Quiste, CA de ovario. Laparotomía. Foto Nº 32.

130.- 16.102. P.O.G. 21. 0,0. Amenorrea y Dolor. Diagnóstico de gestación. Por eco gestación y cuerpo luteo. No se interviene. Continúa la gestación y desaparece al tercer mes el cuerpo Luteo. Foto Nº 37.

131.- 17.299. C.O.S. 32. 0,0. Dismenorrea en paciente estéril de 6 años. Sin hallazgos exploratorios. Endometriosis Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

132.- 3.121. R.O.G. 26. 0,0. Chequeo. Nada genital. Quiste folicular.No se interviene y posteriormente desaparece el quiste.

133.- 12.249. A.O.S. 32. 2,0.Amenorrea y Dolor.Gestación. Quiste y gestación. Quiste y gestación. Quiste y gestación. Laparotomía.

134.- 8.503. M.O.V. 62. 2,2. Dolor. Tumor. Quiste. Quiste. Quiste. (Carcinoma de ovario). Laparotomía.

135.- 5.498. L.O.C. 20. 0,0. Amenorrea y Dolor. Gestación. Gestación y Cuerpo luteo.No ha lugar a intervenir. Desaparece al cuarto mes.Parto a término normal.

136.- 4.830. M.O.G. 34. 1,0. Chequeo para Revisión de DIU Nada genital. Quiste folicular. NO se interviene. Desaparece al siguiente control.

137.- 8.837. M.O.R. 35. 3,1. Amenorrea y Dolor. Exploración no aclara. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparotomía previa punción de Douglas Positiva y Test de gestación +. Foto Nº 22.

138.- 4.401. L.P.D. 28. 1,0. Coitálgia. No aclara la exploración. Sospecha de endometriosis por ecografía, que se confirma en el quirófano y por la anatomía patológica. Laparoscopia, seguida de laparotomía.

139.- 14.279. M.P.CH. 41. 0,0. Dolor. Tumor. Quiste. Tumor, (Mioma). Tumor, (Mioma). Laparotomía.

140.- 1.986. M.P.G. 37. 3,0. Dolor y antecedentes de Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

141.- 7.859. A.P.S. 18. 0,0. Amenorrea primaria. Quiste folicular. Síndrome de Stein Leventhal, que se confirma por anatomía patológica. Laparoscopia.

142.- 7.756. N.P.G-L. 20. 0,0. Dolor. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Portadora de DIU. Laparoscopia.

143.- 8.235. G.P.G. 27. 1,0. Dolor. Quiste. Quiste. Quiste. Quiste. Quiste. Laparotomía.

144.- 3.994. C.P.M. 42. 1,0. Dolor y Fiebre. Nada genital. Anexitis. No se interviene. Anexitis, por cultivos y evolución clínica.

145.- 8.100. A.P.M. 26, 0,0. Dolor. Exploración poco clara. Quiste folicular. No se interviene y desaparece el quiste folicular. Foto Nº 36.

146.- 10.361. R.P.R. 44. 0,0. Dolor y Metrorragia. Quiste. Quiste. Quiste. Quiste. Laparotomía.

147.- 14.926. L.P.S. 29. 0,0. Estudio de esterilidad de 5 años. Tumor Mioma. Quiste. Tumor, (Mioma degenerado). Tumor, (Mioma degenerado). Laparotomía. Foto Nº 41.

148.- 4.899. C.P.C. 50. 3,0. Revisión oncología. Aclara poco la exploración. Tumor. Tumor. Tumor, (Metástasis de Carcinoma endometriode.). Laparotomía.

149.- 10.149. M.P.G. 40. 0,0. Soltera. Dolor. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis y Anexitis. Laparotomía.

150.- 4.171. J.P.J. 33. 2,0. Chequeo. Quiste. Quiste, bilateral. Quiste seroso bilateral. Laparotomía.

151.- 6.139. M.P.R. 38. 6,0. Metrorragia. Nada genital. Quiste. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, seguida de laparotomía. Foto Nº 43.

152.- 5.420. A.P.M. 21. 0,0. Metrorragia. Nada genital
Quiste. Quiste. Quiste. Laparotomía.

153.- 3.950. M.R.P. 46. 4,0. Metrorragia. Quiste funcional.
Funcional. Quiste folicular. No se interviene y desaparece en
la siguiente revisión.

154.- 12.789. E.R.V. 22. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis.
Endometriosis. Quiste folicular. Quiste folicular. Laparotomía.

155.- 4.343. M.R.B. 41. 5,0. Chequeo para B.T. Nada. Nada.
Nada. Nada. Minilaparotomía.

156.- 5.501. R.R. 46. 2,0. Dolor. Quiste. Quiste, (Teratoma).
Quiste, (Teratoma). Quiste, (Teratoma). Laparotomía.

157.- 11.527. M.R.N. 44. 8,2. Dolor. Nada genital.
Quiste folicular. No se interviene y desaparece en la
siguiente revisión.

158.- 13.434. R.C.C. 34. 2,0. Dolor y Metrorragia.
Ectópico. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Punción de Douglas
Negativa. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

159.- 9.458. T.R.M. 41. 3,1. Amenorrea y Metrorragia.
Amenaza de aborto. Quiste y Mola. Quiste y Mola. Quiste y Mola
Legrado. Desaparece posteriormente el cuerpo luteo.

160.- 4.592. P.R.H. 26. 0,0. Metrorragia. Nada genital.
Quiste folicular. No se interviene. Desaparece el quiste en

la siguiente revisión.

161.- 16.420. A.R.B. 25. 0,0. Metrorragia. Exploración poco clara. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparoscopia, seguida de Laparotomía. Foto Nº 19.

162.- 8.827. A.R.C. 35. 4,0. Ameno y dolor. Nada genital. Quiste Folicular. No se interviene. Desaparece el quiste en el siguiente control.

163.- 14.950. C.R.G. 51. 4,0. Enviada por quiste de ovario. Quiste. Quiste. Quiste. Quiste. Laparotomía.

164.- 2.583. C.R.J. 35. 0,0. Estudio esterilidad de 9 años. Nada genital. Quiste folicular. Quiste folicular. Y Quiste folicular. Laparotomía.

165.- 7.440. R.R.M. 22. 0,0. Estudio de esterilidad de 5 años. Nada genital. Quiste folicular. Quiste folicular. Quiste folicular. Laparoscopia.

166.- 1.087. A.R.M. 27. 0,2. Amenorrea y dolor. Exploración no aclara. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Punción de Douglas y Laparoscopia seguida de Laparotomía.

167.- 14.836. R.R.M. 24. 1,0. Dolor y Metrorragia. Ectópico. Quiste folicular. No se interviene y desaparece la imagen.

168.- 4.863. J.R.P. 38. 2,1. Tumorción abdominal.Tumor.

Quiste gigante. Tumor intraligamentario. Tumor intraligamentario. Laparotomía.

169.- 3.980. M.R.P. 23. 1,3. Amenorrea y dolor. Gestación. Quiste bilateral y gestación. Quiste, (Carcinoma de ovario). Quiste, (Carcinoma de ovario). Laparotomía.

170.- 10.842. R.R.R. 26. 4,2. Fiebre y Metrorragia. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Portadora de DIU. Laparoscopia.

171.- 1.489. R.R.R. 24. 1,1. Dolor, Leucorrea y metrorragia. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia.

172.- 5.581. B.R.R. 24. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

173.- 11.294. D.R.S. 35. 2,1. Dolor. Tumor. Tumor (Mioma degenerado). Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

174.- 9.355. E.R.C. 25. 0,0. Estudio de esterilidad de 4 años. Nada genital por exploración. Quiste folicular. Quiste folicular, que se punza por Laparoscopia.

175.- 18.366. M.R.C. 31. 2,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. No se opera y desaparece la imagen. Foto Nº 47.

176.- 14.507. V.R.M. 17. 0,0. Dolor. Nada genital. Quiste

folicular. No se opera y desaparece la imagen.

177.- 15.140. L.R.R. 32. 2,0. Dolor, Fiebre y Leucorrea.
Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Colpotomía.

178.- 6.824. A.R.P. 27. Esterilidad. Dolor. Endometriosis.
Endometriosis y Adenomiosis. Endometriosis y adenomiosis.
Endometriosis y adenomiosis. Laparotomía.

179.- 5.035. Y.R. 45. 2,2. Dismenorrea y fiebre.
Endometriosis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia.

180.- 3.447. D.R.A. 25. 1,0. Dolor y Fiebre. Anexitis.
Anexitis. No se interviene. Anexitis, confirmada por cultivos y
evolución.

181.- 2.187. J.R.D. 18. 0,0. Dolor. Nada genital. Ectópico.
Ectópico. Ectópico. Cuerpo luteo por anatomía patológica.
Laparotomía.

182.- 2.969. B.R.M. 36. 6,1. Chequeo. Quiste. Quiste.
Quiste. Quiste seroso. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

183.- 5.105. R.R.M. 23. 0,0. Chequeo para esterilización
voluntaria. (B.T.). Nada, Nada, Nada, Nada. Minilaparotomía.

184.- 15.633. C.R.R. 62. 0,0. Chequeo, para esterilización
voluntaria. (B.T.). Nada genital. Quiste folicular. Quiste
folicular. Quiste folicular. Minilaparotomía.

185.- 10.956. J.R.R. 23. 1,1. Dismenorrea. Endometriosis.

Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

186.- 2.903. L.R.S. 15. 0,0. Dolor, fiebre y leucorrea. Anexitis. Anexitis. No intervención. Anexitis por Cultivos y evolución clínica.

187.- 8.940. A.S.G. 20. 0,0. Tumoración abdominal. Tumor, (Mioma). Quiste gigante. Quiste gigante. Quiste gigante. Laparotomía. Foto Nº 26.

188.- 4.688. C.S.P. 27. 1,0. Metrorragia. Quiste. Quiste. Quiste seroso. Quiste folicular. Laparotomía.

189.- 19.177. M.S.D. 31. 3,0. Dolor y Metrorragia. Tumor Uterino. Endometriosis y adenomiosis. Endometriosis y Adenomiosis. Endometriosis y adenomiosis. Laparotomía.

190.- 7.456. J.S.I. 37. 3,0. Chequeo para esterilización voluntaria.(B.T). Nada. Nada. Quiste folicular que se punza en el acto quirúrgico. Minilaparotomía.

191.- 7.806. P.S.P. 34. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. No se interviene. Desaparece la imagen, por lo que el diagnostico es de quiste folicular y al mes siguiente queda embarazada.

192.- 3.121. C.S.C. 39. 2,0. Revisión de oncología. Quiste. Quiste,(Carcinoma de ovario). Quiste,(Carcinoma de ovario). Quiste,(Carcinoma de ovario). Laparotomía.

193.- 16.002. V.S.E. 27. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Nada por ecografía. Endometriosis, no endometriomas. No hay anatomía patológica. Laparoscopia.

194.- 11.011. D.S.M. 34. 0,0. Dismenorrea, en esterilidad de 6 años. Endometriosis. Endometriosis. Quiste folicular. Quiste folicular. Laparotomía.

195.- 11.827. A.S.V. 34. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Tumor, (Mioma). Tumor, (Mioma). Laparotomía. Foto Nº 46.

196.- 8.566. I.S.F. 28. 0,0. Dismenorrea. Nada genital. Quiste. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

197.- 16.957. R.S.P. 24. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Quiste, (Tecoma). Quiste, (Tecoma). Laparotomía.

198.- 7.185. C.S.T. 31. 2,0. Dolor. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Anexitis. Laparoscopia. Portadora de DIU.

199.- 5.273. E.S.G. 19. 1,0. Dolor y Metrorragia. Sospecha de amenaza de aborto por la clínica y exploración. Ectópico por Ecografía, que se confirma por el quirófano y la anatomía patológica. Laparotomía.

200.- 458. J.S.I. 38. 0,0. Dolor. Ectópico Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparotomía, previa punción de Douglas Positiva.

201.- 10.413. J.S.R. 26. 0,0. Amenorrea y Dolor. Gestación. Gestación y cuerpo luteo. Gestación y cuerpo luteo. Gestación y cuerpo luteo. Desaparece entre el tercero y cuarto mes. Foto Nº 38.

202.- 14.737. T.S.P. 29. 2,0. Amenorrea y metrorragia. Gestación. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

203.- 7.688. T.S.S. 35. 1,3. (Todos abortos provocados). Dolor y fiebre. Anexitis. Anexitis bilateral. Anexitis. Anexitis. Colpotomía para drenaje. Foto Nº 11.

204.- 1.627. D.S.P. 28. 0,0. Dolor, Metrorragia y mareos. Ectópico. Ectópico con hemoperitoneo. Ectópico. Ectópico. Laparotomía.

205.- 13.353. C.S.R. 20. 0,0. Chequeo para revisión DIU. Nada genital. Quiste folicular. No se interviene y desaparece al siguiente control.

206.- 1.528. M.T.V. 20. 1,0. Dolor y Metrorragia. Clínica y exploración no aclara. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparoscopia, seguida de Laparotomía. Foto Nº 20.

207.- 7.162. C.T.G. 26. 0,0. Metrorragia. Nada genital. Ectópico. Ectópico. Cuerpo luteo hemorrágico. Por Laparoscopia seguida de Laparotomía.

208.- 11.610. C.T.L. 16. 0,0. Dismenorrea. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparotomía.

209.- 39.573. M.T.M. 20. 0,0. Dolor, fiebre y Leucorrea. Paciente de profesión Prostituta. Anexitis. Anexitis. No se interviene. Anexitis por cultivos y evolución clínica Portadora de DIU.

210.- 6.502. D.T.A. 27. 1,0. Dolor y metrorragia. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Ectópico. Laparoscopia seguida de Laparotomía.

211.- 15.266. C.T.M. 59. 4,2. Metrorragia. Paciente con Carcinoma de Vagina. Quiste,(Ca de Ovario). Quiste,(Ca de Ovario). Quiste,(Ca de Ovario). Quiste,(Carcinoma epidermóide de Ovario). Laparotomía. Foto Nº 34.

212.- 12.661. C.V.R. 51. 3,1. Metrorragia. Tumor,(Mioma). Quiste. Quiste. Quiste. Laparotomía.

213.- 8.220. J.V.V. 48. 5,1. Dismenorrea. Exploración poco clara. Endometriosis. Endometriosis. Endometriosis. Laparoscopia, seguida de Laparotomía.

214.- 5.393. C.R.V. 30. 2,1. Dolor. Ectópico. Ectópico. Cuerpo luteo hemorrágico. Cuerpo luteo hemorrágico. Laparotomía.

215.- 15.563. A.V.P. 38. 5,1. Dolor. Portadora de DIU. Ectópico. Ectópico. Quiste de cuerpo luteo. Ectópico. Laparotomía.

T A B L A I X
 =====
 MOTIVO DE CONSULTA

CAUSA	Nº	%
DOLOR	52	24.2
DISMENORREA	23	10.7
DOLOR + METRORRAGIA	22	10.2
CHEQUEO (CHEQUEO,7; BT,8; DIU,4)	19	8.8
METRORRAGIA	17	7.9
AMENORREA + DOLOR	15	6.9
DOLOR + FIEBRE + LEUCORREA	14	6.5
CON DIAGNOSTICO PREVIO, ESTUDIO DE ESTERILIDAD	12	5.6
AMENORREA + METRORRAGIA	8	3.7
REVISION DE ONCOLOGIA	8	3.7
DOLOR + FIEBRE	4	1.8
DOLOR + LEUCORREA	4	1.8
DISMENORREA + METRORRAGIA	3	1.4
TRASTORNOS MENSTRUALES	3	1.4
DOLOR + FIEBRE + METRORRAGIA	3	1.4
FIEBRE + METRORRAGIA	3	1.4
COITALGIA	1	0.4
COITALGIA + DOLOR + METRORRAGIA	1	0.4
DOLOR + LEUCORREA + METRORRAGIA	1	0.4
AMENORREA PRIMARIA	1	0.4
DISMENORREA + FIEBRE	1	0.4
	215	100 %

T A B L A X
=====

AÑOS	NUM. ENFERMAS	%
< 20	21	9.76
21 - 30	89	41.39
31 - 40	69	32.09
41 - 50	24	11.16
> 51	12	5.58
	215	100 %

T A B L A X I
=====

MOTIVO DE CONSULTA	Num.	EDAD				
		<20	21-30	31-40	41-50	>50
Dolor	52	6	21	17	6	2
Dismenorrea	23	2	11	8	2	0
Dolor + Metrorragia	22	2	11	7	1	1
Chequeo	19	1	4	11	2	1
Metrorragia	17	0	6	6	3	2
Amenorrea + Dolor	15	2	8	5	0	0
Dolor + Fiebre + Leuco.	14	4	5	5	0	0
Diagnostico previo	12	2	0	2	4	4
Estudio Esterilidad	8	0	7	1	0	0
Amenorrea + Metrorragia	8	0	5	2	1	0
Revision de Oncologia	4	0	1	1	1	1
Dolor + Fiebre	4	0	3	0	1	0
Dolor + Leucorrea	3	1	0	1	0	1
Dismenorrea + Metrorragia	3	0	1	2	0	0
Trastornos Menstruales	3	0	2	0	1	0
Dolor + Fiebre + Metro.	2	0	1	1	0	0
Fiebre + Metrorragia	1	0	1	0	0	0
Coitalgia	1	0	1	0	0	0
Coitalgia + Dolor + Metro.	1	0	0	0	1	0
Dolor + Leuco. + Metro.	1	0	1	0	0	0
Amenorrea Primaria	1	1	0	0	0	0
Dismenorrea + Fiebre	1	0	0	0	1	0
	215	21	89	69	24	12

T A B L A X I I
 =====
 P A R I D A D

NUMERO de Hijos/Abortos	NUMERO (h) Mujeres	NUMERO (a) Mujeres
Esteril.	19	-
0	92	167
1	38	25
2	34	13
3	22	8
4	11	1
5	7	0
6	6	0
7	1	1
8	1	0
9	3	0

TABLA XIII

=====

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Repercusión en la Patología anexial.

	TOTAL MUJERES	PORTADORAS D.I.U.	%
CASUISTICA	215	27	12.55
ANEXITIS (E.P.I).	34	10	29.41
E.Ectópicos	32	7	21.87
RESTO PATOLOGIA	149	10	6.71

III.2.- M E T O D O

III.2.1.- CLASIFICACION DE LA MUESTRA.

Hemos clasificado, para facilitar su estudio, a todas las pacientes que lo integran, en cuatro grupos: Diagnósticos de sospecha por la Anamnesis y exploración clínica; Diagnósticos de sospecha ecográficos; Diagnósticos intraoperatorios y Diagnósticos Anatomopatológicos y/o Microbiológicos, que consideramos de certeza o definitivos.

III.2.1.1.- Diagnósticos, por la Anamnesis y Exploración.

En las sospechas diagnosticas, basadas en la historia clínica y en la exploración física, hemos encontrado como se puede observar en la Tabla XIV, como subgrupo más numeroso de diagnósticos, 41 pacientes (19.07 %), a las que no se les diagnostica patología alguna, y el juicio clínico

inicial, basado como anteriormente dijimos en la Historia clínica, la Exploración y a veces pruebas complementarias, pero nunca el examen ecográfico, ha sido de No sospecha de patología ginecológica.

Este subgrupo de población, es diferente del que señalamos con un signo de interrogación (?), ya que en éste último, incluimos a 18 pacientes, (8.37 %), que aunque no sabemos la patología que padecen, si que hay o puede haber alguna patología, pero que unas veces, debido a la clínica poco clara, otras porque la exploración resulta difícil dada la resistencia dolorosa o voluntaria por parte de la mujer, y otras por obesidad o incluso por la ocultación de datos fundamentales para el diagnóstico por parte de la enferma, se nos hace muy difícil la emisión de un diagnóstico o juicio clínico concreto, abriendo mucho el abanico de posibilidades diagnósticas. Por tanto, en éste grupo, no solo, no descartamos la posibilidad de patología genital, sino que incluso la sospechamos, pero sin poder definirnos sobre una enfermedad concreta.

En orden decreciente en frecuencia, y siguiendo al subgrupo de diagnósticos antes comentado, en el que no encontramos patología ginecológica, tenemos 35 Endometriosis, (16.28 %). De Anexitis y Quistes, se emiten el mismo número de diagnósticos, 29, (13.48 %). En 22 ocasiones, se llega al diagnóstico de Gestación ectópica y en 15, de Gestación

intrauterina. El Diagnostico de sospecha por la clínica y exploración, de Tumor genital, tiene lugar en 21 casos, (9.76 %).

Tenemos que aclarar, para una mejor comprensión de ésta clasificación de la patología, incluida en el primer grupo, que cuando hacemos un diagnostico de Endometriosis, aunque lo que estemos palpando por exploración, sea una masa quística y realmente el Endometrioma es un quiste, (los llamados quistes de chocolate), nosotros cuando hemos sospechado, como decimos, ésta patología, y el juicio clínico se orienta hacia el diagnostico de Endometrioma, no lo incluimos en el grupo de quistes, sino en el de Endometriosis.

Igualmente, cuando hacemos un diagnostico de sospecha, por la clínica y exploración, de Quiste, queremos decir que la paciente tiene un quiste de ovario, especificando o no su naturaleza, pero excluyendo de nuestro diagnostico, los quistes funcionales o estados semejantes a tumor que anteriormente señalábamos, que cuando así lo sospechamos, lo indicamos. Estos son los 3 casos en los que se sospecha quiste folicular o folículo persistente. (1.39 %).

III.2.1.2.- Diagnósticos de Sospecha Ecográficos.

En el segundo grupo de diagnósticos, incluimos

los ecográficos, que como decíamos con anterioridad, hemos realizado con el mismo Ecografo y todas, la misma persona y en las mismas condiciones de llenado vesical, siguiendo la técnica de Donald, (95), y siempre después de haber sido historiada y explorada la paciente, por alguno de los médicos del departamento de ginecología.

Como podemos observar, (Tabla XV) el subgrupo de población más amplio de diagnósticos emitidos aquí, son los Quistes, en 57 casos, (26.55 %), seguidos de Endometriosis, 42; Ectópicos 34, Anexitis 30 y Quistes funcionales o foliculares en 29 casos, siendo en numero significativamente inferior el resto de los diagnósticos.

No cabe la menor duda, que la Ecografía es un método diagnostico complementario para el Ginecólogo, aunque resulte de gran importancia y es lo que trataremos de constatar, pero como tal, lo utilizamos después de hacer una historia detenida y detallada de la enferma y después de haberle sometido a una exploración ginecológica completa. Por tanto, es razonable y aconsejable, que el ecografista, en el momento de llevar a cabo la exploración ecográfica, conozca la historia clínica de la paciente, los hallazgos obtenidos en el examen físico de la misma y el juicio clínico, si se ha emitido.

Es por lo que acabamos de señalar, que a veces el Ginecólogo que realiza la exploración de la enferma y el que

realiza la ecografía, cometen el mismo error diagnóstico de sospecha, al dejarse influenciar el ecografista por el clínico, pero estamos convencidos de que tiene que ser así y pensamos que obtendremos mejores resultados y más aciertos en los diagnósticos ecográficos, si nos apoyamos en la historia de la enferma y en la sospecha clínica, que si desconocemos esos datos.

III.2.1.3.- Diagnósticos Intraoperatorios.

A los emitidos en quirófano, nos referimos en éste grupo diagnóstico, encontrando también en éste como patología más frecuentemente diagnosticada, a los Quistes, en 50 casos, (23.25 %); Seguidos de embarazos Ectópicos en 37 ocasiones, (17.21 %); Endometriosis en 35, (16.27 %), Seguidas de los procesos Inflamatorios Pélvicos o Anexiales, (EPI), 24, y que en nuestro estudio denominaremos Anexitis, a modo más clásico. En menor frecuencia, figuran los diagnósticos de quistes foliculares, (5.58 %). El resto es significativamente inferior en número de diagnósticos emitidos.

En éste grupo de población, hay que destacar, como podemos observar al final de la Tabla XVI, que en 38 ocasiones no se interviene, por lo que el grupo de diagnósticos emitidos pasa a ser de 177, en vez de 215.

Los motivos, por los que no llegan a ser operadas

las pacientes, se detallan en la Tabla XVII y se resumen diciendo, que se trata de treinta y ocho pacientes, que por la evolución clínica y los controles posteriores, se comprueba que en 26 ocasiones desaparece la imagen en un tiempo máximo de dos controles sucesivos, con intervalos de treinta días, sin necesidad de tratamiento, por lo que se etiquetan de forma definitiva de Quistes foliculares. En cuatro ocasiones, se comprueba Gestación intrauterina normal, con Cuerpos Luteos que desaparecen entre el tercero y cuarto mes. De éstas gestaciones, tres habían sido sospechadas tanto por la clínica, como por ecografía, pero en un cuarto caso, se sospechó embarazo ectópico, tanto por el juicio clínico, como por las imágenes ecográficas, pero a pesar de ello, no se intervino la enferma, afortunadamente para ella.

En ocho ocasiones, los Cultivos vaginales fueron positivos y la evolución clínica, tras la instauración del tratamiento, fue muy favorable, por lo que no hubo necesidad de intervenir y se dio por correcto el diagnóstico de Anexitis.

III.2.1.4.- Diagnósticos Anatómo-Patológicos.

Hemos considerado como diagnósticos de certeza, todos los recibidos del Dto. de Anatomía patológica y que incluimos en el cuarto grupo diagnóstico, (Tabla XVIII), ya que consideramos, salvando la posibilidad de fallo o

error humano, que estos son correctos y ciertos, y por tanto definitivos.

También aquí, podemos observar el predominio de la Patología Tumoral Quística con 43 diagnósticos y cuya naturaleza podemos ver en la Tabla XIX. Le siguen en orden decreciente de frecuencia, los Procesos endometriósicos, 36; Embarazos Ectópicos, 32; Las Anexitis con 34, y por último los Quistes foliculares.

A la cabeza de la relación de la Tabla XVIII, aparecen los diagnósticos que no se hacen por Anatomía-Patológica, y sobre ellos, tenemos que hacer una salvedad, que ya apuntábamos anteriormente, y que será muy importante su comprensión para no llevarnos a error a la hora de poder calcular los Falsos Positivos y Negativos, en nuestro trabajo.

Entre las cifras de la relación que incluimos en el cuarto grupo, Tabla XVIII, debemos observar tres, que serán sobre las que vamos a hacer algunas consideraciones. Nos referimos a los 37 Diagnósticos que no se hacen, y a los 10 Quistes Foliculares, diagnosticados por Anatomía-Patológica.

Estos números, son reales en cuanto se refiere a los diagnósticos de Anatomía-Patológica, ya que verdaderamente en treinta y siete ocasiones, o lo que es lo mismo, de

treinta y siete enfermas, éste Dto., o el de Microbiología, no recibieron muestras que analizar. No obstante, como en nuestro estudio, lo que pretendemos es llegar a establecer el valor o contribución de la Ecografía al diagnóstico de la Patología anexial, en lo que se refiere a las Anexitis y Quistes foliculares, como hemos señalado anteriormente, consideramos como diagnósticos de certeza o comprobados en el caso de las Anexitis, al Cultivo positivo, y evolución clínica claramente favorable tras la iniciación del tratamiento y en el caso de los Quistes foliculares, la desaparición de la imagen quística, tras dos controles posteriores.

De igual forma, consideramos comprobado en cinco ocasiones, que se trata de Quiste folicular, por la visión directa de los folículos. Esto ocurre en tres Laparoscópias y en dos Minilaparotomias para bloqueo tubárico, donde una vez se constata por visión directa, que se trata de folículos, como no procede su extirpación, se punzan.

Con las premisas antes expuestas, a la hora de establecer los Falsos positivos y negativos, las cifras que utilizaremos, serán: 34 Anexitis, (25 diagnosticadas por Microbiología, (Cultivos) y 9 simultáneamente por Anatomía-Patológica y Microbiología), y 41 Quistes foliculares, (10 diagnosticados por Anatomía-Patológica, 26 que habían desaparecido tras los controles posteriores y otros 5, que puncionamos por Laparoscopia, (3) y Minilaparotomia, (2).

T A B L A X I V

Sospechas diagnosticas por la CLINICA y EXPLORACION

<u>Sospecha diagnostica</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>
Nada Genital	41	19.07
Endometriosis	35	16.28
Anexitis	29	13.48
Quistes	29	13.48
Embarazo ectópico	22	10.23
Tumor	21	9.76
?	18	8.37
Gestación	15	6.97
Quiste folicular	3	1.39
Malformación Ut.	1	0.46
Colico Nefritico.	1	0.46
	215	100.00 %

T A B L A X V

=====

DIAGNOSTICOS ECOGRAFICOS

Diagnosticos	Nº	%
Quistes	57	26.51
Endometriosis	42	19.53
Embarazos ectopicos	34	15.81
Anexitis	30	13.95
Quistes Foliculares	29	13.48
Nada Genital	6	2.79
Aborto (Diferido)	5	2.32
Tumor	4	1.86
Gestación y Quiste	3	1.39
Gestacion y C.Luteo	3	1.39
Mola y Cuerpo luteo	1	0.46
Ascitis	1	0.46
	215	100.00 %

T A B L A X V I
=====

Diagnosticos Intraoperatorios

Diagnosticos	Nº	%
Quistes	50	23.25
Embarazos ectopicos	37	17.21
Endometriosis	35	16.27
Anexitis	24	11.16
Quiste folicular	12	5.58
Tumor	6	2.79
C. Luteo H.	4	1.86
Gestación y Quiste	3	1.39
Nada ginecológico	2	0.93
Varicocele	1	0.46
Stein leventhal	1	0.46
Mola y c.luteo	1	0.46
Ascitis	1	0.46
NO se intervienen	38	17.67
	----- 215	----- 100.00 %

T A B L A X V I I
=====

Mujeres que NO fueron intervenidas quirurgicamente

Diagnosticos/ Clinica y Expl.	Nº	Diagnosticos/ Ecografia	Nº	Evolución Clinica	Nº
Nada Genital	15	Quiste Folic.	13	Desaparece	13
		Endometriosis	1	Desaparece	1
		Anexitis	1	Cultivos +	1
Anexitis	8	Anexitis	7	Cultivos +	7
		Quiste Folic.	1	Desaparece	1
Endometriosis	4	Endometriosis	3	Desaparece	3
		Quiste Folic.	1	Desaparece	1
Ectópicos	3	Quiste Folic.	2	Desaparece	2
		Ectópico	1	Gest.y C.Lut.	1
Quistes Folic.	3	Quiste Folic.	3	Desaparece	3
Gestación y C.Lut.	3	Gest.y C.Luteo	3	Gest.y C.Lut.	3
Quiste	1	Quiste Folic.	1	Desaparece	1
?	1	Quiste Folic.	1	Desaparece	1
	38		38		38

T A B L A XVIII

=====

Diagnosticos de
ANATOMIA PATOLOGICA y MICROBIOLOGIA

Diagnosticos	Nº	%
No se hace	37	17.21
Quistes	43	20.00
Endometriosis	36	16.74
Anexitis	34	15.81
Embarazo Ectópico	32	14.88
Quistes foliculares	10	4.65
Tumor	8	3.72
C.luteo h.	7	3.25
Gestación y Quiste	3	1.39
Nada (Trompas Normales)	2	0.93
Stein Leventhal	1	0.46
Mola y C. Luteo	1	0.46
Ascitis	1	0.46
	215	100.00 %

T A B L A X I X

=====

Quiestes diagnosticados por Anatomia Patologica

Tipo	B/M	Nº
Cistadenoma Seroso	B	11
Teratomas Quisticos Liquidos	B	7
Cistadenomas Mucinosos	B	7
Teratomas Solidos Quisticos	B	4
Cistadenocarcinoma seroso	M	3
Tumor Intralig. Seroso Simple	B	2
Carcinoma Epidermoide	M	1
Carcinoma Endometrioides	M	1
Adenocarc. Cel. Claras y Papilar Seroso	M	1
Adenocarc. de Celulas Claras	M	1
Cistadenocarcinoma Papilar Seroso	M	1
Teratoma Quist. con Transformación Malg.	M	1
Cistadenocarcinoma Mucinoso Bilateral	M	1
Quieste Seroso de Paraovario	B	1
Tecoma	B	1
	33/10	43

III.2.2.- Método Estadístico.

Al iniciar el estudio de un enfermo/a, y solo con conocer los datos que nos aporta la historia clínica, el médico tiene ya, normalmente, una idea acerca de la posible causa de la enfermedad del paciente, y hace, aunque solo sea mentalmente, basado en su experiencia, epidemiología etc., una estimación de la probabilidad, de que su hipótesis sea cierta, siempre, como decimos antes de ordenar pruebas complementarias o test diagnósticos que confirmen dicha enfermedad.

A ésta estimación previa o anterior a la que se derivará del conocimiento de las pruebas complementarias o test diagnósticos aplicados, se llama Prevalencia.

Para hacer una valoración del test o prueba

diagnostica empleada, en nuestro estudio, la " Exploración Ecografica", hemos aplicado el Teorema de Bayes, (121,122), que establece la forma de calcular la probabilidad posterior o Valor Predictivo, (VP), a partir de la Prevalencia, (P), Sensibilidad, (S) y de la Especificidad, (E), lo que permite la revisión de la probabilidad de la enfermedad, conforme vamos adquiriendo más informaciones sobre ésta, que puedan modificar la evaluación inicial, o Prevalencia.

Para mejor conocimiento del método empleado y para mejor comprender los resultados obtenidos, una vez definida la Prevalencia, vamos a recordar los conceptos de Sensibilidad, Especificidad, Insensibilidad, Inespecificidad o No Especificidad y Valores Predictivos, antes de exponer las Formulas del Teorema de Bayes, que aplicaremos para nuestros cálculos.

SENSIBILIDAD de una prueba o test:

Es la probabilidad de obtener un resultado positivo en un enfermo, o lo que es igual, la proporción de verdaderos positivos correctamente diagnosticados, en el total de los enfermos.

$$S = \frac{\text{Enfermos con Test positivo}}{\text{Total de enfermos explorados con el Test}}$$

Su complemento sería la INSENSIBILIDAD, (I), y equivaldría al cociente entre los enfermos con test negativo y el total de los enfermos explorados con el test.

$$I = (1 - S) = \frac{\text{Enfermos con Test Negativo}}{\text{Total de enfermos explorados con el Test}}$$

ESPECIFICIDAD de una prueba o Test:

Es la proporción de verdaderos negativos identificados en el total de los negativos existentes y se traduce en la probabilidad de que la prueba, de un resultado negativo en una persona, que no padezca dicha patología.

$$E = \frac{\text{Sanos con Test negativo}}{\text{Total de sanos explorados con el Test}}$$

Su complemento sería la Inespecificidad o NO ESPECIFICIDAD, (NE), que sería igual, al cociente entre el número de Sanos con Test positivo y el total de sanos explorados con el test.

$$NE = (1 - E) = \frac{\text{Sanos con test Positivo}}{\text{Total de Sanos explorados con el Test}}$$

VALOR PREDICTIVO POSITIVO de un Test :

Es la probabilidad de que una persona, que tiene un resultado positivo con el test, padezca la enfermedad y sería igual, al cociente entre los enfermos diagnosticados correctamente, (verdaderos positivos) y el total de positivos dados por la prueba.

$$VP(+)=\frac{\text{Verdaderos Positivos}}{\text{Total de diagnósticos Positivos del Test}}$$

VALOR PREDICTIVO NEGATIVO de un Test :

Es la probabilidad de que una persona que obtiene un resultado negativo en la prueba, no padezca la enfermedad y sería igual al cociente entre los diagnosticados correctamente como negativos y el total de los resultados negativos dados en la aplicación del test.

$$VP(-)=\frac{\text{Verdaderos Negativos}}{\text{Total de diagnósticos Negativos del Test}}$$

Las Formulas empleadas por BAYES, para el calculo de de los Valores Predictivos son:

$$VP(+) = \frac{S \times P}{[(S \times P) + NE] \times (1 - P)} = \frac{S \times P}{S \times P + (1-E) \times (1-P)}$$

$$VP(-) = \frac{E \times (1 - P)}{[(I \times P) \times P] + [E \times (1 - P)]} = \frac{E \times (1-P)}{(1-S) \times P + E \times (1-P)}$$

IV.- RESULTADOS.

IV.1.- Hallazgos en los Motivos de Consulta.

En la Tabla IX, Pagina 105, observamos por orden de frecuencia, los motivos que llevaron a las pacientes a la consulta o al servicio de urgencias de Ginecología. En las Tablas XX a XXVI encontramos los diagnósticos ecográficos en relación a dichos motivos de consulta. Cuando el motivo de la consulta es Dolor, podemos observar que el diagnóstico predominante es de Quiste. Cuando el Dolor se asocia a Metrorragia o Amenorrea, el Diagnóstico más frecuente es el de gestación ectópica.

Cuando no existe sintomatología, como es el caso de las 19 pacientes que incluimos en el grupo de Chequeo, el diagnóstico predominante, es Quiste folicular.

Cuando el motivo de la consulta es Dismenorrea, el diagnóstico ecográfico más frecuente es Endometriosis. En los casos que consultaron, por Dolor, Fiebre y Leucorrea, solo se diagnosticaron Anexitis.

De las doce enfermas que nos llegaron, de otros servicios, para interconsulta, con Diagnóstico de sospecha previo, en diez casos, de Tumoración Abdominal y en dos, de Quiste de Ovario, la mayoría (ocho), tenían cincuenta años (4) o más de cincuenta años (4). El Diagnóstico Ecográfico en todos éstos casos fue, de Quiste, y con presunción de malignidad en cuatro.

Los resultados Anatomopatológicos, en el caso que sospechaban quiste de ovario y que nosotros confirmamos por ecografía, se trataba de dos quistes serosos de ovario. En los otros diez, se confirmó la malignidad en los cuatro diagnosticados, pero hubo otro que resultó maligno, y que no lo sospechamos. Los cinco diagnósticos Anatomopatológicos restantes fueron: Un Mioma degenerado, un Teratoma, dos Cistoadenomas serosos, y uno Mucinoso.

Del resto de los motivos de consulta, de menos significancia numérica, para no extendernos demasiado, no vamos a entrar en detalles.

T A B L A X X
=====

Cuando el motivo de consulta fue solo DOLOR

El Diagnostico ECOGRAFICO :	Nº
Quiste	21
Endometriosis	10
Ectópico	8
Quiste Folicular	5
Anexitis	4
Tumor.(Mioma Degenerado).	2
Nada Ginecológico	2
	52

T A B L A X X I
=====

Cuando en el Motivo de Consulta, figuraba el Dolor

Los Diagnósticos Ecograficos fueron:	Nº
Ectópico	29
Anexitis	28
Quiste	26
Endometriosis	15
Quiste Folicular	7
Gestación y Cuerpo Luteo	3
Miomas con Degeneración	2
Gestación y Quiste	2
Nada Ginecológico	2

114

T A B L A X X I I

=====

Cuando em Motivo de la Consulta Fue DISMENORREA

En diagnostico ECOGRAFICO fue: N^o

Endometriosis 19

Quiste 2

Quiste Folicular 1

Nada Ginecológico 1

23

T A B L A X X I I I
=====

Cuando el Motivo de la consulta, fue DOLOR + METRORRAGIA

El Diagnostico ECOGRAFICO correspondió a: N^o

Embarazo Ectópico	11
Quiste	5
Endometriosis	4
Anexitis	1
Quiste Folicular	1

22

T A B L A X X I V

=====

Cuando el Motivo de la Consulta, es CHEQUEO.

El Diagnostico ECOGRAFICO fue: N^o

 Quiste Folicular 11

 Quiste 4

 Nada genital 3

 Endometriosis 1

19

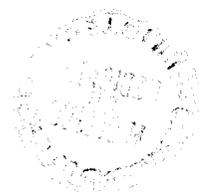
T A B L A X X V
=====

Cuando el Motivo de la Consulta, fue METRORRAGIA.

El Diagnostico ECOGRAFICO correspondió a: N^o

Quiste	7
Embarazo ectópico	3
Quiste Folicular	3
Endometriosis	2
Aborto Diferido	1
Ascitis	1

17



T A B L A XXVI

=====

Cuando el Motivo de la Consulta, es AMENORREA + DOLOR

Los Diagnósticos ECOGRAFICOS, son:	Nº
Ectópico	9
Gestación y C.Luteo	3
Gestación y Quiste	2
Quiste Folicular	1
	15

IV.2.- Diagnósticos de Sospecha por Anamnesis y Exploración.

En la Tabla XIV, podemos observar, los diagnósticos de sospecha emitidos tras la Anamnesis y la exploración clínica y en las Tablas XXVII a XXXIII, los diagnósticos Ecograficos que les corresponden a éstos.

Más adelante podremos comprobar, si los diagnósticos de sospecha ecográficos, se confirmaron por los diagnósticos intraoperatorios o con los informes dados por el departamento de Anatomía-Patológica.

En cuanto a los diagnósticos de Anexitis, basados en la anamnesis y en la exploración hay que llamar la atención sobre la correlación que existe con los diagnósticos ecográficos, que como podemos observar en la Tabla XXIX, de

las 29 ocasiones en que se diagnostica Anexitis, en 28 se confirma ecográficamente y en una, se discrepa, diagnosticando quiste folicular.

Posteriormente, se confirmaría el diagnóstico en 24 pacientes, resultando ser los restantes diagnósticos, dos ectópicos y dos quistes foliculares.

T A B L A XXVII
=====

Cuando por Clínica y Exploración se descarta
la presencia de Patología ginecológica.

Los Diagnósticos de sospecha ECOGRAFICOS son:	Nº
Quiste Folicular	21
Quiste	7
Nada Ginecológico	5
Endometriosis	4
Ectópico	2
Anexitis	1
Ascitis	1

41

T A B L A X X V I I I
=====

Cuando el Diagnóstico de sospecha,
por Clínica y Exploración, es Endometriosis.

Los Diagnósticos de sospecha ECOGRAFICOS son: N^o

Endometriosis	29
Quiste	2
Quiste Folicular	1
Ectópico	1
Anexitis	1
Nada Ginecológico	1

35

T A B L A X X I X
=====

Cuando el diagnóstico de sospecha,
por Clínica y Exploración, es Anexitis.

Los diagnósticos de sospecha ECOGRAFICOS son:	Nº
Anexitis	28
Quiste Folicular	1
	29

T A B L A X X X I
=====

Cuando el diagnóstico de sospecha,
por Clínica y Exploración, es Embarazo Ectópico.

Los diagnósticos de sospecha ECOGRAFICOS, son: N^o

Embarazo Ectópico	19
Quiste Folicular	2
Quiste	1

22

T A B L A X X X I I
 =====

Cuando el Diagnóstico de sospecha,
 por Clínica y Exploración, es Tumor.

Los Diagnósticos de sospecha ECOGRAFICOS, son:	Nº
Quiste	16
Sin especificar	11
Ca. de Ovario	2
Seroso	2
Mucinoso	1
Tumor, (Mioma dege.)	2
Endometriosis	2
Endometriosis + Adenom.	1
	21

IV.3.- Diagnósticos de sospecha ECOGRAFICOS.

En la Tabla XV, podemos observar, los 215 diagnósticos de sospecha emitidos, tras la realización de las exploraciones ecográficas. Destacan los grupos diagnósticos de Quistes, con 57; Endometriosis con 42, Embarazos Ectópicos con 34, Anexitis con 30 y Quistes foliculares con 29 diagnósticos. A ésta patología, será a la que nos vamos a referir en nuestro estudio.

Los Diagnósticos ecográficos, relacionados con los motivos de consulta, podemos observarlos en la Tabla XXXIII, y en la Tabla XXXIV, relacionados con los diagnósticos de sospecha por la clínica y Exploración.

Como se puede comprobar, cada grupo de sospecha diagnostica, dependiendo de la patología que

diagnostiquemos, se encuentra relacionado con unos determinados síntomas, existiendo diferencias estadísticamente significativas, con los demás. Así observamos, que cuando el diagnóstico de sospecha ecográfico fue "Quiste", el motivo de la consulta o síntoma predominante, fue "Dolor" en un 36.84 %, seguido de la sospecha clínica, de "Tumoración abdominal", con un 17.5 % y de "Metrorragia", en un 12.28 %.

Igual sucede, cuando los diagnósticos de sospecha ecográficos son "Endometriosis". En éste caso, el síntoma predominante, en orden de frecuencia, es "Dismenorrea", (45.23 %), seguida de "Dolor" con una incidencia del 23.80 % y a mucha diferencia, los demás.

En los "Embarazos ectópicos", de los treinta y cuatro diagnósticos ecográficos dados en nuestras exploraciones, encontramos que en los motivos de consulta, figuraba el "Dolor" como síntoma predominante, solo o asociado en el 82.35 % de las veces.

Cuando el diagnóstico ecográfico es de "Quiste Folicular", sucede lo mismo, y mucha más diferencia aún, cuando se emite un diagnóstico ecográfico de "Anexitis", ya que en éstos casos el síntoma predominante, aunque asociado a otros, como sucedía en los embarazos ectópicos, es el "Dolor", en un 93.33 %.

En cuanto a la correlación existente, entre

los diagnósticos por la Clínica y Exploración y los Ecográficos, independientemente de los aciertos o no, lo que veremos más adelante, al comprobar la Anatomía patológica, podemos observar en la Tabla XXXIV, el porcentaje de coincidencias diagnosticas existentes.

De los cincuenta y siete diagnósticos de Quiste dados por Ecografía, en Veinte y ocho ocasiones, (49.12 %), coincidimos o confirmamos desde la exploración ecográfica, el diagnostico clínico. De los cuarenta y dos de Endometriosis, por ecografía, veinte y nueve, (69.04 %), repetimos el diagnostico de sospecha clínico. En los Embarazos Ectópicos lo hacemos en el 55.88 %, y cuando por Ecografía se sospecha una Anexitis, lo que ocurre en Treinta ocasiones, el 93.33 % de los casos, se había sospechado por La Clínica y Exploración.

También podemos constatar que existe una gran coincidencia de diagnósticos, cuando por Ecografía sospechamos la presencia de quistes foliculares, (82.75 %), lo que es igual que decir, que no existe patología, ya que consideramos la presencia de un folículo, como algo fisiológico e inherente al ciclo ovárico de la mujer, y así se comprueba cuando se hace un seguimiento ecográfico a lo largo del la etapa preovulatoria mensual.

T A B L A X X X I I I

=====

Correlación entre:

Diagnósticos Ecográficos			Motivos de Consulta. *		
	Nº	%		Nº	%
Quiste	57	26.51	Dolor	21	36.84
			Tumor Abdom.	10	17.54
Endometriosis	42	19.53	Dismenorrea	19	45.23
			Dolor	10	23.80
Emb. Ectópicos	34	15.81	Dolor+Metrorr.	11	32.35
			Dolor+Amenorr.	9	26.47
			Dolor	8	23.52
Anexitis	30	13.95	Dolor asociado	24	80.00
			Dolor	4	13.33
Quistes Folic.	29	13.48	Chequeo	11	37.93

* Motivos predominantes.

T A B L A X X X I V

=====

Correlación entre:

Diagnósticos Ecográficos			Diagnósticos por Clínica y Exploración. *		
	Nº	%		Nº	%
Quistes	57	26.51	Quistes	28	49.12
			Tumores	16	28.07
Endometriosis	42	19.53	Endometriosis	29	69.04
			?	5	11.90
Emb.Ectópicos	34	15.81	Emb. Ectópicos	19	55.88
			?	8	23.52
Anexitis	30	13.95	Anexitis	28	93.33
			Nada Genital	1	03.33
Quistes Folic.	29	13.48	Nada Genital	21	72.41
			Quiste Folic.	3	10.34

* Diagnósticos predominantes.

IV.4.- Diagnósticos Intraoperatorios.

En la Tabla VII, podemos ver los tipos de intervenciones quirúrgicas realizadas, en la Tabla XVI, los diagnósticos intraoperatorios emitidos, donde predominaban los mismos cinco grupos de diagnósticos que acabamos de comentar al escribir sobre los ecográficos, y en la Tabla XVII podíamos comprobar la evolución clínica, de las treinta y ocho pacientes que no pasaron por el Quirófano.

En la Tabla XXXV, detallamos los diagnósticos intraoperatorios, en relación con los de sospecha ecográficos. Para hacer un cálculo porcentual correcto de los aciertos o errores cometidos al emitir un diagnóstico intraoperatorio, tenemos que descontar de la Tabla XV, correspondiente a los

diagnósticos ecográficos, aquellas pacientes, que no pasaron por el quirófano y que fueron : De los 57 diagnósticos ecográficos de Quiste, 1 quiste folicular, que desaparece; De los 42 diagnósticos ecográficos de Endometriosis, 4 también correspondientes a quistes foliculares que desaparecen; de los 34 diagnósticos de sospecha de ectópico, en 1 caso se trataba de gestación y cuerpo luteo, por lo que obviamente no se operó; De los 30 diagnósticos de Anexitis, en 8 casos se hicieron por cultivos vaginales, sin pasar por el quirófano; Y de los 29 diagnósticos ecográficos de quiste folicular, solo se intervinieron 8 mujeres, ya que en los demás casos, (21), las imágenes observadas, desaparecieron. Por tanto en los diagnósticos ecográficos, de la Tabla XXXV, las cifras no corresponderán con las de la Tabla XV, por los motivos ya vistos y los números definitivos, serán: Diagnósticos Ecográficos de Quiste, 56; De Endometriosis, 38; De Embarazo Ectópico, 33; De Anexitis, 22; Y de Quistes Foliculares, 8.

En la Tabla XXXVI podemos ver el tipo de intervención que se realizó y su frecuencia, en relación con el diagnóstico ecográfico y podemos observar, que cuando se sospecha Anexitis, se elige la Laparoscopia como intervención, para diagnóstico de certeza y toma de muestras, pero en el resto de la patología, se prefiere la Laparotomía. En la mayoría de las ocasiones, que se elige la Laparoscopia, se puede ver como se termina realizando a continuación de ésta, una Laparotomía. Esta puede ser la causa

que explique el escaso numero de Laparoscopias realizadas y que la mayor parte de las veces, hagamos una Laparotomia de entrada.

T A B L A XXXV

Correlación entre:

Diagnósticos * Ecográficos			Diagnósticos ** Intraoperatorios		
	Nº	%		Nº	%
Quiste	56	26.51	Quiste	43	76.78
			Endometriosis	6	10.71
Endometriosis	38	19.53	Endometriosis	27	71.05
			Quiste	4	10.52
Emb. Ectópico	33	15.81	Emb. Ectópico	27	81.81
			Cuerpo Luteo h.	4	12.12
Anexitis	22	10.23	Anexitis	18	81.81
			Emb. Ectópico	2	9.09
Quiste Folic.	8	3.72	Quiste Folic.	7	87.50
			S. Stein Lev.	1	12.50

* De las enfermas que son operadas posteriormente.

** Diagnósticos predominantes.

T A B L A X X X V I

=====

Relación entre:

Diagnostico Ecográfico	NQ	Tipo de Intervención					
		No	Ls.	Lt.	Ls+Lt.	M/BT	Colpo
Quiste	57	1	1	50	5	0	0
Endometriosis	42	4	2	24	12	0	0
Ectópico	34	1	0	21	12	0	0
Anexitis	30	8	13	1	3	0	5
Quiste Folic.	29	21	3	1	0	4	0

NQ= Numero de diagnósticos ecográficos. No= No se operan.
 Ls.= Laparoscopia. Lt.= Laparotomia. Colpo = Colpotomia.
 M/BT = Minilaparotomia para Bloqueo Tubárico.

IV.5.- Diagnósticos Anatomopatológicos y/o Microbiológicos.

En la Tabla XVIII, vimos anteriormente, el total de diagnósticos emitidos por el departamento de Anatomía Patológica y Microbiología, señalando en primer lugar el número de pacientes, del que carecemos de estudio y en orden decreciente todos los resultados obtenidos.

Aquí tenemos que volver a insistir en el comentario que ya hacíamos antes, sobre los diagnósticos de Anexitis, (34) y Quistes Foliculares, (10), por la importancia a la hora de conocer los Falsos positivos y Falsos negativos, así como el valor predictivo positivo y negativo de la ecografía como método diagnóstico, y decíamos en lo que se refiere a las Anexitis, que considerábamos como diagnósticos de certeza o confirmados, a los casos en los que realizamos

solo cultivos Cérvico- Vaginales, pero que siendo positivos, su evolución fue clínicamente favorable tras tratamiento específico. En el caso de los Quistes Foliculares, cuando tras dos revisiones ecográficas consecutivas, con intervalos de 30 días, han desaparecido las imágenes observadas, consideramos como certeza, que se trataba de quiste Folicular, por lo que a los 10 comprobados por anatomía patológica, hay que sumar 26, que desaparecieron, tras los controles antes dichos, y 5, cuya certeza consideramos probada, ya que se trataba de casos en los que, por Laparoscopia (3), o Minilaparotomia para B.T.(2), hemos punzado sin más, tras su comprobación de Visu, sumando en total 41 casos de diagnósticos ecográficos de Quistes foliculares, que consideramos probados o de certeza, a la hora de hacer nuestras valoraciones estadísticas.

En la Tabla XXXVII, podemos comprobar cuales fueron los diagnósticos anatomo-patológicos predominantes, en relación con los diagnósticos ecográficos de una forma global, y en las Tablas XXXVIII a XLII, el total de estos diagnósticos pormenorizados.

T A B L A X X X V I I

=====

Relación entre:

Diagnósticos Ecográficos	Nº	Diagnósticos * Anatomía Patológica/Microbiol.	Nº	%
Quistes	56	Quiste	40	71.4
		Endometriosis	7	12.5
Endometriosis	37	Endometriosis	28	75.7
		Quiste Folic.	4	10.8
Ectópicos	33	Ectópico	23	69.7
		Cuerpo Luteo H.	6	18.2
Anexitis	29	Anexitis	26	89.6
		Ectópico	2	6.9
Quiste Folic.	29	No procede (desaparece)	24	82.7
		Quiste Folic.	4	13.8

* Diagnósticos predominantes.

T A B L A X X X V I I I

=====

Cuando el Diagnostico Ecográfico es QUISTE:

(Nº = 57)

El Diagnostico definitivo es:	Nº
Quiste	40
Endometriosis	7
Tumor (mioma)	4
Anexitis	2
Ectópico	1
Quiste Folicular	1
Tumor Intraligamentario	1
No procede	1

NOTA: El estudio que no se hace corresponde a un quiste folicular que desaparece.

T A B L A X X X I X

=====

**Cuando el Diagnostico Ecográfico es ENDOMETRIOSIS.
(Nº = 42)**

El Diagnostico definitivo es:	Nº
Endometriosis.....	28
Quiste Folicular.....	4
Anexitis.....	2
Quiste.....	2
Tumor Mioma.....	1
No procede.....	5

NOTA: Los cinco estudios que no se hacen corresponden a un Varicocele y a cuatro quistes foliculares que desaparecen.

T A B L A X L
=====

Cuando el Diagnóstico Ecográfico es EMBARAZO ECTOPICO:
(Nº = 34)

El diagnostico definitivo es:	Nº
Embarazo Ectópico.....	23
Cuerpo Luteo Hemorrágico.....	6
Anexitis.....	4
No procede.....	1

NOTA: El estudio que no procede, se trataba de una
Gestación y Cuerpo Luteo.

T A B L A XLI
=====

**Cuando el Diagnóstico Ecográfico es ANEXITIS.
(Nº = 30)**

El Diagnostico definitivo es:	Nº
Anexitis.....	26
Embarazo Ectópico.....	2
Quiste Folicular.....	1
No procede.....	1

NOTA: El estudio que no se hizo, correspondía a un quiste folicular que se puncionó.

T A B L A XLII
 =====

Cuando el Diagnóstico Ecográfico es QUISTE FOLICULAR.
 (Nº = 29)

El Diagnostico definitivo es:	Nº
Quiste Folicular	4
Stein Leventhal	1
No procede estudio Anat-Pat.	24

NOTA: Los 24 estudios que no proceden, corresponden a 23 quistes foliculares que desaparecen y a 1 que se punciona. (Consideramos confirmados, 28)

IV.6.- Valoración Estadística y Correlaciones.

Como veíamos en el Capítulo III, punto 2.2, al hablar del Método estadístico, hemos aplicado las formulas del Teorema de Bayer, para calcular la Sensibilidad, Especificidad, y los Valores Predictivos positivos y negativos, por lo que necesitaremos para su aplicación, como veremos más adelante, conocer los Falsos positivos y negativos.

En las Tablas XLIII a XLVI, podemos observar los Falsos positivos y negativos, refiriéndonos solo a los Quistes, Endometriosis, Ectópicos, Anexitis y Quistes folic., pero aplicados al diagnostico por Clínica y Exploración, a los Diagnósticos Ecográficos, a los Diagnósticos Intraoperatorios y cuando coincidimos en los diagnósticos

por la Clínica y la Ecografía.

Las cifras de los diagnósticos por Anatomía Patológica o definitivos, de Quistes Foliculares, (41), la obtenemos, como ya aclarábamos anteriormente, al sumar, 10 diagnósticos anatomo-patológicos, 26 quistes foliculares que han desaparecido tras el segundo control ecográfico, y 5 que se observan intraoperatoriamente, (3, por Laparoscopia y 2, por Minilaparotomía), y que se punzaron.

En la Tabla XLV, en los 37 diagnósticos definitivos, de Endometriosis, va incluido uno, que aunque no tiene estudio anatomo-patológico, se confirmó por Laparoscopia y se puso tratamiento, por tratarse de Endometriosis, sin endometrioma y no necesitar de extirpación quirúrgica.

Igualmente hay que señalar, que los 26 diagnósticos Anatomo/Microbiológicos, de Anexitis, resultan, de restar a los 34 diagnósticos que damos por ciertos, los 8 que no pasaron por quirófano y se diagnosticaron por Cultivos Cérvico-Vaginales. En cuanto a los 15 diagnósticos de Quistes foliculares que consideramos confirmados, en lo que se refiere a los diagnósticos emitidos en quirófano, los obtenemos al sumar a los diez anatomo - patológicos, los cinco que se comprobaron intraoperatoriamente y se punzaron, considerando a éstos definitivos.

T A B L A XLIII

Diagnósticos por la CLINICA Y EXPLORACION.

FALSOS POSITIVOS Y NEGATIVOS. (+ Y -)

DIAGNOSTICOS

Tipo de Patología	Clínica y Exploración	Anatom. Patolog.	Clínica y E. = Anat-Patol.	Falsos (+)	Falsos (-)
Quistes	29	43	23	6	20
Endometr.	35	36	18	17	18
Ectópicos	22	32	12	10	20
Anexitis	29	34	24	5	10
Quiste Folic.	3	41	3	0	38

T A B L A X L I V
=====

Diagnósticos ECOGRAFICOS

FALSOS POSITIVOS Y NEGATIVOS. (+ y -)

Tipo de Patología	Diagnósticos			Falsos (+)	Falsos (-)
	Ecográfico	Anatom. Patolog.	Ecográfico = Anat. Patolog.		
Quistes	57	43	40	17	3
Endometr.	42	36	28	14	8
Ectópicos	34	32	23	11	9
Anexitis	30	34	26	4	8
Quiste folic.	29	41	28	1	13

T A B L A X L V
 =====

Diagnósticos Intraoperatorios

FALSOS POSITIVOS Y NEGATIVOS. (+ Y -)

Tipo de Patología	Diagnósticos			Falsos (+)	Falsos (-)
	Intra-operatorio	Anatom. Patolog.	Intraoperat.= Anat.patolog.		
Quistes	50	43	43	7	0
Endometr.	35	37	35	0	2
Ectópicos	37	32	31	6	1
Anexitis	24	26	24	0	2
Quiste Folic.	12	15	12	0	3

T A B L A XLVI

=====

Cuando los Diagnósticos
ECOGRAFICOS = CLINICOS

FALSOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.(+ y -)

DIAGNOSTICOS

Tipo de Patología	Clinicos = Ecográficos.	Anatom. Patolog.	Clinica=Eco = Anat.patolog.	Falsos (+)	Falsos (-)
Quiste	28	43	23	5	20
Endometr.	29	36	18	11	18
Ectópico	19	32	12	5	20
Anexitis	28	34	24	4	10
Quiste Folic.	3	41	3	0	38

Aplicando el método estadístico descrito en el punto III.2.2, podemos hallar la Sensibilidad,(S) y Especificidad,(E), y conocidos éstos, podemos saber los valores de la Insensibilidad,(I) y de la No Especificidad,(NE), complementos de los primeros. Una vez tengamos éstos parámetro, aplicamos el Teorema de Bayes y obtenemos los Valores Predictivos positivos, [VP(+)] y los Valores Predictivos negativos, [VP(-)].

La Prevalencia, es la igual, para los mismos tipos de patología diagnosticada en nuestro estudio, sea cual sea el test, o método diagnóstico que estemos analizando, ya que nos viene dada por el número de diagnósticos ciertos, comprobados, y la población estudiada, o lo que es lo mismo, sería el cociente entre los diagnósticos de certeza de cada patología anexial analizada y el número de pacientes que integran la casuística, que son 215.

De ésta forma, realizando los cálculos ,obtenemos los valores, que vamos a exponer a continuación en las Tablas (XLVII a L) y cuyos valores correlacionemos entre los distintos medios de diagnósticos, por grupos de patología, en las Tablas (LI a LV). El Análisis de los resultados, lo llevaremos a cabo en el siguiente Capítulo.

T A B L A (XLVII)
 =====
 VALORES ESTADISTICOS OBTENIDOS
 =====

DIAGNOSTICOS POR CLINICA Y EXPLORACION					
	P	S	E	VP(+)	VP(-)
QUISTES	0.2	0.534	0.965	0.791	0.892
ENDOMETRIOSIS	0.167	0.500	0.905	0.512	0.897
ECTOPICOS	0.148	0.375	0.945	0.539	0.892
ANEXITIS	0.158	0.705	0.972	0.817	0.947
QUISTES FOLIC.	0.190	0.073	1	1	0.820

P = Prevalencia. S = Sensibilidad. E = Especificidad.
 VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos.

T A B L A X L V I I I
=====

VALORES ESTADISTICOS OBTENIDOS
=====
DIAGNOSTICOS ECOGRAFICOS

	P	S	E	VP (+)	VP (-)
QUISTES	0.2	0.93	0.90	0.699	0.981
ENDOMETRIOSIS	0.167	0.78	0.92	0.650	0.954
ECTOPICOS	0.148	0.72	0.94	0.677	0.950
ANEXITIS	0.158	0.76	0.98	0.876	0.956
QUISTES FOLIC.	0.190	0.68	0.99	0.942	0.929

P = Prevalencia. S = Sensibilidad. E = Especificidad.
VP (+) y VP (-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos.

T A B L A X L I X
=====

VALORES ESTADISTICOS OBTENIDOS
=====

Diagnósticos Intraoperatorios

	P	S	E	VP(+)	VP(-)
QUISTES	0.2	1	0.96	0.862	1
ENDOMETRIOSIS	0.167	0.945	0.99	0.951	0.988
ECTOPICOS	0.148	0.968	0.967	0.852	0.995
ANEXITIS	0.158	0.923	1	1	0.985
QUISTES FOLIC.	0.190	0.8	1	1	0.955

P = Prevalencia. S = Sensibilidad. E = Especificidad.
VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos.

T A B L A L

=====

VALORES ESTADISTICOS OBTENIDOS

=====

CUANDO COINCIDEN LOS DIAGNOSTICOS
POR LA CLINICA Y EXPLORACION CON EL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO

	P	S	E	VP(+)	VP(-)
QUISTES	0.2	0.534	0.970	0.816	0.892
ENDOMETRIOSIS	0.167	0.5	0.938	0.619	0.903
ECTOPICOS	0.148	0.375	0.972	0.696	0.9
ANEXITIS	0.158	0.705	0.977	0.860	0.947
QUISTES FOLIC.	0.190	0.073	1	1	0.821

P = Prevalencia. S = Sensibilidad. E = Especificidad.
VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos.

T A B L A L I
=====

CORRELACION ESTADISTICA ENTRE LOS DISTINTOS MEDIOS
DIAGNOSTICOS CUANDO EL DEFINITIVO ES:
QUISTE

Medio Diagnostico	S	E	VP(+)	VP(-)
Clínica y Expl.	0.534	0.965	0.791	0.892
ECOGRAFIA	0.93	0.90	0.699	0.981
Intraoperatorio	1	0.96	0.862	1
Clínica y Expl. + ECOGRAFIA	0.534	0.970	0.816	0.892

S = Sensibilidad. E = Especificidad.
VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos.

T A B L A L I I
=====

CORRELACION ESTADISTICA ENTRE LOS DISTINTOS MEDIOS
DIAGNOSTICOS, CUANDO EL DEFINITIVO ES:
ENDOMETRIOSIS

Medio Diagnostico	S	E	VP(+)	VP(-)
Clínica y Expl.	0.50	0.905	0.512	0.897
ECOGRAFIA	0.78	0.92	0.650	0.954
Intraoperatorio	0.945	0.99	0.951	0.988
Clínica y Expl. +ECOGRAFIA	0.500	0.938	0.619	0.903

S = Sensibilidad. E = Especificidad.
VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos

T A B L A L I I I
 =====

**CORRELACION ESTADISTICA ENTRE LOS DISTINTOS MEDIOS
 DIAGNOSTICOS, CUANDO EN DEFINITIVO ES
 EMBARAZO ECTOPICO**

Medio Diagnostico	S	E	VP(+)	VP(-)
Clínica y Expl.	0.375	0.945	0.539	0.892
ECOGRAFIA	0.72	0.94	0.677	0.950
Intraoperatorio	0.968	0.967	0.852	0.995
Clínica y Expl. + ECOGRAFIA	0.375	0.972	0.694	0.9

S = Sensibilidad. E = Especificidad.
 VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos

T A B L A L I V

=====

CORRELACION ESTADISTICA ENTRE LOS DISTINTOS MEDIOS
DIAGNOSTICOS, CUANDO EL DEFINITIVO ES:
ANEXITIS

Medio Diagnostico	S	E	VP(+)	VP(-)
Clínica y Expl.	0.705	0.972	0.817	0.947
ECOGRAFIA	0.76	0.98	0.876	0.956
Intraoperatorio	0.923	1	1	0.985
Clínica y Expl. +ECOGRAFIA.	0.705	0.977	0.860	0.947

S = Sensibilidad.

E = Especificidad.

VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos

T A B L A L V
=====

CORRELACION ESTADISTICA ENTRE LOS DISTINTOS MEDIOS
DIAGNOSTICOS, CUANDO EL DEFINITIVO ES:
QUISTE FOLICULAR

Medio Diagnostico	S	E	VP(+)	VP(-)
Clínica y Expl.	0.073	1	1	0.820
ECOGRAFIA	0.68	0.99	0.942	0.929
Intraoperatorio	0.8	1	1	0.955
Clínica y Expl. + ECOGRAFIA.	0.073	1	1	0.821

S = Sensibilidad. E = Especificidad.
VP(+) y VP(-) = Valores Predictivos Positivos y Negativos.

V.- D I S C U S I O N .

V.1.- Hallazgos Ecograficos en Patología Anexial.

V.1.1.- Hallazgos Ecograficos en los Procesos Inflamatorios Anexiales. Anexitis (E.P.I).

Las imágenes que hemos encontrado en los procesos inflamatorios anexiales, (Anexitis), son difíciles de interpretar e inespecíficas. Al igual que otros autores, como THOMPSON,(121) y BEDOYA,(122), en las Salpingitis, observamos a veces, engrosamientos anexiales, más frecuentes bilaterales, de límites irregulares y difusos, y con algunos ecos en su interior.

En el Examen ecográfico precoz, de los procesos inflamatorios agudos, encontramos un útero aumentado ligeramente de tamaño, con una textura acústica disminuida, y con una línea endometrial generalmente marcada. A los anejos les vemos agrandados y con pequeñas zonas líquidas y también coincidiendo con SAMPLE,(123), vemos el Colon Recto-Sigmoideo distendido y en general una cierta disminución de la definición de los tejidos.

Cuando el proceso inflamatorio progresa, por no ser diagnosticado, o haber sido tratado inadecuadamente, hemos observado un Absceso Pélvico, como quiste de pared delgada y localizado detrás de útero, en Douglas o en región anexial, en el 47 % de las veces. El resto hemos encontrado al igual que KOBAYASHI,(102), una formación quística de contornos muy irregulares y rodeados por densos ecos. La Plica Vésico-Uterina, aparece a veces muy marcada, debido a la fibrosis producida alrededor del útero.

Encontramos, coincidiendo con la mayoría de los autores, una influencia estadísticamente significativa, de los DIU, en las Enfermedades pélvicas inflamatorias, ya que de los 34 casos confirmados de dicha patología, 10 mujeres (29.4 %), eran portadoras de DIU, mientras que el porcentaje de usuarias del total de la muestra, era del (27 de 215) 12.55 %. y del resto de la patología, 6.71 % (10 de 149).

Hemos confundido, las imágenes ecográficas

descritas, al igual que otros autores, como MAKLAD,(124), con Ectópicos, Endometriosis y Quistes.

V.1.2.- Hallazgos Ecograficos en la Endometriosis.

Hemos encontrado en las exploraciones ecográficas, de las pacientes que padecían Endometriosis, múltiples imágenes. Probablemente, esto es debido, como dice SANDLER.(125), a que puede afectar a Utero, Anejos, y Otras estructuras y además cambiar a lo largo del ciclo menstrual.

En la totalidad de los casos, cuando hemos diagnosticado una Endometriosis, ha sido cuando existían ya Endometriomas. En su mayoría eran quísticos, de ecorrefrigencia blanda-liquida, coincidiendo con ATHEY y DIMENT,(56), pocas veces septados, aunque encontramos uno que diagnosticamos de quiste gigante multicavitado y resultó ser un quiste gigante endometriósico. Caso 38. Foto 44.

Otras veces, hemos encontrado, como dijo BEDOYA,(122), masas en Douglas o en situación anexial, de límites imprecisos y bordes internos festoneados, pero no hemos encontrado la línea endometrial marcada, como también señala en su estudio. Si hemos encontrado, en un 20 % de los casos, el Utero aumentado de tamaño, como señala SANDLER,(125).

Dentro del grupo de Nuligestas,(85), hemos

encontrado 19 mujeres con esterilidades, de 2 a 11 años. De estas 7 tendrían un diagnóstico anatómo-patológico definitivo, de Endometriosis.

Hemos confundido ecográficamente éstos procesos, con todo tipo de patología Anexial, como Ectópicos, Anexitis, Quistes y tumores benignos. ATHEY y DIMENT,(56), también, se confunden a veces con Cistadenocarcinomas y con Cuerpos Luteos hemorrágicos.

V.1.3.- Hallazgos Ecograficos en los Emb. Ectópicos.

La Gestación ectópica, constituye dentro de la patología anexial, uno de los cuadros clínicos, que más dificultades diagnosticas ofrece.

Pensamos, coincidiendo con BERMEJO,(27), que las dificultades se deben fundamentalmente, a que la Trompa carece de referencias anatómicas, como las que tiene el útero al llenar la Vejiga de Orina,DONALD(95), a que las Asas intestinales las ocultan y a que frecuentemente la rotura ocurre antes de la cuarta semana, cuando el saco gestacional es muy pequeño y no se ve.

Estamos de acuerdo, con BEDOYA(122), en que los éxitos diagnósticos dependerán, de la experiencia del ecografista, de la resolución de los aparatos y de la etapa evolutiva en que se encuentre el embarazo extrauterino.

Al igual que sucedía en los procesos inflamatorios anexiales, hemos encontrado una clara influencia etiológica, del Dispositivo Intrauterino (DIU), en los embarazos ectópicos, pues 7 de las 32 pacientes en las que se confirmó dicha patología, eran usuarias de éste método anticonceptivo.(21.87 %), mientras que las portadoras de DIU en el total de la muestra, era de un 12.55 %, y en el resto de la patología, 6.71 %.

En los Embarazos ectópicos hemos observado, gran variedad de imágenes, todas ellas descritas por algún autor, pero las hemos encontrado de forma menos sistematizada y más caprichosa, por lo que pensamos, que todos aquellos que han establecido unos criterios diagnósticos a seguir ante la sospecha de un embarazo ectópico, como son: DONALD,(126), KOBAYASHI,(127), SCHOENBAUM,(128), ROMERO,(129) Y OTROS, tienen la razón compartida, ya que a veces aparecen las imágenes descritas por unos, otras las que describieron los demás y la mayor parte de las veces entremezcladas.

Hemos encontrado, como dice KOBAYASHI,(127), unos signos intrauterinos y otros extrauterinos. En los hallazgos uterinos, vemos con frecuencia un ligero aumento de su tamaño, sobre todo en lo que respecta a sus diámetros antero-posterior y transversal, y con aparición o no, de un refuerzo de la ecorrefrigencia o ecoestructura uterina, que correspondería a la reacción decidual del Endométrio.

Otras veces encontramos una formación sacular, generalmente de escaso diámetro, que parece un saco gestacional, recibe el nombre de Seudosaco gestacional, de SCOHENBAUM,(128), y corresponde a una colección de exudado procedente del Endométrio decidualizado y otras veces cuando éstos Seudosacos, aparecen de mayor tamaño, pueden obedecer a una hemorragia en la decidua desvitalizada,ROBINSON(130).

Entre los hallazgos extrauterinos, podemos encontrar, desde un Saco gestacional que incluye a un Embrión vivo, por lo que en éste caso realizamos un diagnostico de certeza, hasta nada, por encontrarse el embarazo ectópico cubierto por las asas intestinales, pasando por ver una masa anexial que dependiendo de múltiples factores y del estadio evolutivo en que se encuentre, puede aparecer, con una ecorrefrigencia, más o menos blanda o liquida y de apariencia quística o irregular.

También hemos encontrado, como hallazgo extrauterino, cuando ha tenido lugar la rotura de la Trompa, una colección liquida en saco de Douglas,DONALD,(126), ROBINSON,(130), que hay que tener en cuenta, no confundir con el derrame de foliculina, consecuente a la rotura folicular cíclica y fisiológica en el momento ovulatorio.

Cuando nos llega la paciente, en un estadio más avanzado y tras el accidente o rotura, hemos observado con frecuencia,un hemoperitoneo más o menos importante y el

diagnostico es mucho más fácil, aunque siempre lo podemos confundir con un Cuerpo luteo hemorrágico, y de hecho en nuestro estudio lo hemos confundido incluso al emitir el Diagnostico intraoperatorio, en tres ocasiones.

Por todo lo anteriormente dicho, no es de extrañar, que confundamos los embarazos ectópicos, con roturas foliculares, Endometriomas o procesos inflamatorios anexiales, ATHEY, (56), MAKLAD (124), PEDERSEN (131), incluso con aborto diferido o aborto en curso, por lo que según HUGUES, (58), se legraran aproximadamente, el 10 % de los embarazos ectópicos, antes de llegar a un Diagnostico definitivo. En nuestro estudio, esto sucedió en el 9.37 %.

V.1.4.- Hallazgos Ecograficos en los Tumores Anexiales.

Hemos seguido en nuestras exploraciones ecográficas, a la hora de hacer una valoración de los tumores anexiales, los criterios expuestos por KOSSOF, (132). De ésta forma, hemos atendido, siguiendo sus esquemas, al Tamaño Localización del Tumor, a su Consistencia interna, a la Definición de sus paredes y hemos buscado Ascitis y posibles Metástasis.

En cuanto al tamaño de los quistes, no hemos encontrado relación o dependencia alguna con su Naturaleza, pero si nos ha resultado de utilidad éste parámetro, a la

hora de valorar, si se mantuvo el mismo, regresó o aumentó.

Para conocer la Localización de los distintos tumores o quistes, cosa no siempre fácil, nos ha sido de gran ayuda el llenado vesical correcto, para obtener mejores referencias y también nos ha influenciado a la hora de poder sospechar benignidad o malignidad, la visión de Uni o Bilateralidad.

En cuanto a la Consistencia interna del los tumores anexiales, hemos tenido la oportunidad de comprobar, si se trataba de tumores sólidos, mixtos o líquidos. En los Quísticos intentamos especificar, si eran homogéneos, o tenían partículas en suspensión y también si eran septados o multicavitados. En los Mixtos o complejos, hemos distinguido si eran predominantemente sólidos o líquidos y cuando hemos encontrado un tumor o masa sólida, hemos tratado de ver, si su ecogenicidad, era media, ligera o marcada.

Para describir, las paredes de un quiste nos fijamos en su regularidad o irregularidad y en su ecorrefrigencia o nitidez, así como en su grosor.

Hemos de buscar, siempre que encontremos tumor o quiste anexial, la existencia o no de liquido ascítico y si es posible, descartar la existencia de masas tumorales metastásicas. No hemos encontrado Metástasis en nuestra casuística, porque no las había o porque no fuimos

capaces de identificarlas.

En nuestro estudio, hemos encontrado, de forma absolutamente predominante patología quística anexial, ya que casi toda la patología tumoral sólida que se diagnosticó y/o que se halló, al intervenir en quirófano, correspondían a patología Uterina.

Para emitir una sospecha de Carcinoma de Ovario, nos hemos basado, en unos criterios que aunque no sean infalibles, si que son aceptados por la mayoría de los autores y nos referimos, a que hemos pensado en malignidad: Cuando existía bilateralidad; Cuando los tumores eran sólidos, si su ecorrefrigencia era blanda y heterogénea, lo que nos hacia pensar que existía material desorganizado, propio de los tumores malignos, KOSSOFT, (132); Y si se trataba de tumores mixtos, cuando existían crecimientos sólidos de las paredes hacia el interior del contenido liquido.

Cuando encontramos Ascitis, pensamos en malignidad, a pesar de que no siempre van asociadas, pues se ha demostrado que existen quistes de Ovario benignos, productores de Ascitis, THOMPSON, (121), KOSSOFT, (132), y otros procesos, como los endometriósicos, que a veces también pueden acompañarse de liquido ascítico, BREWS, (54), JAMES, (55), .Por supuesto, siempre intentaremos descartar un hemoperitoneo consecuente a Embarazo Ectópico o cuerpo luteo hemorrágico, antes de emitir un diagnóstico.

En los tumores malignos encontrados, hemos observado muy frecuentemente, los límites irregulares, que hemos descrito, tal es el caso, del Adenocarcinoma de Células Claras, el Coriocarcinoma, el Cistoadenocarcinoma papilar seroso y del Carcinoma Epidermóide que forman parte de nuestra Iconografía.

También hemos observado, los crecimientos sólidos descritos anteriormente, en ciertos tumores malignos, como es el caso del Carcinoma Endometriode y del Adenocarcinoma de Células Claras, si bien no es menos cierto, que también encontramos éstos crecimientos sólidos, en tumores benignos.

Solamente encontramos Ascitis, en el 75 % aproximadamente, de las pacientes, y diagnosticamos Carcinoma de Ovario. Todos los diagnósticos se confirmaron y no apareció, en ningún otro caso.

En la mayoría de los quistes benignos, los límites se observaron más regulares y con mejor definición, su contenido fue líquido prácticamente en la totalidad, y ninguno bilateral. Solo encontramos septos en los Cistadenomas mucinosos.

En cuanto se refiere, a las imágenes observadas al diagnosticar quiste folicular, hemos visto por regla general, un pequeño quiste, de 10 a 30 mm, en un

ovario perfectamente delimitado, si bien cuando los límites, de la formación quística observada, eran perfectamente definidos, el contenido se suponía, por su ecorrefrigencia, exclusivamente líquido, y el crecimiento había sido muy repentino, siempre pensamos en la posibilidad de que se tratara de quiste folicular, aunque a veces llegaran a los 8-9 Cms. En estos casos, hemos realizado dos controles ecográficos posteriores, con treinta días de intervalo. En el caso de no persistir la imagen quística observada, consideramos de certeza que se trataba de quiste folicular.

Cuando nos encontramos, ante una gestación menor de 14-15 semanas y observamos en el barrido de los anejos un quiste de unos 25-40 mm, siempre hemos pensado en que se trataba de cuerpo luteo del embarazo y en ningún caso de otra naturaleza. Su contenido es líquido y desaparecerán antes de la 15ª semanas.

V.2.- Análisis de los Resultados.

V.2.1.- Diagnósticos ECOGRAFICOS de Anexitis.

Hemos realizado el Diagnostico ecográfico de Anexitis, en 30 ocasiones. De éstas treinta enfermas, en 24 se confirmó el diagnostico, por lo que tuvimos 4 Falsos positivos, que resultaron ser, 2 embarazos ectópicos y 2 quistes foliculares. Los diagnósticos definitivos totales de Anexitis, incluyendo toda la muestra, fueron 34, lo que supone tener 8 Falsos negativos, que fueron las ocasiones en que confundimos las imágenes, con ectópico (4), Endometriosis (2), y quistes (2), emitiendo un diagnostico erróneo.

Encontramos resultados similares en otros

estudios, como los realizados, por BAJO et al.,(135), en la Clínica Ginecológica del Hospital Primero de Octubre de Madrid, donde, de 19 falsos positivos, 10 correspondían a Endometriosis, 6 a embarazos ectópicos y 3 a quistes, y de los 4 falsos negativos, 3 resultaron ser endometriosis.

Hemos calculado la Sensibilidad, (S), y la Especificidad, (E), del Diagnostico Ecográfico con las formulas descritas con anterioridad, en el capitulo correspondiente, y los resultados conseguidos, son: Indice de Sensibilidad = 0.76,(76 %) y un índice de Especificidad = 0.98,(98 %), lo que se traduce, aplicando el Teorema de Bayes, en un Valor Predictivo Positivo de 0.876,(87.6 %), y un Valor Predictivo Negativo,de 0.956.(95.6 %).

Si comparamos estos datos, con los obtenidos con otros grupos diagnósticos de patología, veremos que la Sensibilidad es análoga a la que corresponde a los diagnósticos de Endometriosis y Ectópicos, situándose por debajo, de la Sensibilidad que muestra la Ecografía, cuando ésta trata de diagnosticar Quistes.

La Especificidad del Diagnostico ecográfico cuando se trata de procesos inflamatorios anexiales, es muy ligeramente superior, a la que corresponde, cuando se hace diagnostico de quiste, endometriosis o embarazo ectópico.

El Valor Predictivo positivo de la ecografía, para diagnosticar procesos inflamatorios, (0.876) es superior a los VP(+), de la ecografía, cuando trata de diagnosticar el resto de la patología que ocupa nuestro trabajo, pero inferior al VP(+), que tiene el método, cuando diagnostica quistes foliculares.

El Valor Predictivo Negativo de la Ecografía cuando diagnosticamos un Proceso inflamatorio anexial, (95.6%) es similar al que tiene la exploración ecográfica, cuando hacemos un diagnostico de Endometriosis o Embarazo Ectópico, e inferior al VP(-), en caso de diagnosticar un Quiste.

Hemos comparado nuestros resultados con los publicados por otros autores, como BAJO ARENAS, (135) y LOPEZ SALVA, (136), (ver Tabla LVI) y podemos comprobar, que tenemos un VP(+), mayor que ellos, y un VP(-), muy superior al de Bajo, y ligeramente inferior al de López Salva.

Si la comparación, la hacemos con referencia al numero de aciertos, como aparece publicado por LONE, (137) y GIRONA, (138), y LOPEZ SALVA, (136), podemos observar, que nuestros aciertos, son superiores a los de ellos, que obtienen un porcentaje de 81.1 ; 73.6 ; y 79 % respectivamente, siendo el nuestro de 86.6 %.

T A B L A LVI

 LA ECOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE ANEXITIS

VALORES PREDICTIVOS

AUTOR	POSITIVO (VP+)	NEGATIVO (VP-)
BAJO ARENAS	76	80
LOPEZ SALVA	79	97
NOSOTROS	87.6	95.6
	%	%

V.2.2.- Diagnósticos ECOGRÁFICOS de Endometriosis.

Hemos llegado a emitir un diagnóstico de Endometriosis, en 42 ocasiones. De éstas, en veinte y ocho pacientes, se confirmó dicho diagnóstico, por lo que tuvimos 14 falsos positivos. Los estudios anatómo-patológicos que consideramos definitivos o de certeza, confirmaron esta patología en treinta y seis enfermas, lo que supone 8 pacientes que padeciendo el proceso, no lo diagnosticamos, (8 falsos negativos).

Los Falsos positivos, diagnosticados fueron: Ocho Quistes foliculares, Dos Anexitis, Dos Quistes, Un Mioma, y Un Varicocele. En los Ocho Falsos negativos, confundimos a los Endometriomas con: Siete Quistes y Un Mioma en fase de licuación/degenerado.

Hemos realizado igualmente, los cálculos de la Sensibilidad, Especificidad, y Valores Predictivos con los siguientes resultados, (ver tabla XLVIII):

Sensibilidad = 0.78 (78 %)

Especificidad = 0.92 (92 %)

Valor Predictivo Positivo = 0.650 (65.0 %)

Valor Predictivo Negativo = 0.954 (95.4 %)

Si comparamos, estos datos con los obtenidos al diagnosticar otros grupos de patología, observaremos,

que la Sensibilidad es similar a la del grupo de Anexitis y Ectópico, e inferior a la que muestra la Ecografía cuando diagnosticamos Quística.

La Especificidad, que muestra la Exploración ecográfica, cuando se trata de Endometriosis, es ligeramente superior a la que tenemos al diagnosticar Quistes, y ligeramente inferior a la que tiene el diagnóstico ecográfico transabdominal, cuando se trata de diagnosticar Embarazos ectópicos. Con los Diagnósticos de Anexitis, la diferencias son algo más marcadas.

El Valor Predictivo Positivo que tiene la Ecografía en el Diagnóstico de Endometriosis, está ligeramente por debajo del que muestra al diagnosticar Patología quística y Embarazos Ectópicos, y muy inferior a que tiene al diagnosticar Anexitis y Quistes Foliculares.

En cuanto al VP(-), que tiene la Ecografía al diagnosticar Endometriosis, es muy ligeramente superior al resto, pero inferior al que muestra el mismo método exploratorio, al diagnosticar quistes de Ovario.

Hemos comparado nuestros resultados, con los obtenidos por BEDOYA, (139), y el índice de Sensibilidad, es ligeramente más alto el suyo, al contrario de lo que ocurre con el de Especificidad. En cuanto al valor predictivo positivo, el conseguido por él, es muy superior al nuestro,

al contrario de lo que ocurre con el Valor predictivo negativo.

V.2.3.- Diagnósticos ECOGRAFICOS de Embarazo Ectópico.

Las cifras, datos y los valores estadísticos que obtuvimos, al diagnosticar por ecografía embarazos extrauterinos, los podemos encontrar de las Tablas XL, XLIV y XLVIII, son los siguientes:

Total Diagnósticos Ecograficos: 34

Total Diagnósticos Anat-Patológicos: 32

Diagnósticos Ecograficos que se confirman: 23

Falsos Positivos: 11

Falsos Negativos: 9

Sensibilidad: 0.72 = (72 %)

Especificidad: 0.94 = (94 %)

V. Predictivo (+): 0.677 (67.7 %)

V. Predictivo (-): 0.950 (95 %)

Los Falsos Positivos, se cometieron, al diagnosticar como embarazos ectópicos, 6 cuerpos luteos hemorrágicos, 4 Anexitis y 1 Embarazo de 4.5-5 semanas y cuerpo luteo. Los Falsos Negativos, se produjeron, al diagnosticar de : Abortos Diferidos 4, Anexitis 2, Nada ginecológico 2, y 1 quiste, cuando realmente se trataba de Embarazos ectópicos.

Nosotros tenemos que señalar, que de los diagnósticos de diferido, a tres mujeres, se le realizó un legrado uterino, antes de que se les practicara de forma definitiva dos laparotomias en un caso y una laparoscopia seguida de laparotomía en el otro, lo que confirma la tesis de HUGUES, (58), cuando afirma que el 10 % de los ectópicos operados, han sido previamente legradas la enfermas, incluso dadas de alta. Nosotros llegamos al 9.37 %.

También hay que señalar, que confundimos como embarazo ectópico a 6 cuerpos luteos hemorrágicos, error que en 3 ocasiones, de las seis, también se cometió al intervenir a las pacientes, ya que el diagnóstico que se emitió en quirófano, ante el hemoperitoneo y los hallazgos anexiales, fue de ectópico también.

Posiblemente, entre otros factores, lo expuesto anteriormente, sea una de las causas, de los pobres resultados obtenidos en el diagnóstico de los embarazos ectópicos en cuanto al número de aciertos, Sensibilidad y Valor predictivo positivo se refiere, pues respecto a la Especificidad y al valor predictivo negativo, los valores son altos.

En las Tablas, LVII y LVIII, podemos comparar los aciertos diagnósticos ecográficos conseguidos en nuestra casuística y los logrados por otros autores.

T A B L A L V I I
=====

DIAGNOSTICOS ECOGRAFICOS DE EMB. ECTOPICO

AUTORES	AÑO	ACIERTOS DIAGNOSTICOS en %
Kobayashi (140)	1969	76.1
Bedoya (Jr) (124)	1981	85
Bonilla F. (141)	1981	68.9
Girona (138)	1982	72
Legua (142)	1986	61.3
Bermejo (143)	1989	82.8
Cacciatore (144)	1989	80
Campany (24)	1989	71.4
Kurjak (145)	1990	90.7 *
NOSOTROS	1982-85	67.6

* Con Ecografía Transvaginal.

T A B L A L V I I I

=====

DIAGNOSTICOS ECOGRAFICOS DE EMBARAZO ECTOPICO

AUTORES	AÑO	S	E	VP(+)	VP(-)
Vogler A.(146)	1989	--	--	0.79	0.91
Taylor KJ.(147)	1989	0.73	0.90	0.85	0.81
Timor-F.(148) *	1989	1	0.982	0.98	1
Enk L.(149) *	1990	0.96	0.71	--	--
Kurjak A.(145) *	1990	0.875	0.947	--	--
NOSOTROS	1982-85	0.72	0.94	0.677	0.950

* Ecografías realizadas con Sonda Transvaginal.

V.2.4.- Diagnósticos ECOGRAFICOS de Tumores Anexiales.

Las cifras, datos y los valores estadísticos que obtuvimos, al diagnosticar por Ecografía, Patología quística, ya que como dijimos anteriormente, toda la patología tumoral diagnosticada, correspondió a patología uterina, excepto tres tumores intraligamentarios que no fueron diagnosticados, la podemos ver en las Tablas XXXVIII, XLIV y XLVIII, son los siguientes:

Total Diagnósticos Ecograficos: 57

Total Diagnósticos Anat-Patológicos: 43

Diagnósticos Ecograficos que se confirman: 40

Falsos Positivos: 17

Falsos Negativos: 3

Sensibilidad: $0.93 = (69.9 \%)$

Especificidad: $0.90 = (94 \%)$

Valor Predictivo (+): $0.699 = (69.9 \%)$

Valor Predictivo (-): $0.981 = (98.1 \%)$

Los Falsos positivos, correspondieron a los siguientes diagnósticos: Endometriosis 7; Tumor (Miomias) 4, Anexitis 2, Quistes Foliculares 2, Ectópicos 1 y Tumor intraligamentario 1. Los Falsos negativos, se cometieron, al diagnosticar erróneamente, de Endometriosis, 2 y un Tumor intraligamentario, tratándose de 3 Quistes de ovario.

De todos los diagnósticos de Quiste emitidos, que fueron cincuenta y siete, como hemos dicho anteriormente, se confirmaron en cuarenta ocasiones, por lo que tuvimos un porcentaje de aciertos ecográficos, del 70 %, mientras que BEDOYA, (124), de 26 diagnósticos ecográficos de quiste, le resultaron ciertos 25, lo que llega a un 96.15 %.

Creemos que ésta diferencia, se debe por una parte, a que otros autores, al publicar su casuística, no discriminan, como nosotros, entre lo que es la patología tumoral benigna o maligna, y los Quistes foliculares, (estados semejantes a tumor), a la hora de valorar los aciertos ecográficos, y por otra a que nosotros hemos realizado los estudios ecográficos hace varios años, y en las comparaciones nos referimos a trabajos actuales, e incluso algunos, con Sondas vaginales.

Sumando, a los diagnósticos de Quiste, los de Quiste folicular obtenemos un porcentaje de aciertos ecográficos, de 81.39 %, todavía por debajo de la mayoría de los autores.

Si comparamos los Valores estadísticos que mostró la ecografía en el diagnóstico de la patología quística, podemos observar una Sensibilidad muy superior al resto de los grupos diagnósticos, y una Especificidad ligeramente inferior a éstos. El Valor Predictivo Positivo que alcanzamos, 0.699, es superior al que tiene la ecografía

cuando diagnostica endometriosis y embarazos ectópicos, e inferior al que tiene la exploración Ecográfica en nuestro estudio, diagnosticando Anexitis y Quistes foliculares. El Valor Predictivo Negativo, 0.981, es el más alto de todos los grupos diagnósticos.

En lo que se refiere a los diagnósticos de Malignidad o Benignidad, nos atrevimos en 7 ocasiones a sospechar malignidad, basándonos en las características de ecoestructura, contornos de los quistes, y sobre todo en la presencia de Ascitis, y por supuesto en los datos clínicos, resultando confirmado el diagnóstico de malignidad en los siete casos. En cambio en tres ocasiones, en los que no se detectó Ascitis, no fuimos capaces de diagnosticar o sospechar la malignidad del quiste, que posteriormente se confirmaría por anatomía-patológica.

CONTE, (150), sospecha la Malignidad del tumor en el 90 % de las ocasiones, consiguiendo en sus diagnósticos ecográficos, una Sensibilidad, del 84.7 % y una Especificidad, del 92.3 %. En nuestro estudio, la sospecha ecográfica de malignidad, dentro del grupo de diagnóstico tumoral, tuvo una Sensibilidad de 0.7, (70 %) y una Especificidad máxima, de 1, (100 %). El Valor Predictivo Positivo 1 (100 %) y el Valor Predictivo Negativo 0.94 (94 %).

VI.- CONCLUSIONES

VI.- CONCLUSIONES.

1.- La SENSIBILIDAD que hemos encontrado en la Ecografía como método exploratorio diagnóstico de la Patología Anexial ha sido el siguiente:

Anexitis: 76 %

Endometriosis: 78 %

Emb. Ectópicos: 72 %

Patología Quística: 93 %

2.- La ESPECIFICIDAD que ha tenido la Ecografía en nuestro estudio, como método diagnóstico de la patología Anexial, ha sido la siguiente:

Anexitis: 0.98 %

Endometriosis: 0.92 %

Emb. Ectópicos: 0.94 %

Patología Quística: 0.90 %

3.- EL VALOR PREDICTIVO POSITIVO (VP+), de la ECOGRAFIA en el diagnóstico de la patología anexial, en nuestro estudio, ha sido el siguiente:

Anexitis: 87.6 %

Endometriosis: 65 %

Emb. Ectópicos: 67.7 %

Patología Quística: 69.9 %

4.- EL VALOR PREDICTIVO NEGATIVO (VP-), de la ECOGRAFIA en el diagnóstico de la patología anexial, en nuestro estudio, ha sido el siguiente:

Anexitis: 95.6 %

Endometriosis: 95.4 %

Emb. Ectópicos: 95 %

Patología Quística: 98.1 %

5.- La Sensibilidad que muestra la Ecografía, para el Diagnóstico de Quiste folicular, es muy baja, si bien tanto la Especificidad, como los Valores Predictivos son altos.

6.- Los los porcentajes obtenidos con los Diagnósticos ECOGRAFICOS, son superiores en general a los Diagnósticos emitidos basados solo en la ANAMNESIS Y EXPLORACION.

7.- Consideramos, que el rendimiento que obtengamos de la exploración ecográfica, será mayor, cuanto más precisa, sea la información que recibamos, sobre la historia clínica y

exploración de la enferma, ya que hemos comprobado que existe una correlación entre los síntomas y los diferentes tipos de patología anexial. Por otra parte, a pesar de que se han descrito modelos o patrones ecográficos muy específicos, para cada uno de éstos, a la hora de valorarlos en nuestro estudio, hemos encontrado que existe un gran parecido, y que a veces sería muy difícil llegar a un diagnóstico diferencial, sin conocer los datos clínicos, exploratorios, e incluso sin contar con los hallazgos del laboratorio.

8.- La Ecografía, es un Método indiscutiblemente inocuo, cómodo, rápido, y económico, por lo que debemos realizar una exploración ecográfica a todas las mujeres que pasen por la consulta de ginecología.

9.- Es un Método exploratorio, de gran utilidad en mujeres obesas y en otras de difícil exploración, ya sea porque son incapaces de conseguir la relajación necesaria para una correcta palpación ginecológica, ya sea por dolor, o simplemente por falta de colaboración.

10.- Es evidente, y todas las estadísticas lo confirman, que la patología Anexial, está aumentado, pero también lo es que disminuye su morbimortalidad y creemos que en gran parte se debe al diagnóstico ecográfico, cada vez más precoz y correcto.

11.- Creemos que la Ecografía, puede y debe hacer de

filtro, con la ventaja de poder repetirse cuantas veces sea necesario ,dada su inocuidad, para utilizar los métodos quirúrgicos exploratorios, de modo más selectivo,disminuyendo así el numero de intervenciones quirúrgicas realizadas y siempre, nos puede orientar sobre el procedimiento quirúrgico más conveniente a emplear en cada caso.

12.- Estamos convencidos, de que gracias a la ecografía, podemos evitar muchas intervenciones, manteniendo una postura expectante y realizando controles periódicos frecuentes. Así hemos de considerar,siempre que diagnostiquemos un quiste de ovario unilateral, menor de Nueve centímetros y que por su ecorrefrigencia, sea liquido, la posibilidad de que se trate de un quiste folicular.

13.- Hemos encontrado, como factores etiológicos más frecuentes, de las Anexitis detectadas en nuestro estudio, el uso de los DIU y la promiscuidad sexual,seguido de la juventud de las mujeres y como cuadro clínico casi constante, la asociación de Dolor,Fiebre y Leucorrea.

14.- En el total de las mujeres que componen nuestro trabajo, encontramos 19 con esterilidad involuntaria,superior a los dos años, y de ellas 7,(36.8 %), se diagnosticaron de forma definitiva de Endometriosis.

15.- Hemos encontrado, como posibles causas, o factores etiológicos más frecuentes de Embarazos ectópicos, el uso del

DIU y la presencia de antecedentes, de Anexitis.

16.- Creemos, que los criterios de Kobayashi para el diagnóstico de los embarazos extrauterinos, continúan siendo validos, pero rara vez se presentan todos juntos, y debemos tener en cuenta, que si bien alguna vez, existe la posibilidad de hacer un diagnóstico de certeza de embarazo Ectópico, nunca podremos y por tanto no debemos, con los Ecógrafos actuales, descartar la gestación ectópica de forma categórica sin riesgo de cometer un grave error.

17.- Diagnosticamos cuatro embarazos ectópicos como abortos diferidos, realizando en tres de ellas Legrado antes del diagnóstico definitivo.(9.37 %), y en seis ocasiones diagnosticamos Ectópico cuando se trataba de cuerpo Luteo hemorrágico, error que se repitió al hacer el diagnóstico intraoperatorio en tres, de los seis casos, por lo que pensamos que tal vez pretendemos exigir a la ecografía como método diagnóstico, más de lo que puede dar de si.

18.- Consideramos, que la Ecografía es un magnifico, método de Screening, de indiscutible valor, cuando se trata de diagnosticar o confirmar la presencia de patología tumoral benigna y maligna, pero incapaz en la actualidad, de hacer un diagnóstico precoz del cáncer de Ovario, ni siquiera un diagnóstico de certeza, de malignidad en estadios más avanzados, pero si de sospecha.,

19.- En la actualidad, se está dando de nuevo, otro gran salto en el diagnóstico ginecológico de la patología anexial, con la aparición de los modernos aparatos de ultrasonidos que incorporan las sondas transvaginales, para la exploración de la pelvis femenina, de superior resolución y claridad de imágenes. Tal vez con ésta nueva técnica de exploración ecográfica podamos un día diagnosticar los procesos inflamatorios pélvicos y los endometriósicos, en un momento tal, que impida o limite la destrucción anatómica y funcional del aparato genital interno de muchas mujeres jóvenes, con lo que disminuiríamos consecuentemente el número de embarazos ectópicos. A pesar de estos avances en la exploración con ultrasonidos, mucho nos tememos, que sería soñar, el pensar que podamos llegar a realizar un diagnóstico precoz del cáncer genital.

VII.- RESUMEN.

VII.- RESUMEN.

Cuando iniciamos nuestro estudio, comenzábamos a soltarnos en el manejo de los Ultrasonidos y ese momento, el Hospital, dotaba a la unidad de Ecografía, del mejor Ecografo que podíamos disponer en ese momento.

Desde el primer momento nos preocupaba el la patología anexial, por la frecuencia que se presentaba, por su alta Morbimortalidad y las dificultades diagnosticas que nos suponía.

En el afán de encontrar un buen método de screening, de fácil manejo, inocuo y que resultara de bajo costo, para poderlo aplicar a grandes masas de población, ya que por la variedad existente de patología Anexial, todas las mujeres están incluidas de riesgo en alguno de los

grupos, nos dispusimos a realizar éste trabajo, para poder valorar la contribución de la Ecografía en el diagnóstico de la misma, con especial interés en el diagnóstico precoz del cáncer Ovario.

Llegamos a realizar 310 Ecografías, de la cuales rechazamos 95, ya que por diversos motivos, perdimos la pista a las enfermas y por tanto no tuvimos la confirmación quirúrgica, anatomopatológico ni los controles posteriores, que pudieran servirnos de referencia, para confirmar o descartar los diagnósticos Ecograficos.

Todas las Ecografías fueron realizadas, después de hacer historia y exploración ginecológica, y de contar con un juicio clínico o diagnóstico de sospecha. Con estos datos y las imágenes observadas con arreglo a los patrones ecográficos ya descritos sobre las distintas patologías hasta la fecha, emitimos un diagnóstico de sospecha ecográfico.

Posteriormente revisamos el diagnóstico quirúrgico o intraoperatorio y el resultados de los estudios anatomo-patológicos o / y Microbiológicos de las piezas o muestras enviadas al Laboratorio, considerando a estos informes, como los diagnósticos definitivos, para valorar el acierto o error, del ecográfico.

Nuestra casuística, comprende 215 mujeres, a las que dividimos para un mejor estudio, en las cuatro patologías

más frecuentes encontradas en el, como son: Anexitis, Endometriosis, Emb. Ectópicos y patología tumoral, añadiendo un quinto grupo, de Quistes Foliculares, incluidos en los Estados semejantes a tumor de la Clasificación de la Figo.

Calculamos la SENSIBILIDAD,ESPECIFICIDAD y los VALORES PREDICTIVOS que tuvo la Ecografía, como método Diagnóstico de la patología Anexial, en nuestro estudio, y cuyos resultados figuran en la Tabla LIX.

Los resultados obtenidos, pensamos que son pobres, si los comparamos con los publicados por otros autores en la actualidad, muchos de ellos con Sonda Transvaginal, pero si tenemos en cuenta que fueron realizados entre 1982-85, creemos que pueden ser aceptables.

Las imágenes Ecograficas, a pesar de los patrones o modelos descritos que caracterizan a los distintos tipos de patología, son realmente difíciles de interpretar y si pretendemos hacer un diagnostico de certeza, cometeremos frecuentes errores,por su parecido entre si.

Creemos que estamos ante un excelente método exploratorio, económico,inocuo y rápido, para usar en todas las mujeres que pasen por la consulta de ginecología,sobre todo en aquellas, que por su obesidad, falta de relajación, escasa colaboración o resistencia dolorosa, se hace imposible la exploración ginecológica clásica.

Es un método rentable, para detectar masas pélvicas, y debe servir de filtro para disminuir el número de intervenciones quirúrgicas, pero menos, para diagnosticar de certeza, la naturaleza y localización exacta de las mismas, y se muestra incapaz para la detección del Cáncer de ovario.

Estamos convencidos, que en la actualidad, con la utilización de las sondas transvaginales, una vez que conozcamos bien y sepamos interpretar las nuevas imágenes que nos ofrece la patología anexial por ésta vía, el diagnóstico será más fácil.

T A B L A L I X
=====

RESUMEN ESTADISTICO

DIAGNOSTICOS ECOGRAFICOS

	NUM.	S	E	VP(+)	VP(-)	F(+)	F(-)
Quistes	57	93	90	69.9	98.1	17	3
Endometriosis	42	78	92	65	95.4	14	8
Emb.Ectópico.	34	72	94	67.7	95	11	9
Anexitis.	30	76	98	87.6	95.6	4	8
Q.Folicular.	29	68	99	94.2	92.9	1	13

NUM. = Numero de diagnósticos por patología.

S = Sensibilidad. E = Especificidad.

VP = Valores Predictivos (+) y (-). F = Falsos (+) y (-).

VIII.- I C O N O G R A F I A

VIII.1.- IMAGENES del APARATO GENITAL NORMAL.

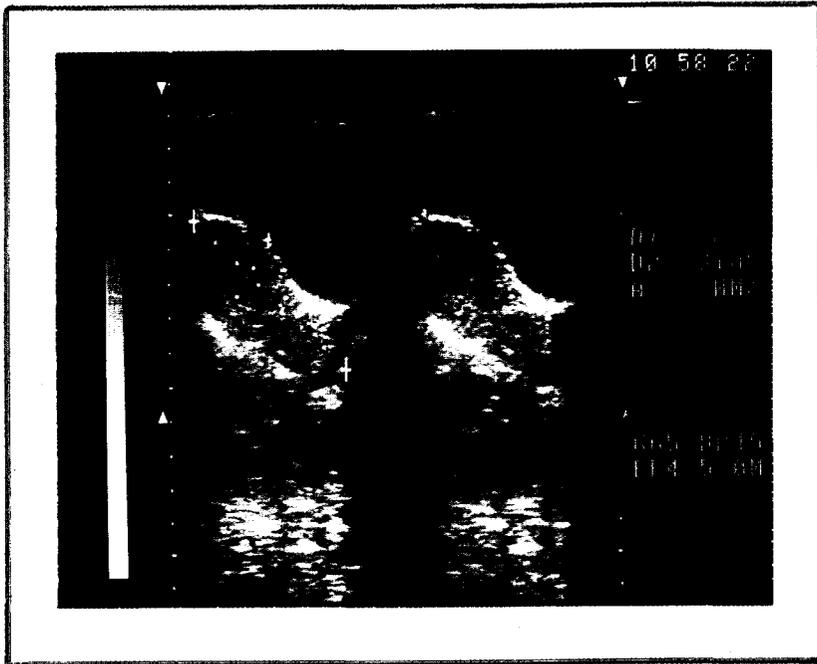


FOTO 1

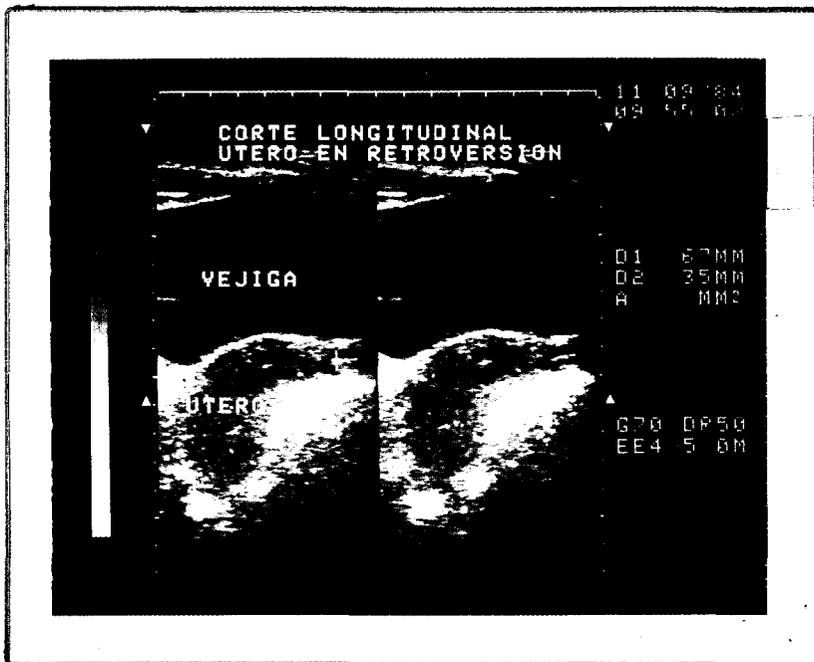


FOTO 2

FOTO.1: Utero en ANTEVERSION. Cortes longitudinales.

FOTO.2: Utero en RETROVERSION, con RETROFLEXION.
Cortes Longitudinales.

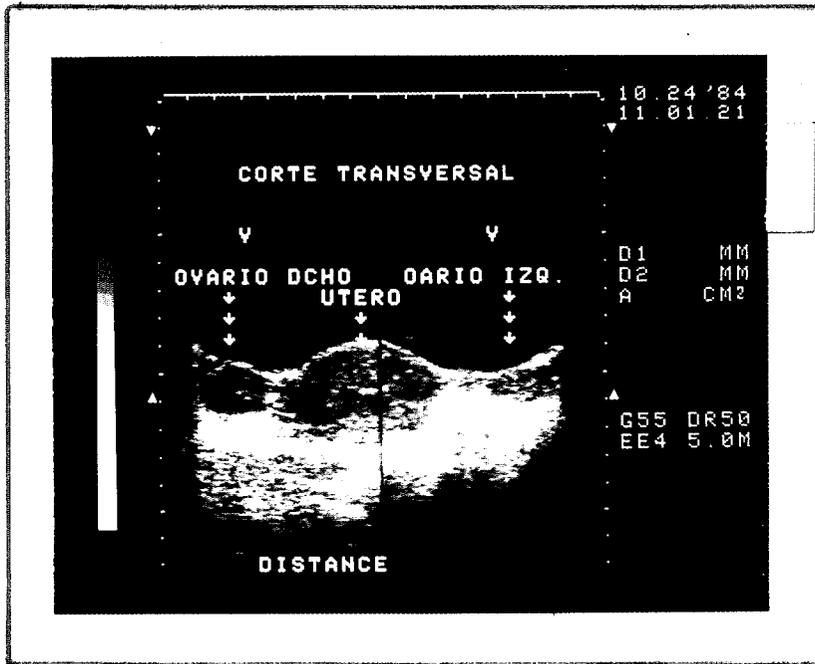


FOTO - 3



FOTO - 4

FOTO.3: Composición. Corte Transversal del Utero, con visión de ambos Ovarios normales.

FOTO.4: Composición. Corte Transversal del Utero, con visión de la Trompa y Ovario izquierdo normales.
(V) Vejiga; (U) Utero; (T) Trompa; (O) Ovario.

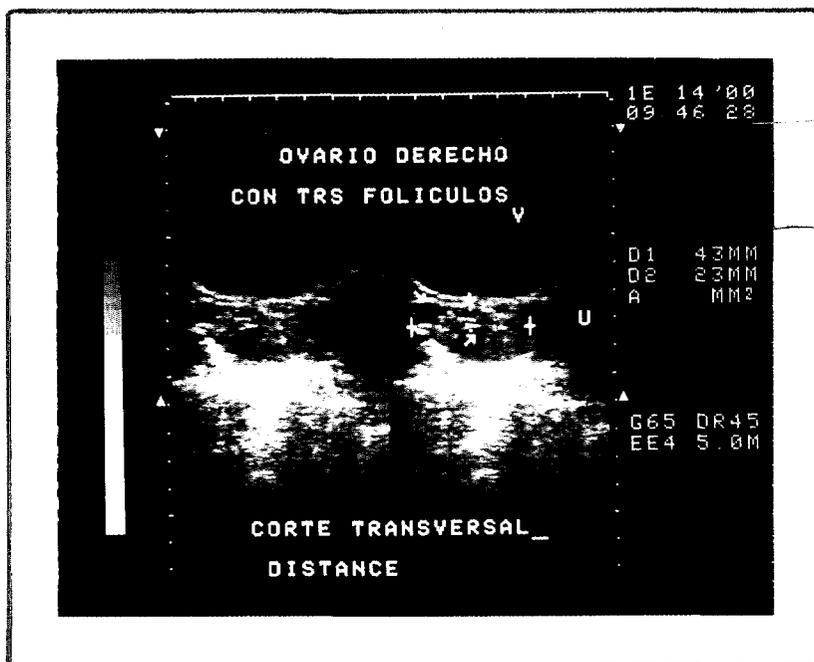


FOTO - 5

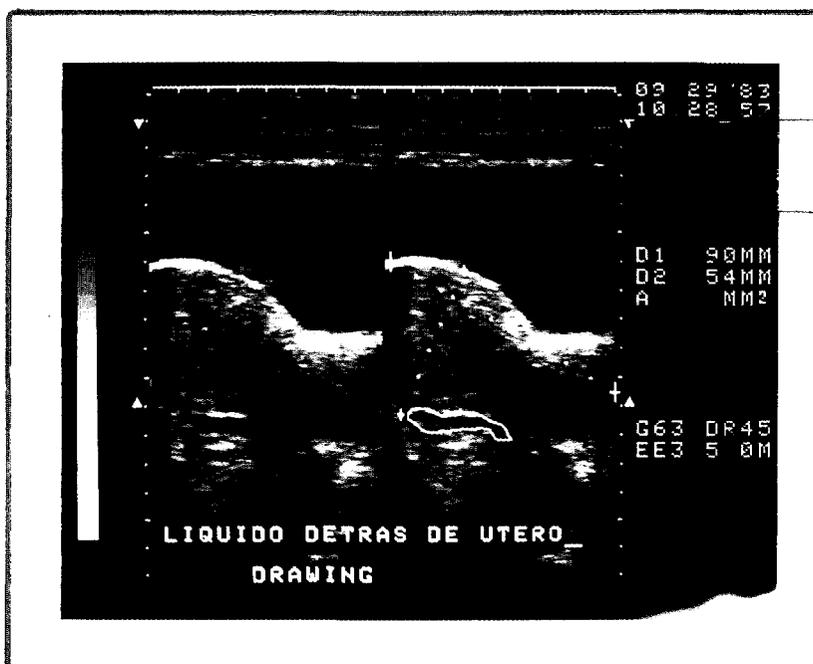


FOTO - 6

FOTO.5: Corte Transversal. Se observan tres folículos en el Ovario derecho. (V)Vejiga; (U)Utero.

FOTO.6: Corte Longitudinal del Utero. Se observa Colección líquida en Douglas, consecuente a una rotura folicular reciente.

VIII.2.- IMAGENES de PATOLOGIA ANEXIAL.

VIII.2.1.- PROCESOS INFLAMATORIOS. Anexitis.

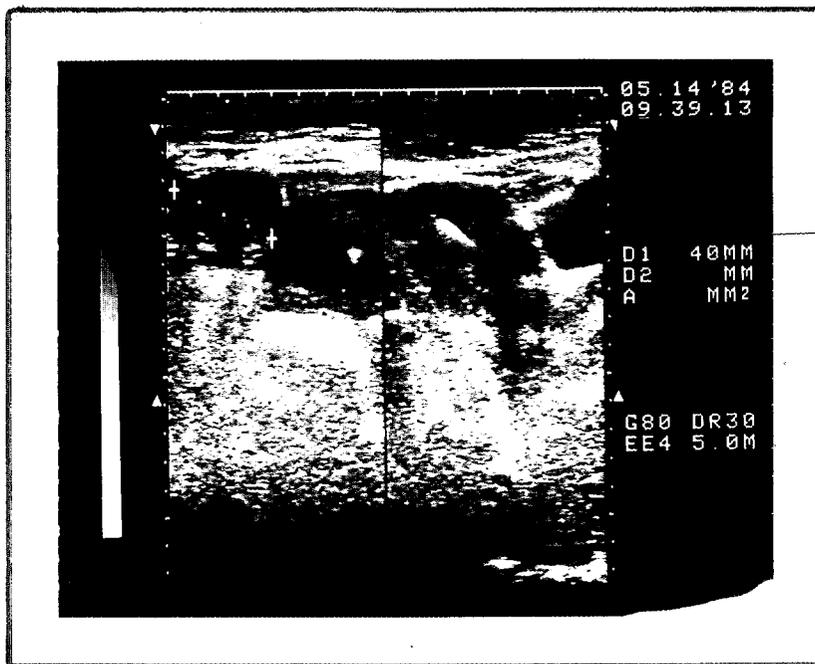


FOTO - 7

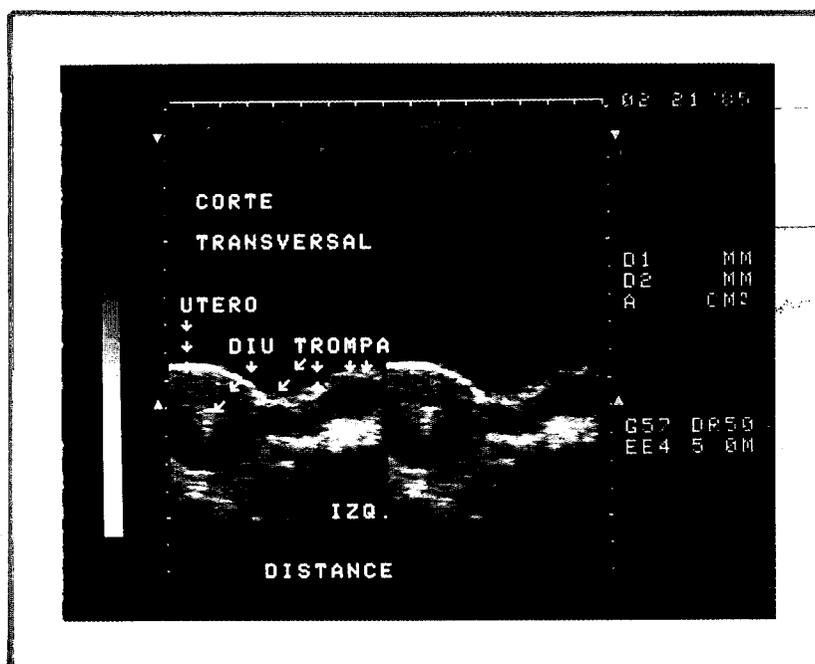


FOTO - 8

- FOTO.7: Nº 27. Corte Transversal: Utero con DIU y Anexitis derecha.
Corte Longitudinal: Utero en ante con DIU.
- FOTO.8: Nº 49. Cortes Transversales.
Utero con DIU e hidrosalping izquierdo.

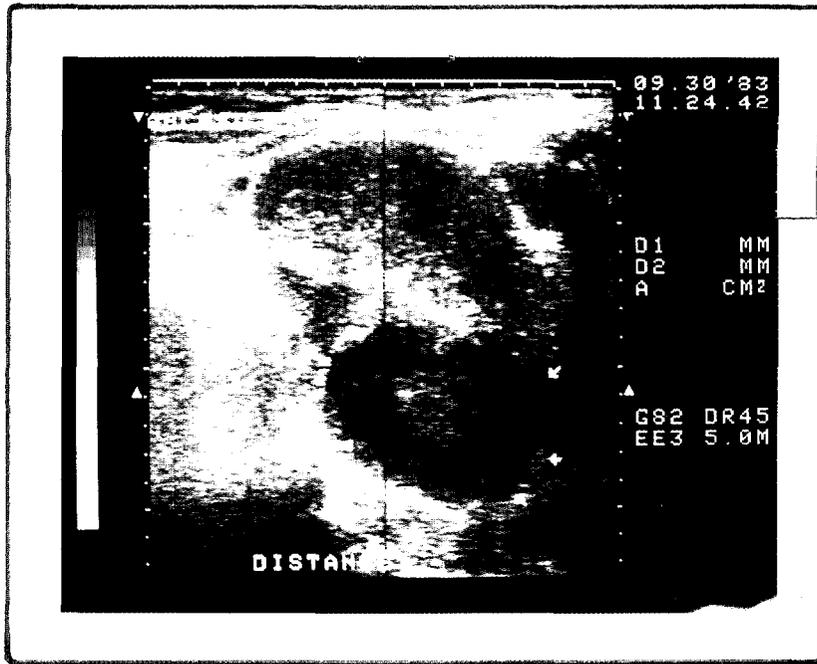


FOTO - 9

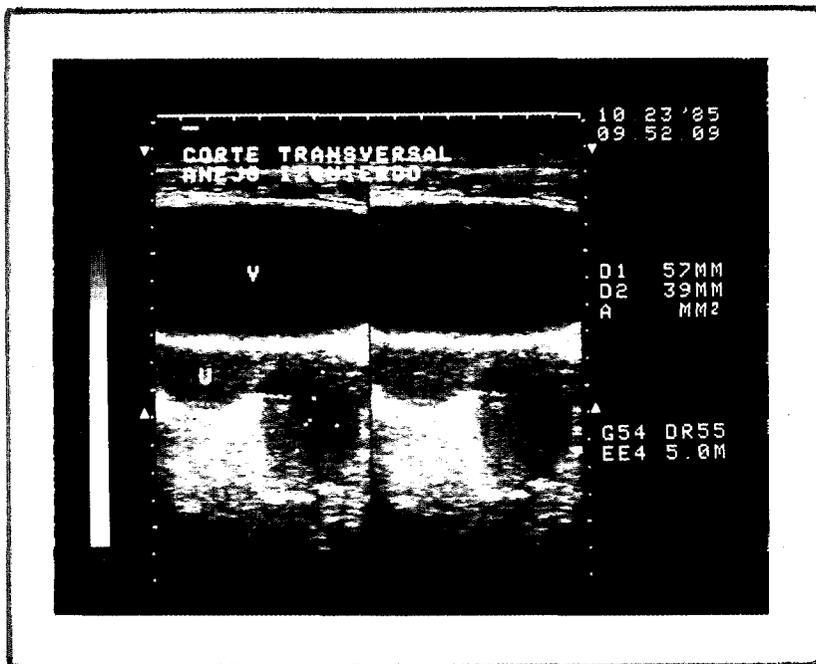


FOTO - 10

FOTO.9: Nº 98. Composición de Corte Longitudinal: Utero y Absceso retrouterino, ocupando Douglas.

FOTO.10: Nº 23. Cortes Transversales: Utero y Anexitis Izqd. (U) Utero; (V) Vejiga.

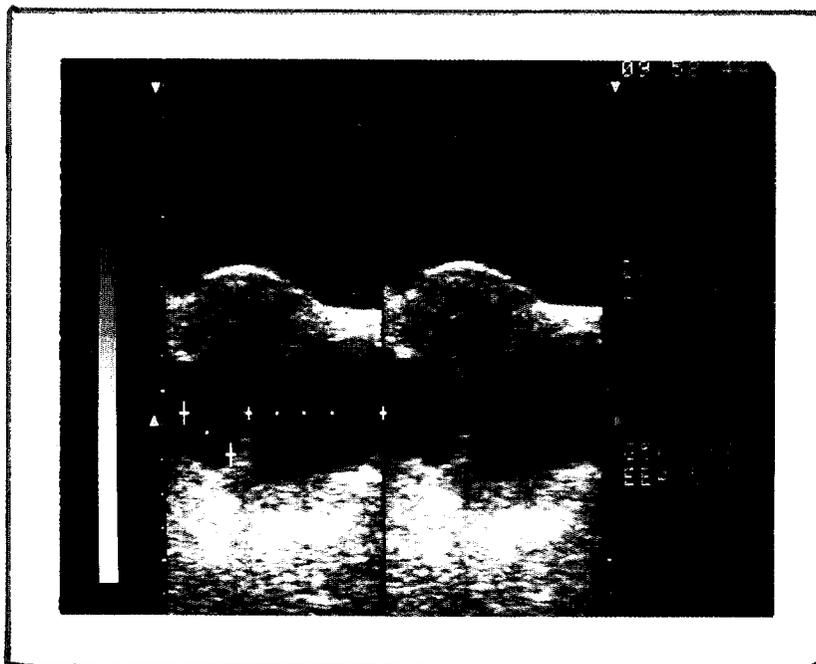


FOTO - 11

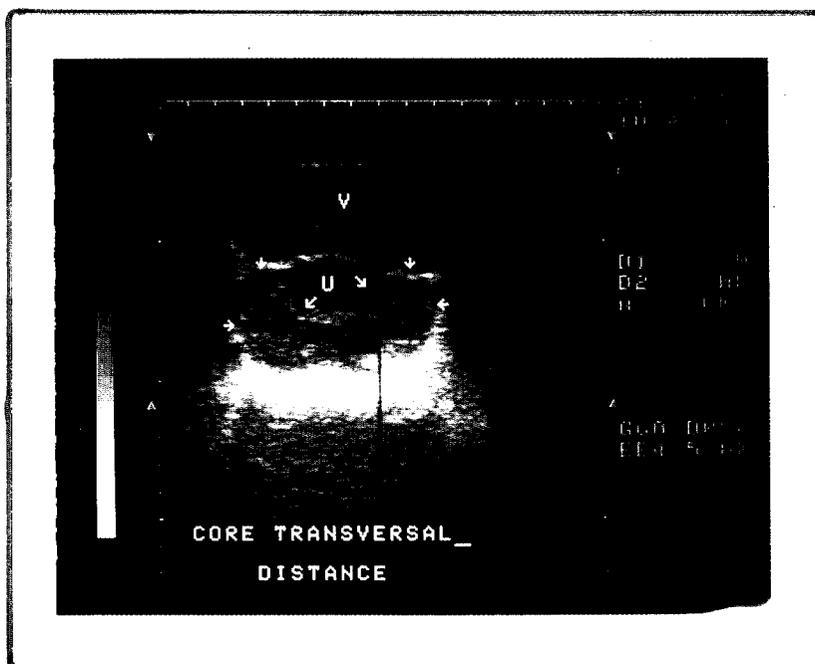


FOTO - 12

FOTO.11: Nº 203. Cortes Transversales:
Utero y Anexitis bilateral retrouterina.

FOTO.12: Nº 3. Corte Transversal. Composición:
Utero y Anexitis bilateral retrouterina.
(V) Vejiga; (U) Utero.

VIII.2.2.- ENDOMETRIOSIS.

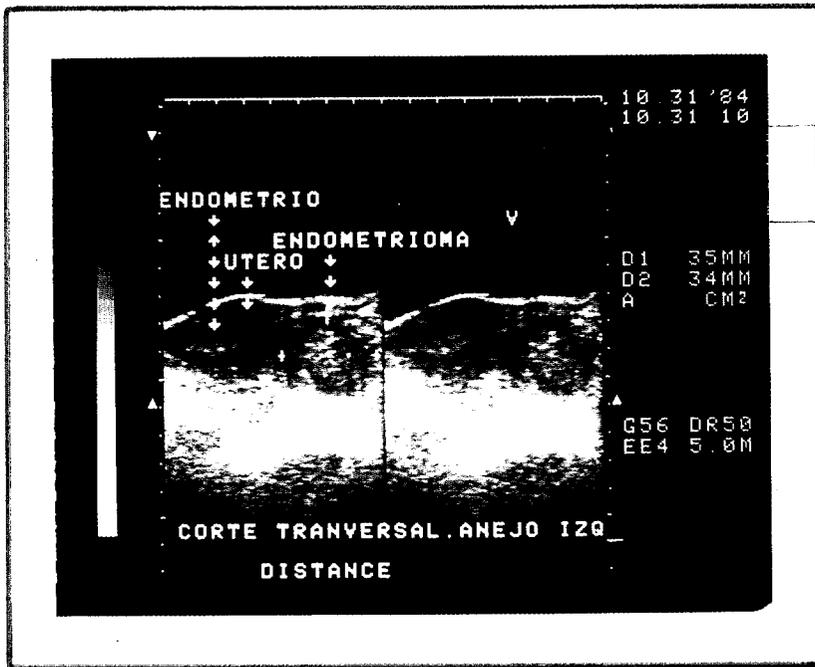


FOTO - 13

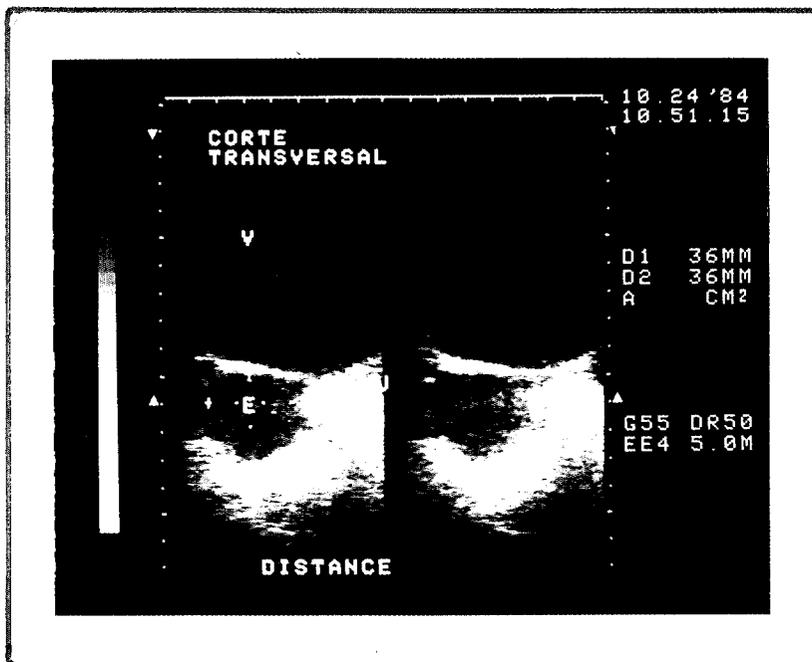


FOTO - 14

FOTO.13: Nº 34. Endometrioma en anejo izquierdo.
Corte Transversal.

FOTO.14: Nº 37. (E).Endometrioma en Ovario derecho.
Corte Transversal.

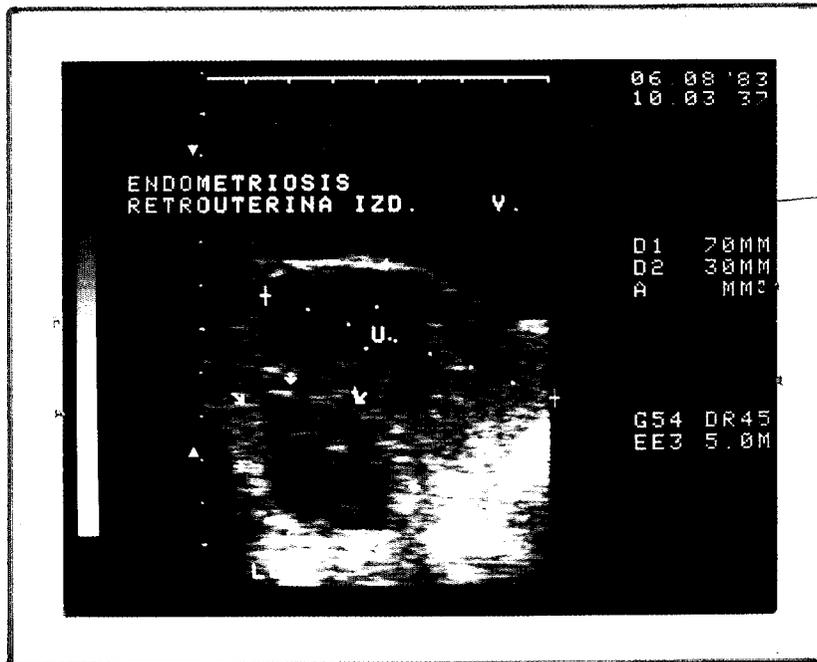


FOTO - 15

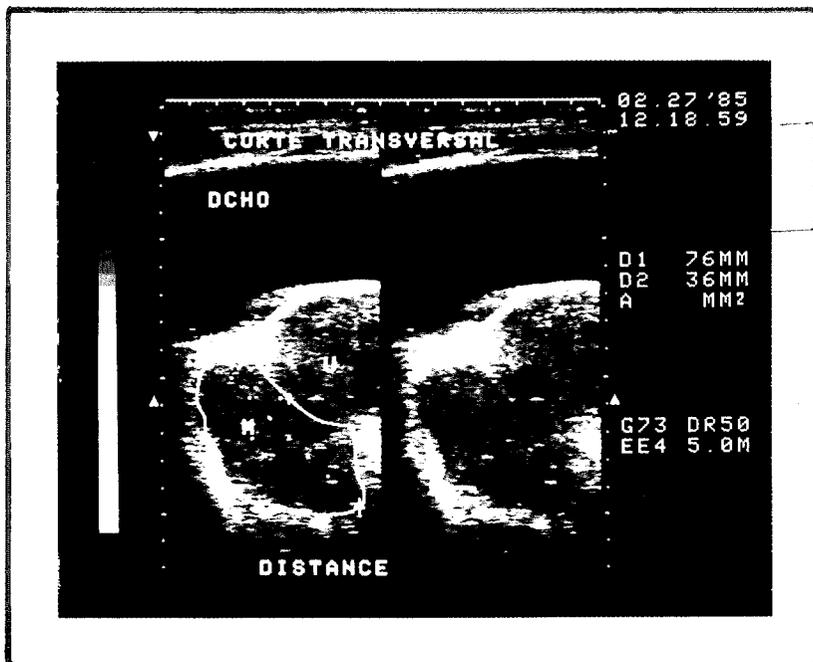


FOTO - 16

FOTO.15: Nº 66. Endometriosis retrouterina izquierda.
Corte Longitudinal.

FOTO.16: Nº 94. Endometriosis retrouterina derecha.
Corte Transversal.

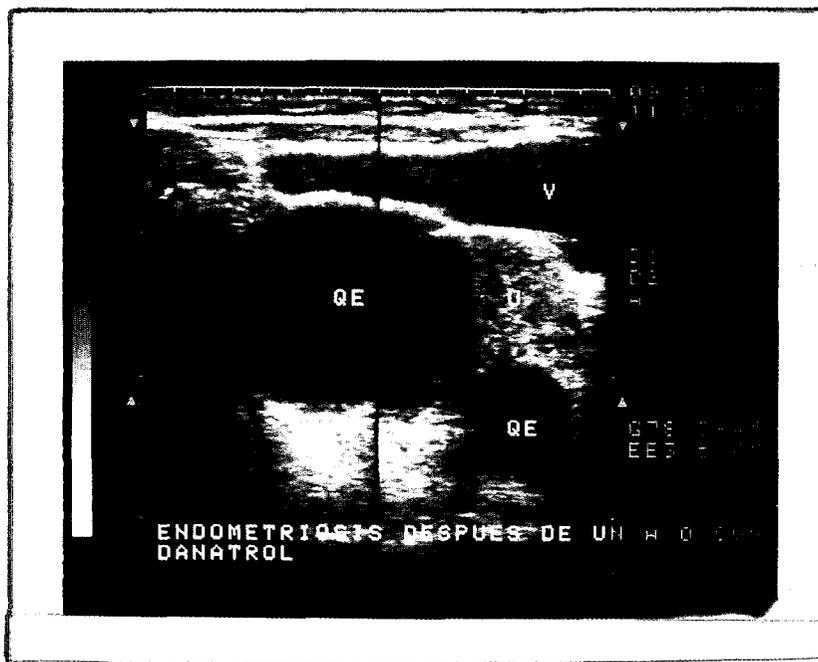


FOTO - 17

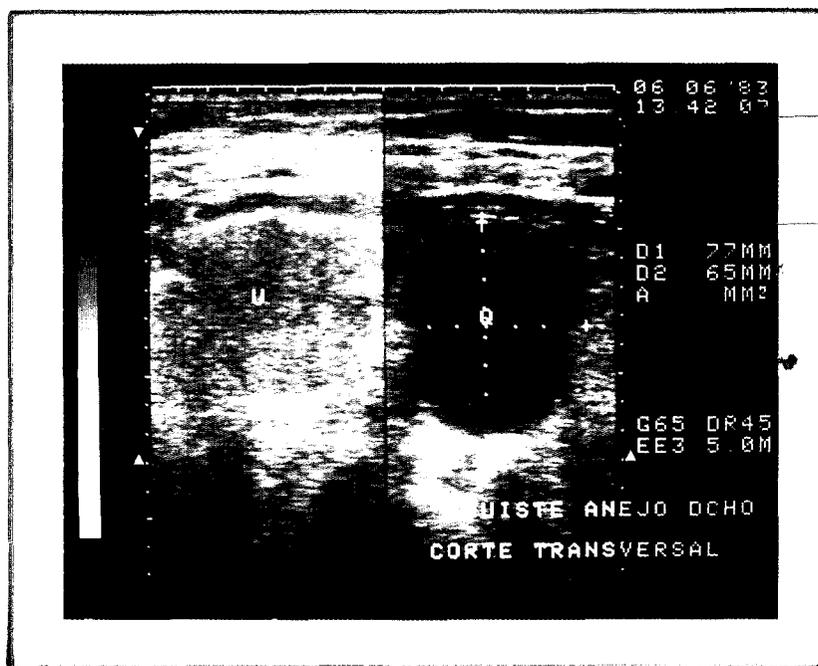


FOTO - 18

FOTO.17: Nº 4. Endometriomas bilaterales de Ovario.
Corte Transversal.Composición.

FOTO.18: Nº 42. Cortes Transversales. Endometrioma derecho
y Adenomiosis uterina. (U) Utero; (Q) Quiste.

VIII.2.3.- EMBARAZOS ECTOPICOS

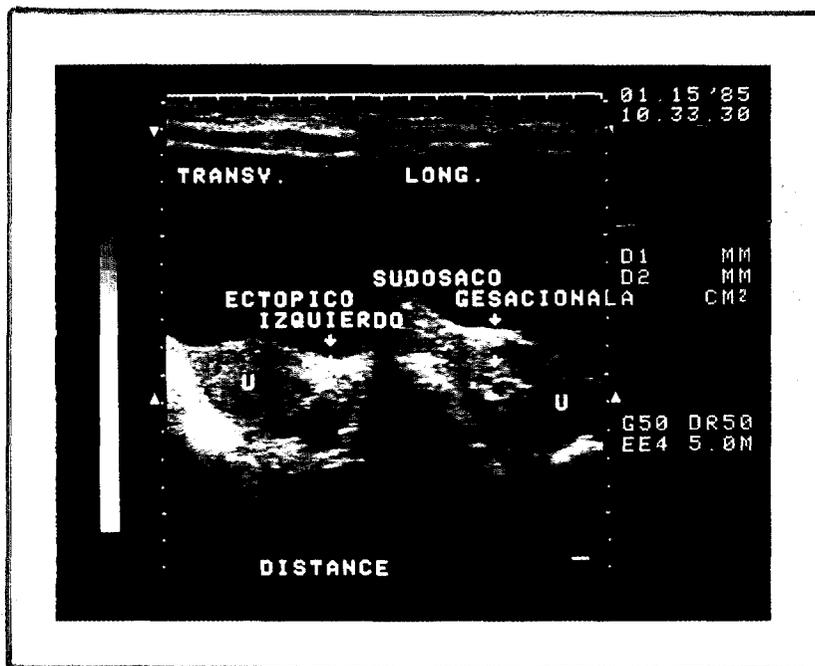


FOTO - 19

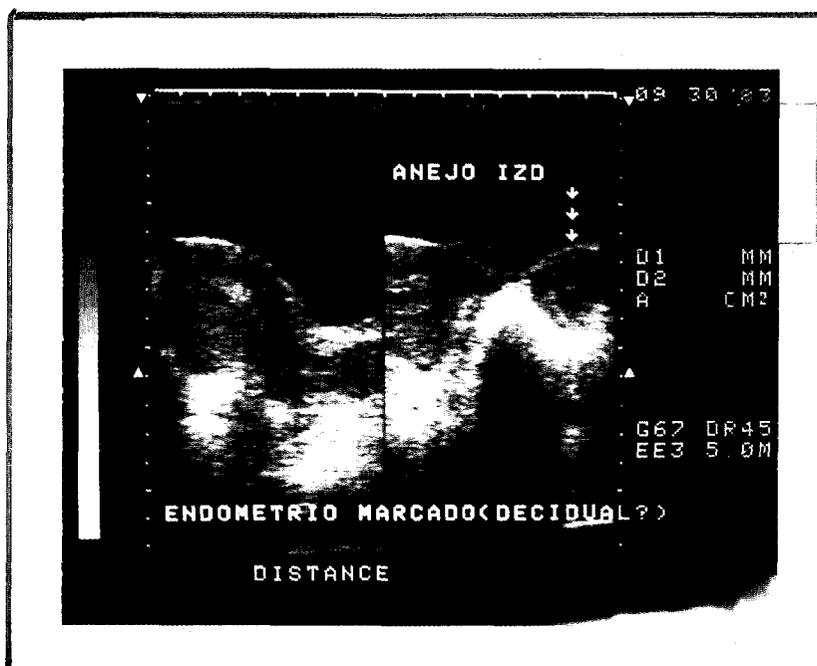


FOTO - 20

FOTO.19: Nº 161. Corte Transversal: Utero y Ectópico Izq.
Corte Longitudinal: Seudosaco gestacional
intrauterino y reacción decidual endometrial.

FOTO.20: Nº 206. Corte Longitudinal: Seudosaco gestacional
y reacción decidual del Endometrio.
Corte Transversal: Seudosaco gestacional y
reacción decidual. Ectópico izquierdo.

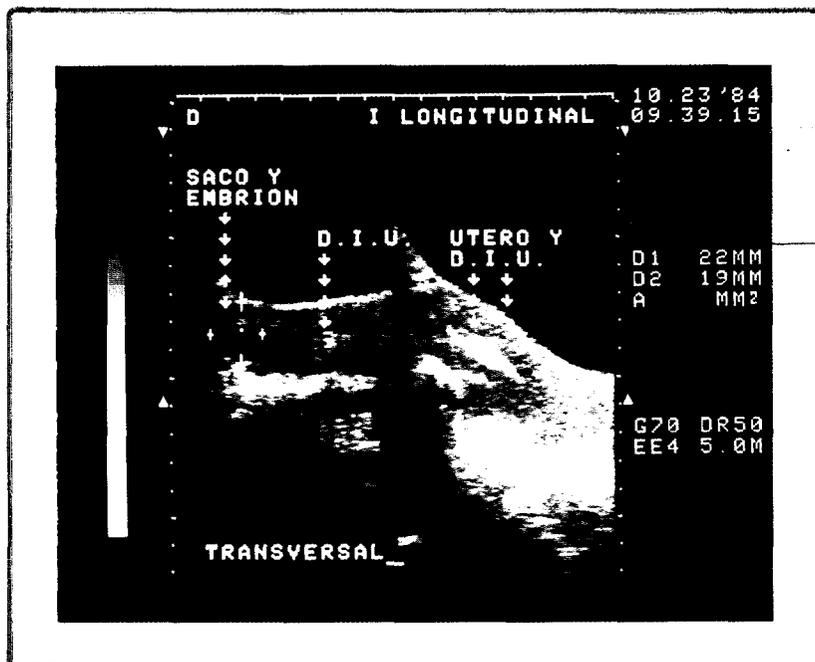


FOTO - 21

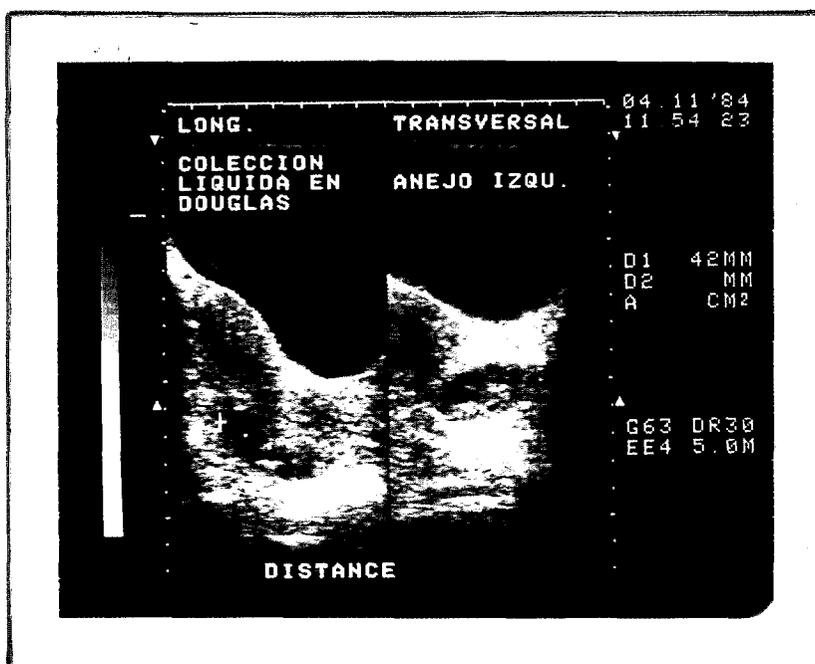


FOTO - 22

- FOTO.21: Nº 121. Corte Transversal: Utero con DIU y Embarazo ectópico derecho.
Corte Longitudinal: Utero con DIU.
- FOTO.22: Nº 137. Corte Longitudinal: Colección líquida en Saco de Douglas.
Corte Transversal: Ectópico izquierdo.

VIII.2.4.- PATOLOGIA TUMORAL ANEXIAL.

VIII.2.4.1.- PATOLOGIA TUMORAL BENIGNA.

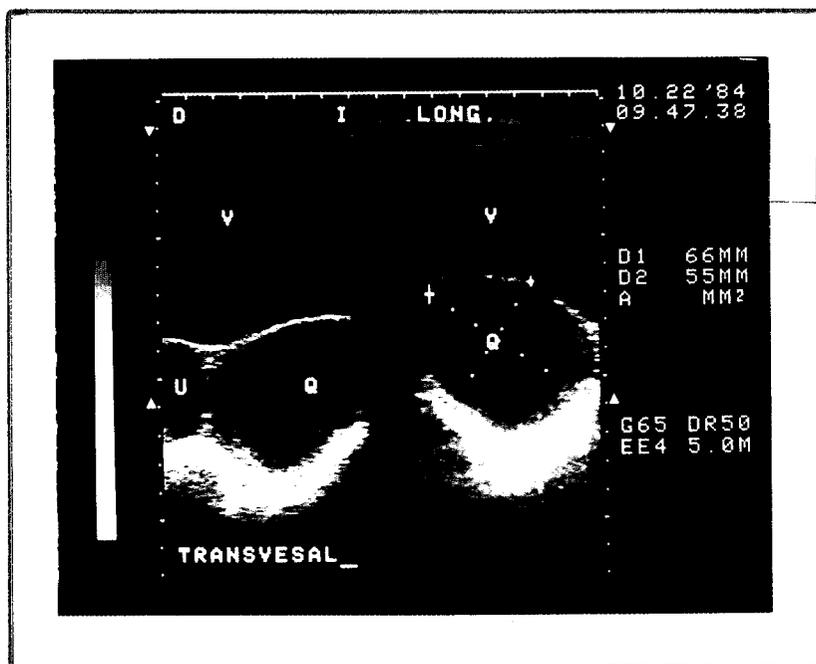


FOTO - 23

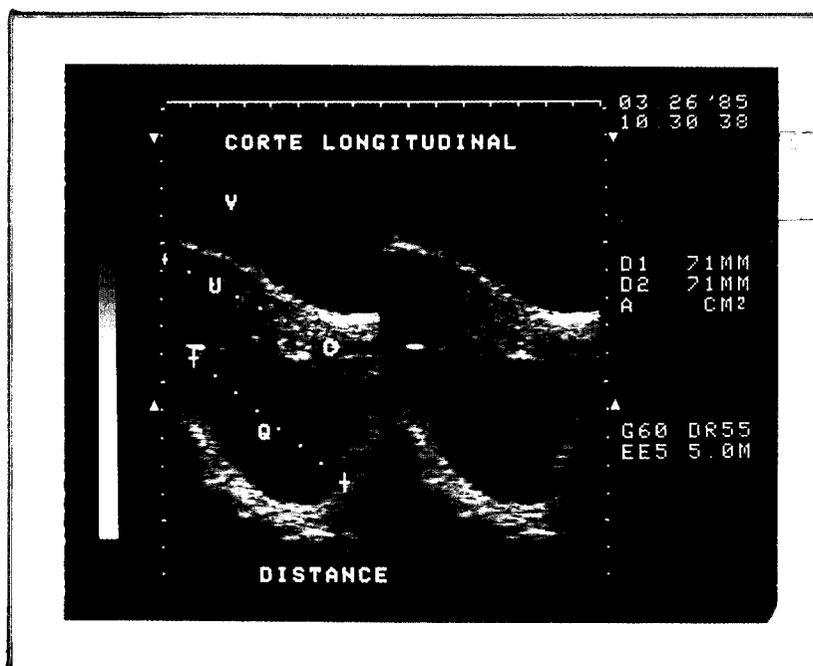


FOTO - 24

FOTO.23: Nº 58. Corte Transversal y Longitudinal. Quiste de Ovario izquierdo. Cistadenoma Seroso.

FOTO.24: Nº 28. Corte Longitudinal. Quiste de Ovario situado en Douglas. Cistadenoma Mucinoso.

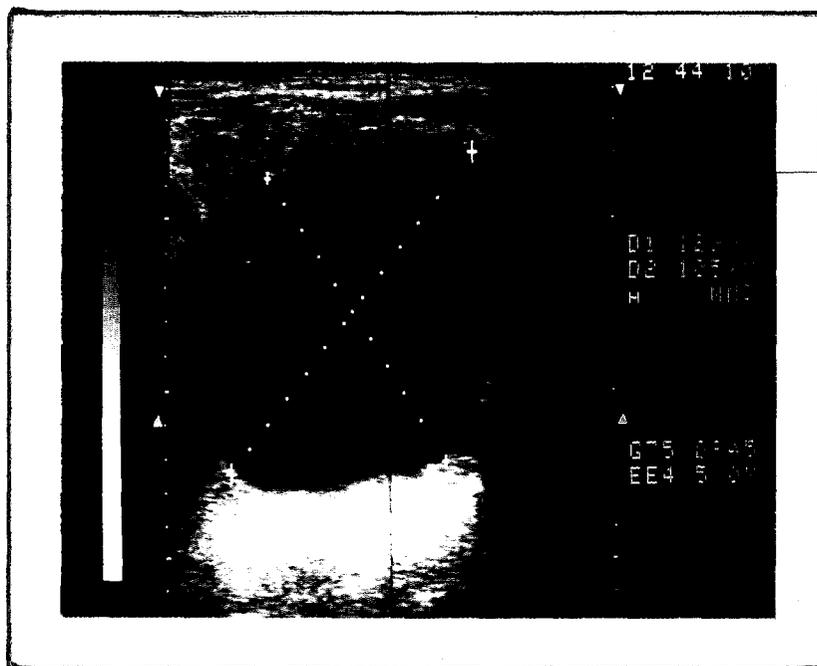


FOTO - 25

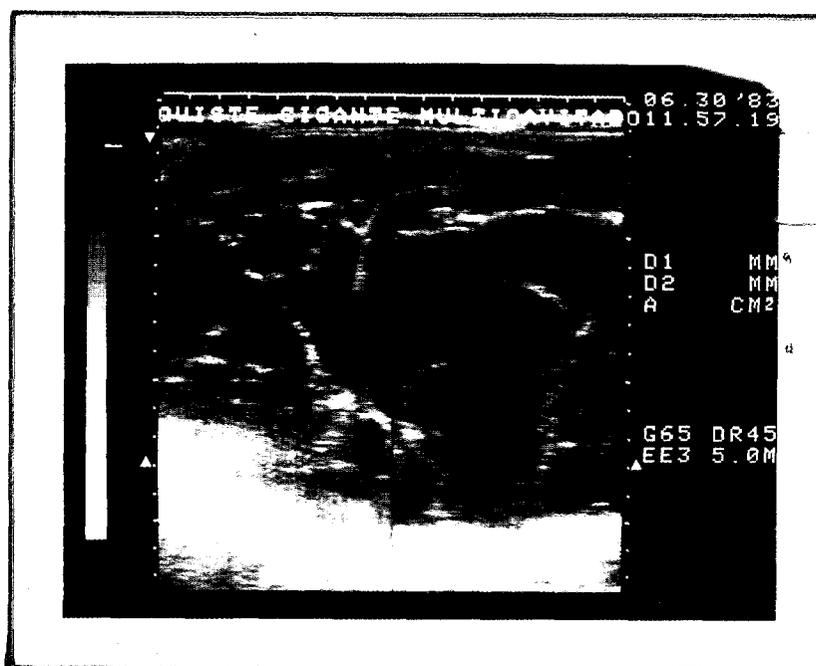


FOTO - 26

FOTO.25: Nº 15. Composición. Corte Transversal. Quiste de Ovario Gigante y multicavitado. Cistadenoma Seroso de Ovario.

FOTO.26: Nº 187. Composición. Quiste de Ovario gigante. Cistadenoma Mucinoso.

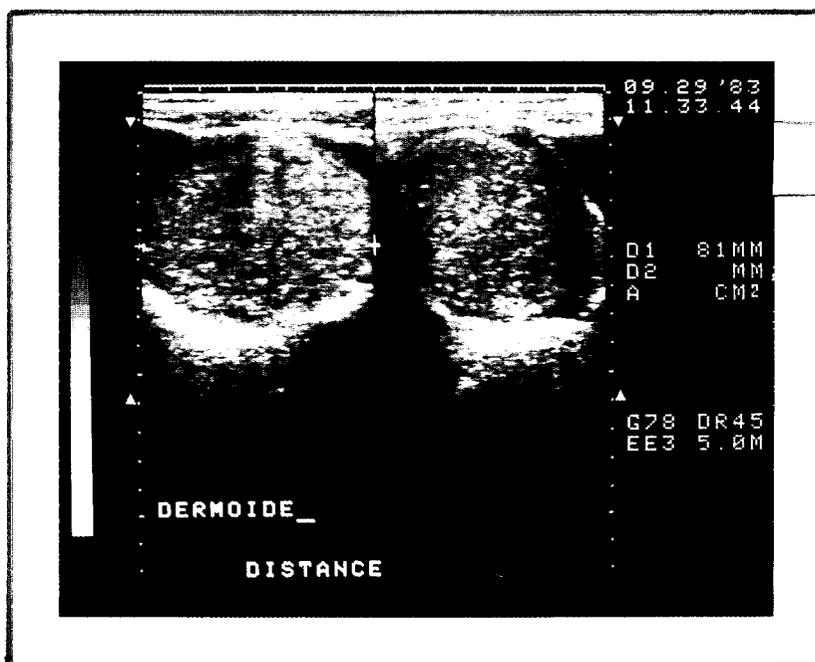


FOTO - 27

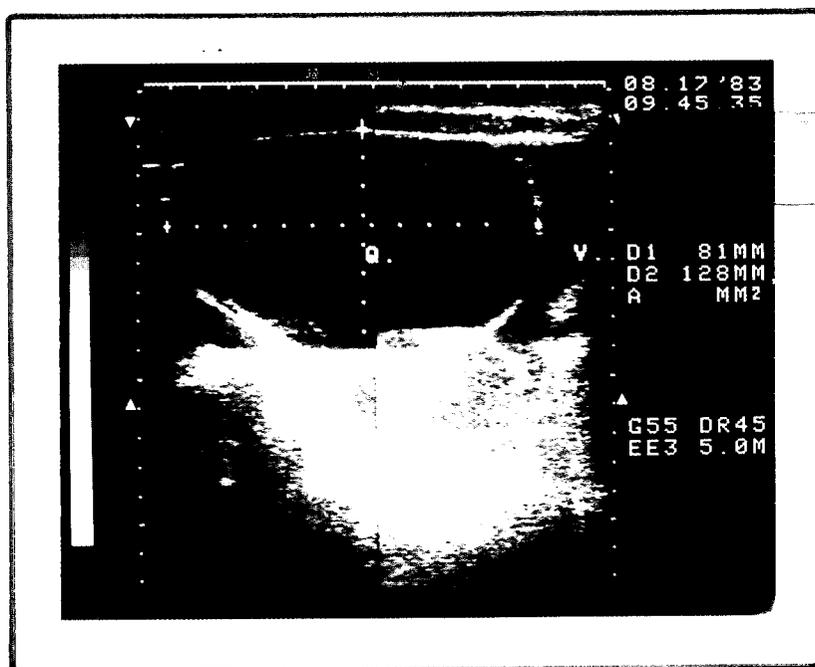


FOTO - 28

FOTO.27: Nº 123. Corte Transversal y Longitudinal.
Teratoma quístico solido benigno de Ovario.

FOTO.28: Nº 36. Corte Longitudinal. Teratoma quístico
liquido benigno de Ovario.

VIII.2.4.2.- PATOLOGIA TUMORAL MALIGNA.

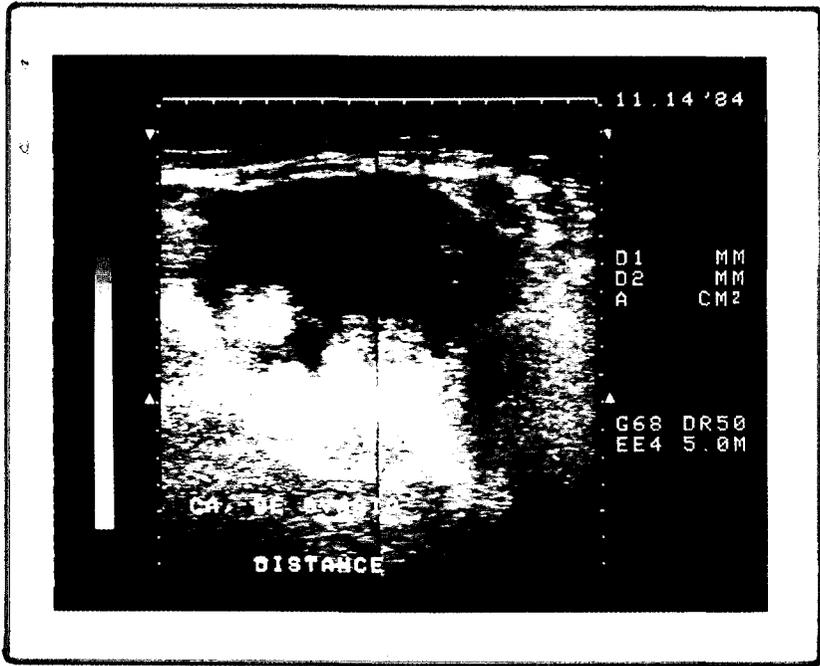


FOTO - 29

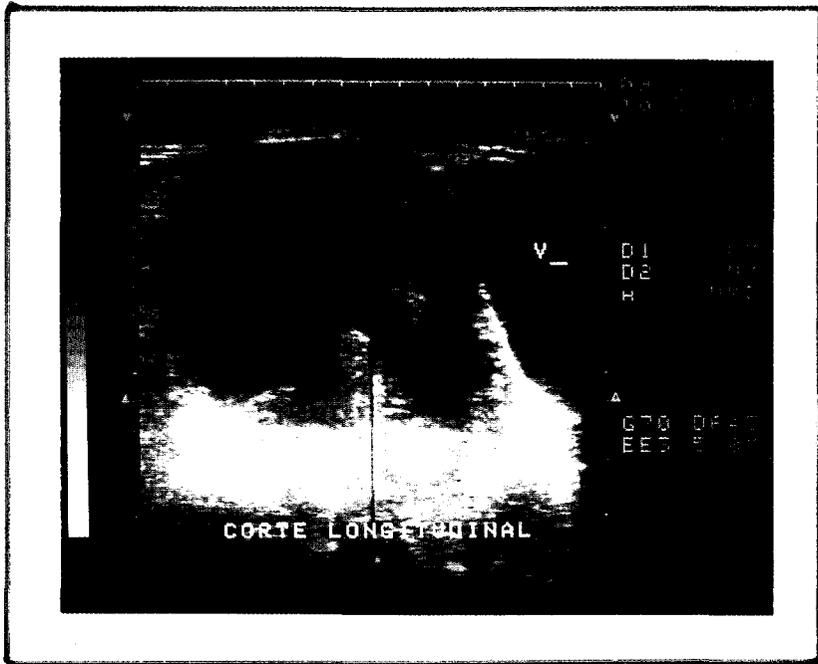


FOTO - 30

FOTO.29: Nº 50. Corte Transver. Quiste Maligno de Ovario Adenocarcinoma de células claras.

FOTO.30: Nº 41. Corte Longitud. Quiste Maligno de Ovario Carcinoma Endometriode.

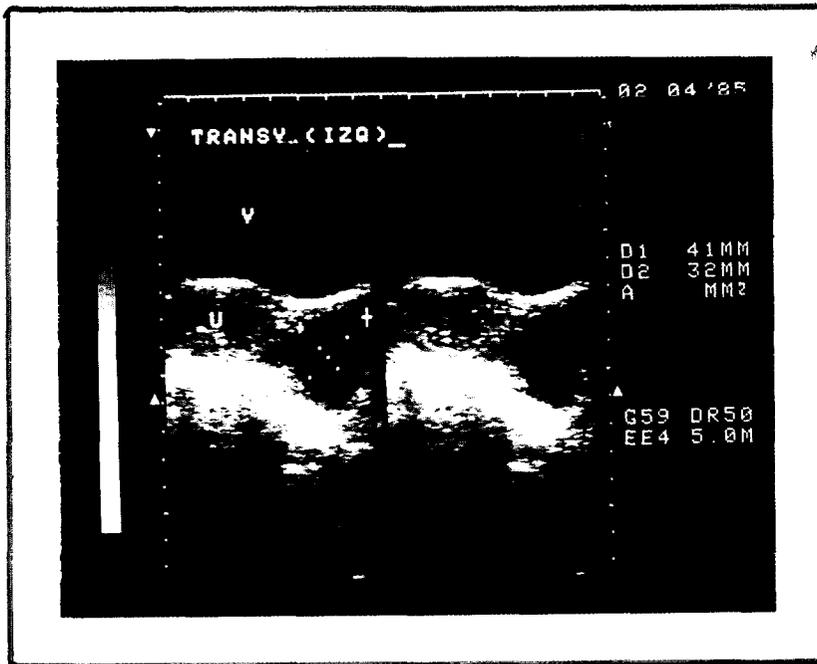


FOTO - 31

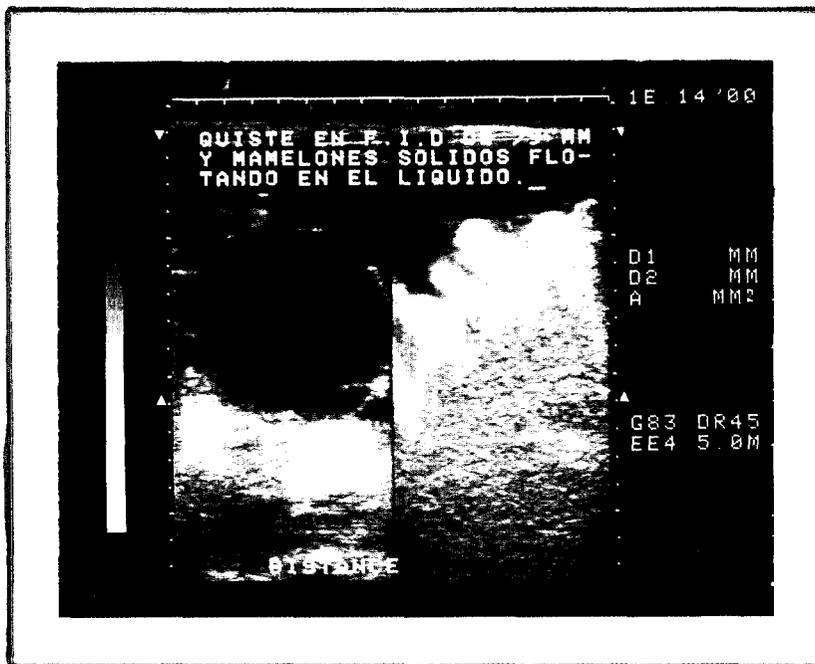


FOTO - 32

FOTO.31: Nº 44. Cortes Transversales. Quiste de Ovario izquierdo. Coriocarcinoma. (V) Vejiga; (U) Utero.

FOTO.32: Nº 129. Corte Longitudinal y Transversal. Ca de Ovario. Cistadenocarcinoma Papilar seroso. Ascitis.

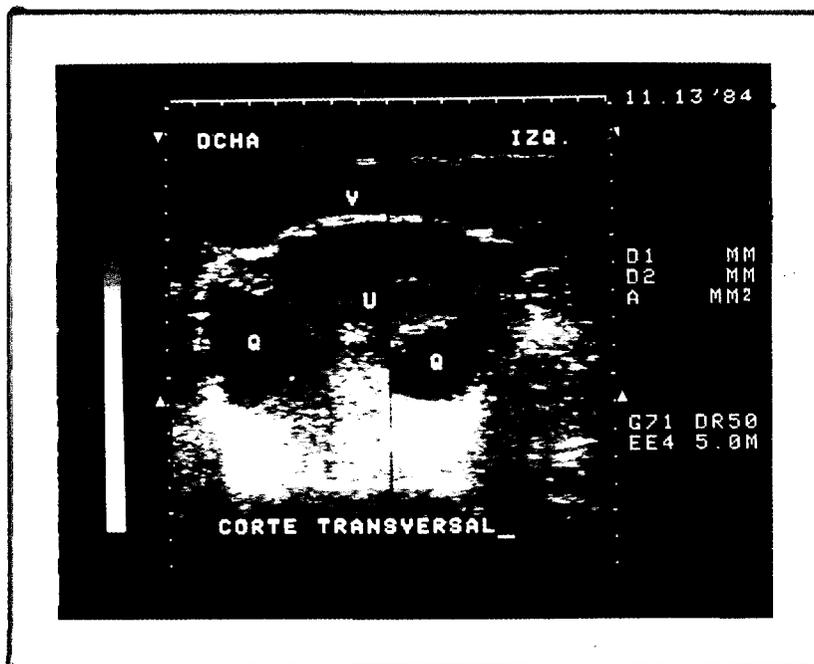


FOTO - 33

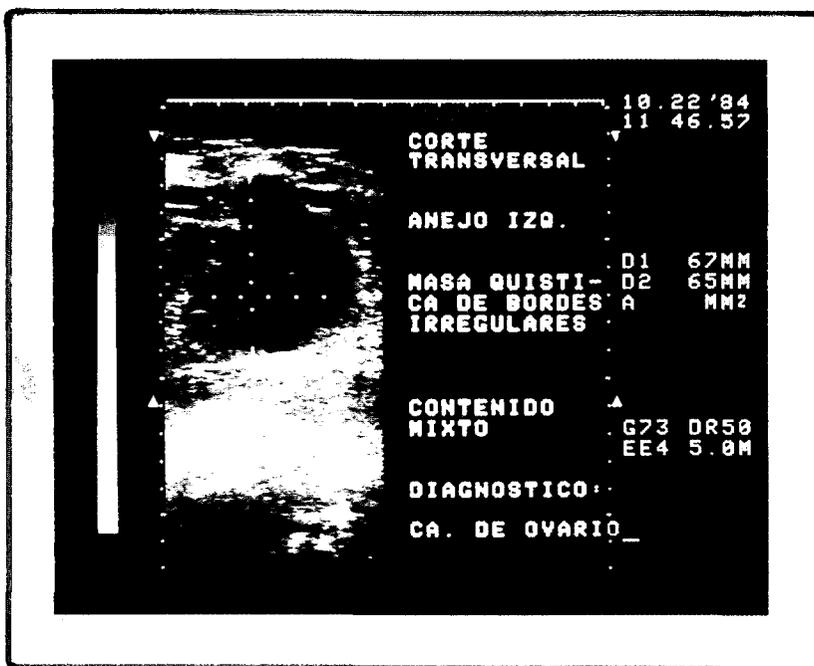


FOTO - 34

FOTO.33: Nº 103. Composición. Corte transversal.(Q) Quiste bilateral de Ovario. Cistadenocarcinoma seroso. (v) Vejiga. (U) Utero.

FOTO.34: Nº 211. Carcinoma Epidermoide de Ovario.

VIII.2.4.3.- ESTADOS SEMEJANTES A TUMOR.

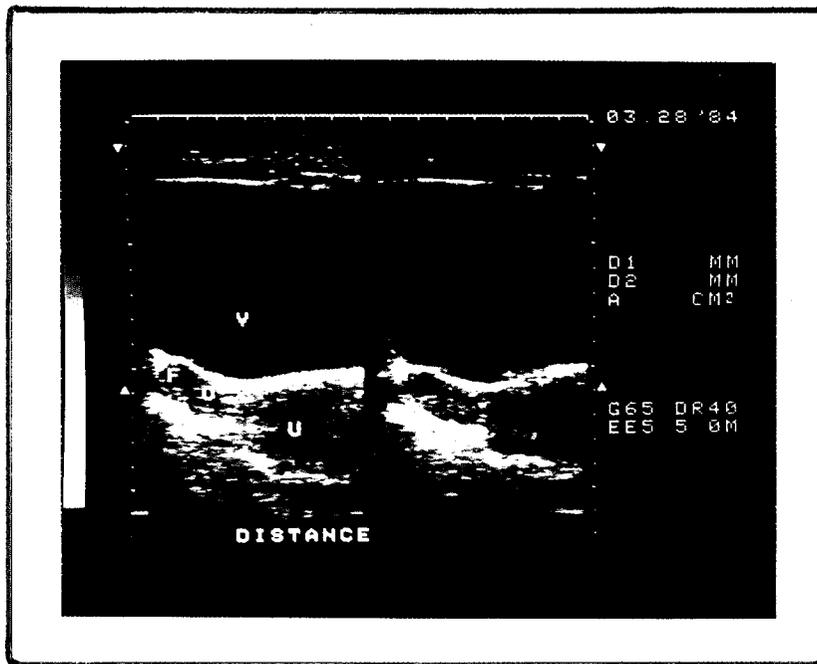


FOTO - 35

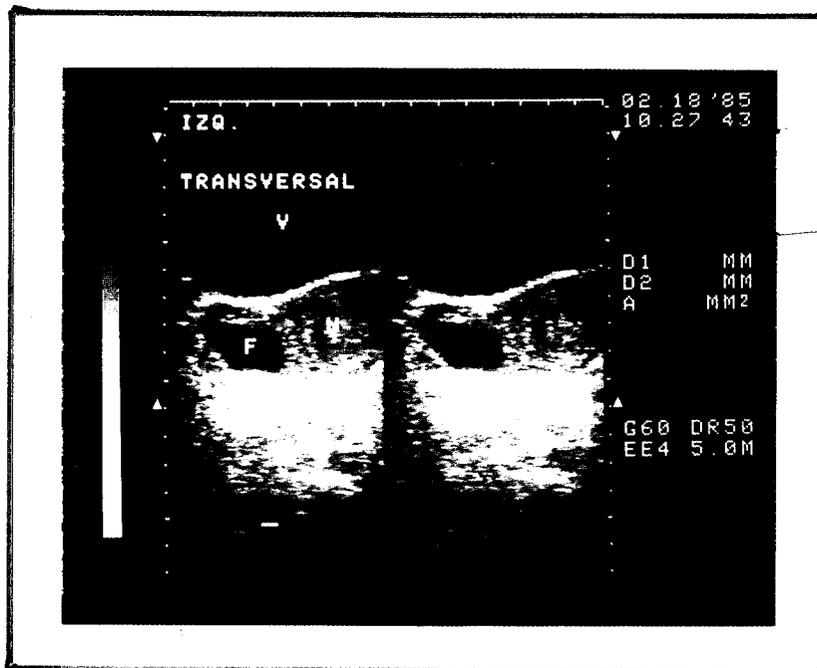


FOTO - 36

FOTO.35: Nº 21. Cortes Transversales:

V = Vejiga; U = Utero.

F = Folículo en Ovario D.(O)

FOTO.36: Nº 145.Corte Transversal: V = Vejiga; U = Utero.

F = Folículo en Ovario I.

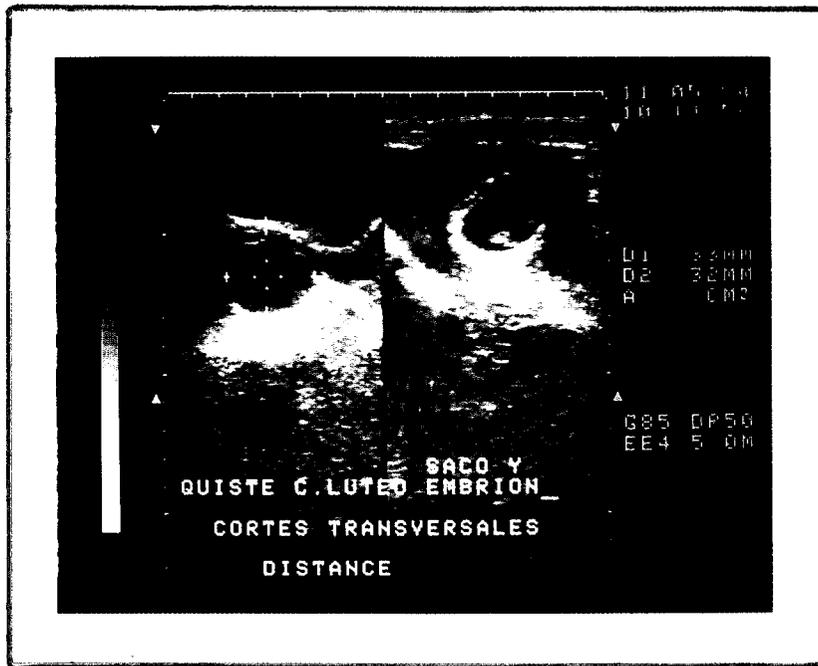


FOTO - 37



FOTO - 38

FOTO.37: Nº 130. Cortes Transversales: Cuerpo Luteo en O.D. y Gestación normal de 8 semanas.

FOTO.38: Nº 201. Cortes Transversales: Gestación de 6 Sem. y Cuerpo Luteo en ovario Izq.

VIII.2.5.- ERRORES DIAGNOSTICOS FRECUENTES.

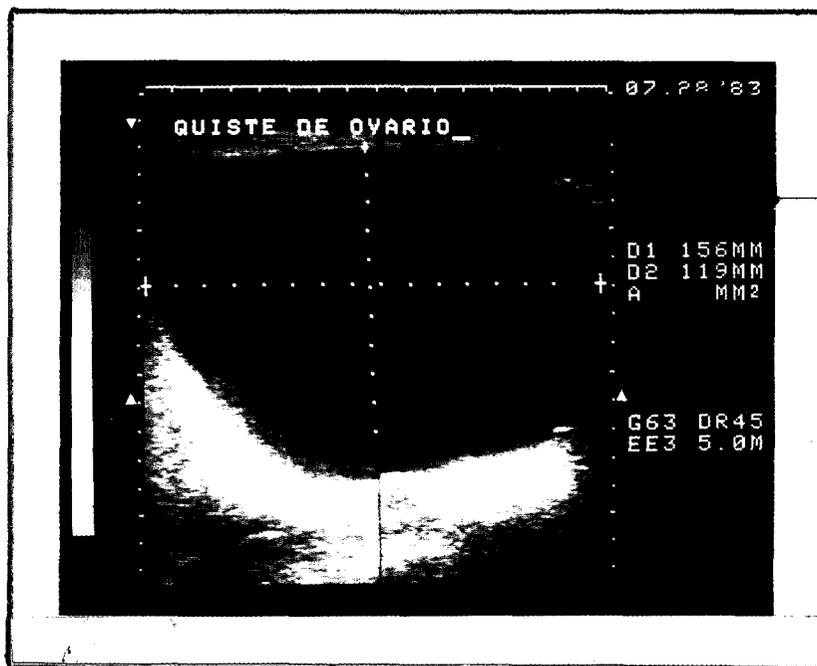


FOTO - 39

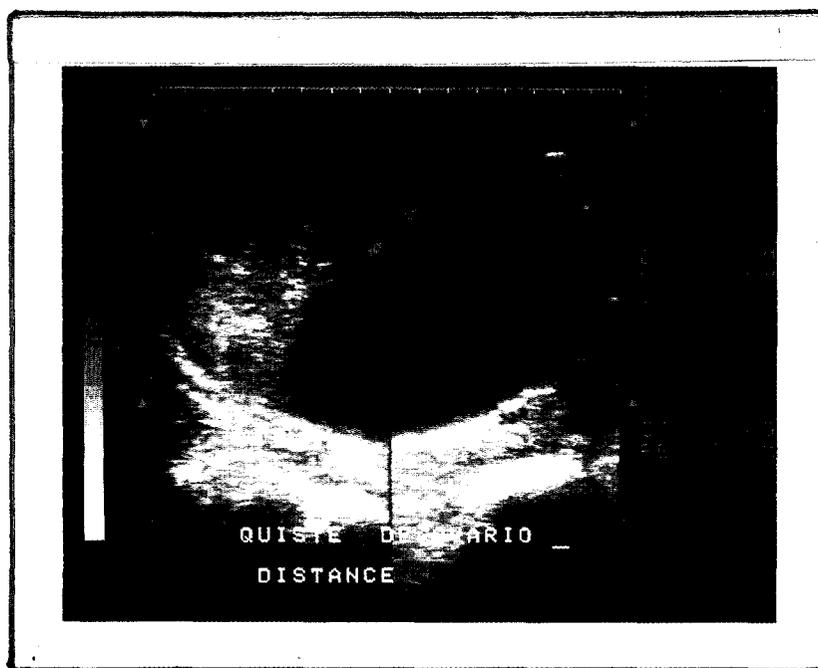


FOTO - 40

FOTO.39: No incluida en Casuística.Composición.Corte Trans:
 Sospecha diagnostica: Quiste gigante de Ovario.
 Diagnostico de certeza: Vejiga Urinaria.

FOTO.40: Nº 80. Sospecha Diagnostica: Quiste maligno de Ov.
 Diagnostico de Certeza: Mioma Degenerado.

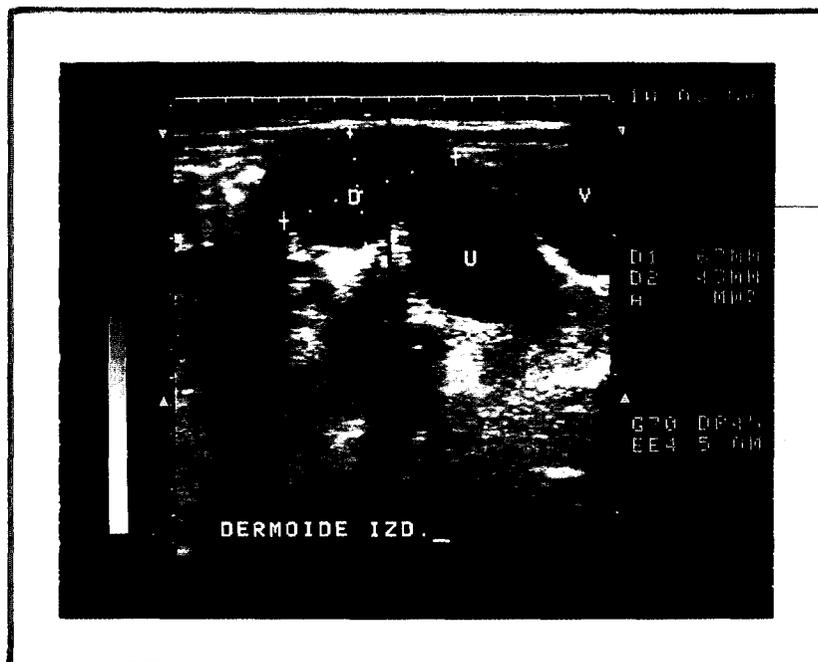


FOTO - 41

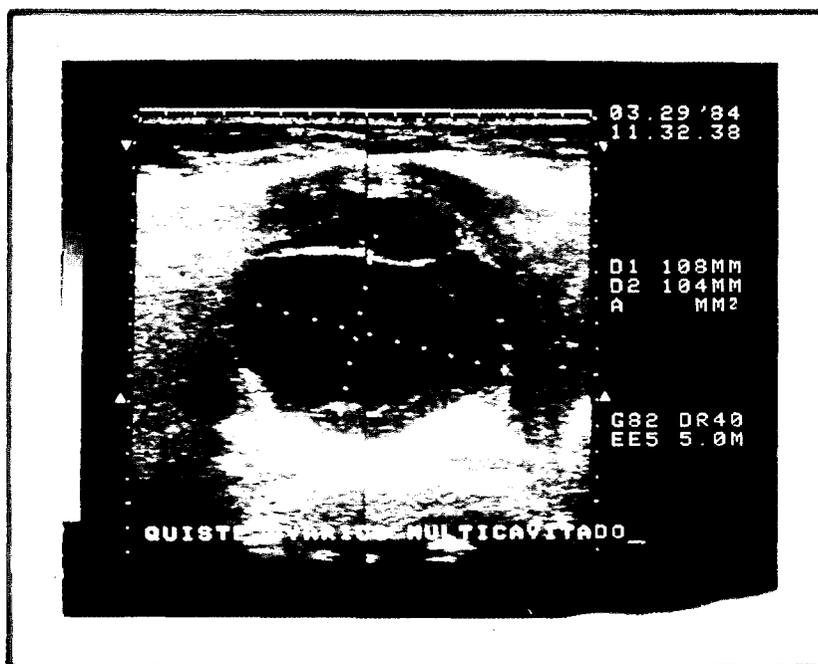


FOTO - 42

FOTO.41: Nº 147. Corte Longitudinal. Composición.
 Diagnostico de Sospecha: Quiste Dermoide (teratoma).
 Diagnostico de Certeza: Mioma Degenerado.
 (D) Mioma Deg.; (V) Vejiga; (U) Utero.

FOTO.42: Nº 43. Corte Longitudinal. Composición:
 Diagnostico de Sospecha: Quiste multicavitado.
 Diagnostico de Certeza: Mioma en fase degenerativa.



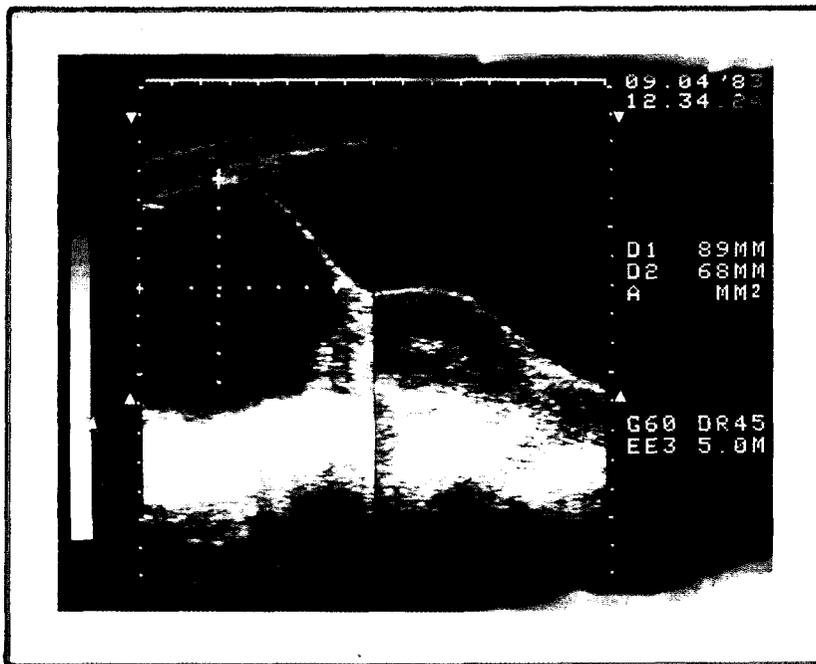


FOTO - 43

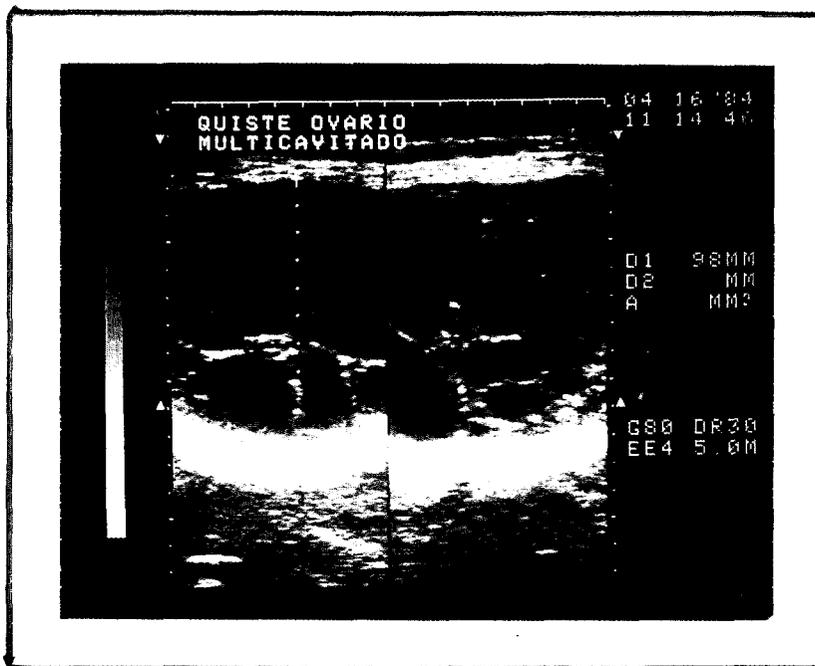


FOTO - 44

FOTO.43: N° 151. Composición. Cortes Longitudinales.
 Diagnostico de Sospecha: Quiste de Ovario.
 Diagnostico de Certeza: Endometrioma.

FOTO.44: N° 38. Cortes Transversal y Longitudinal:
 Diagnostico de Sospecha: Quiste de Ovario Cavitado.
 Diagnostico de Certeza: Endometriosis.(Endometrioma).

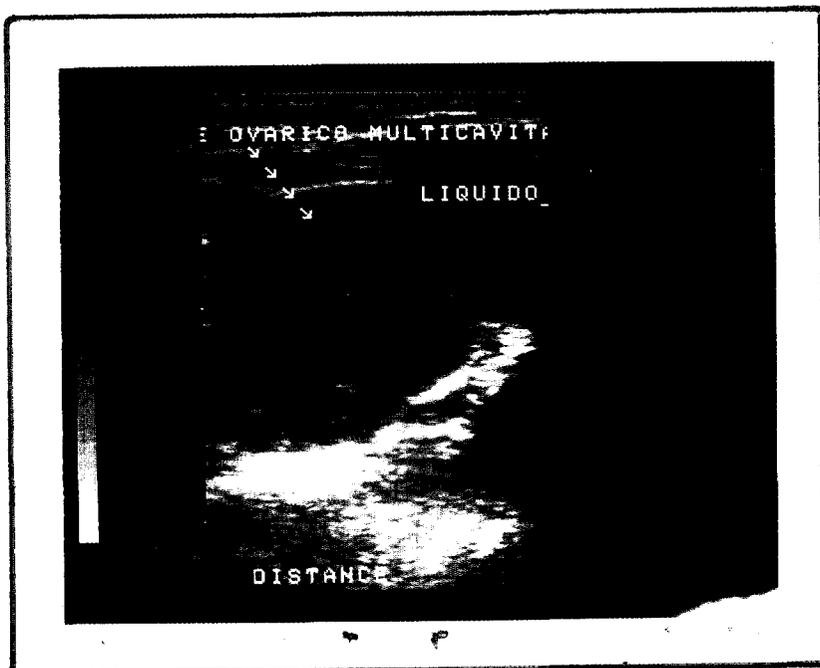


FOTO - 45

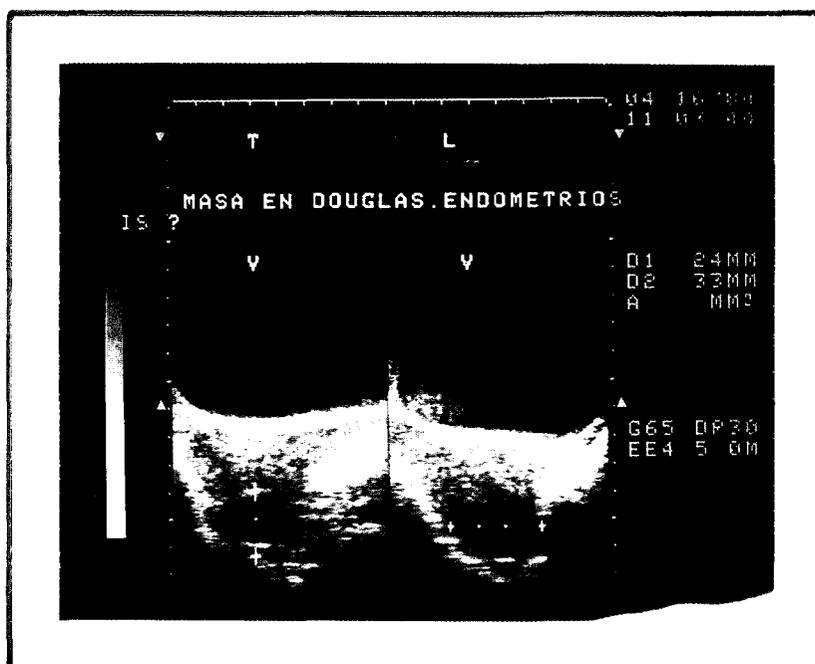


FOTO - 46

FOTO.45: Nº 24. Corte Transversal. Ampliación
 Diagnostico de Sospecha: Quiste Ovárico y Ascitis.
 Diagnostico de Certeza: Cuerpo Luteo Hemorrágico.

FOTO.46: Nº 195. Cortes Transversales.
 Diagnostico de Sospecha: Endometriosis.
 Diagnostico de Certeza: Mioma Degenerado, (Licuado).

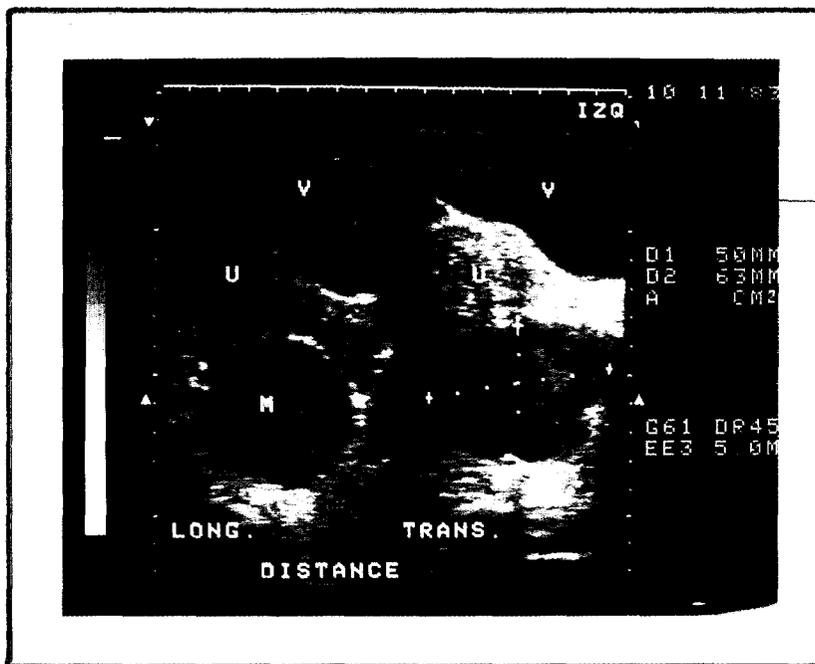


FOTO - 47

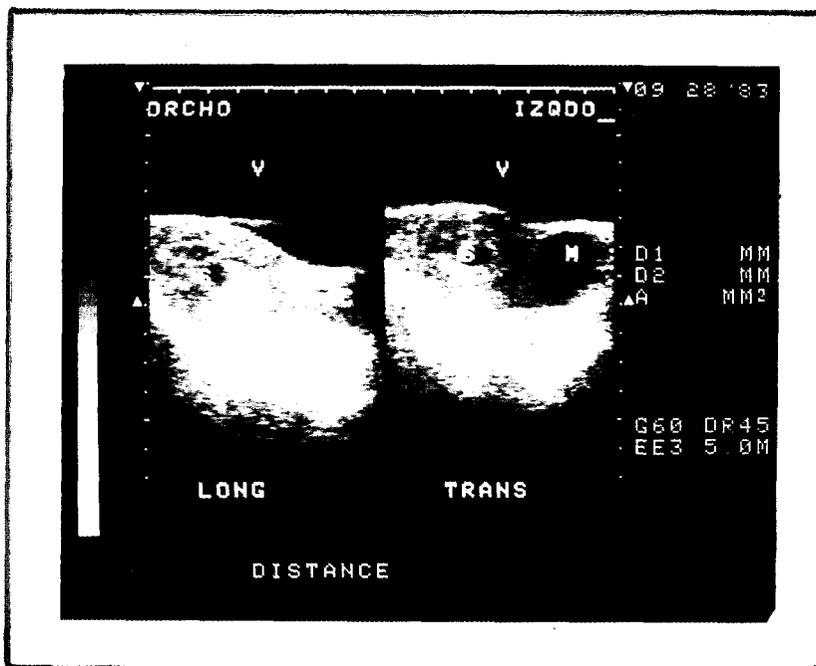


FOTO - 48

FOTO.47: N° 175. Cortes longitudinal y Transversal.
 Diagnostico de Sospecha: Endometriosis retrouterina.
 Diagnostico de Certeza: Quiste Folicular.
 (V) Vejiga; (U) Utero; (M) Quiste folicular

FOTO.48: N° 55. Cortes Longitudinal y Transversal.
 Diagnostico de Sospecha: Aborto Diferido y C.Luteo.(M).
 Diagnostico de Certeza:(S) Seudosaco gestacional y
 (M) Embarazo Ectópico Izquierdo.

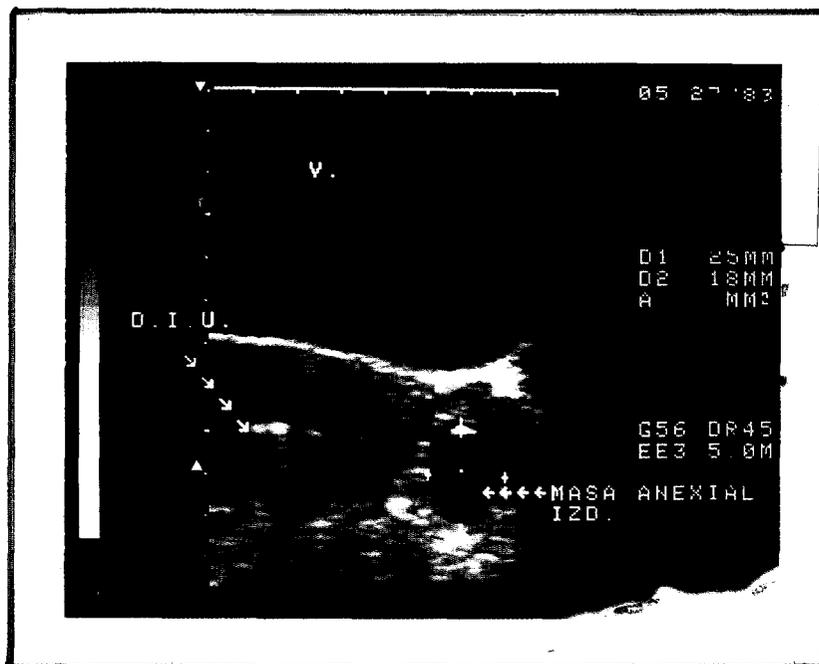


FOTO - 49

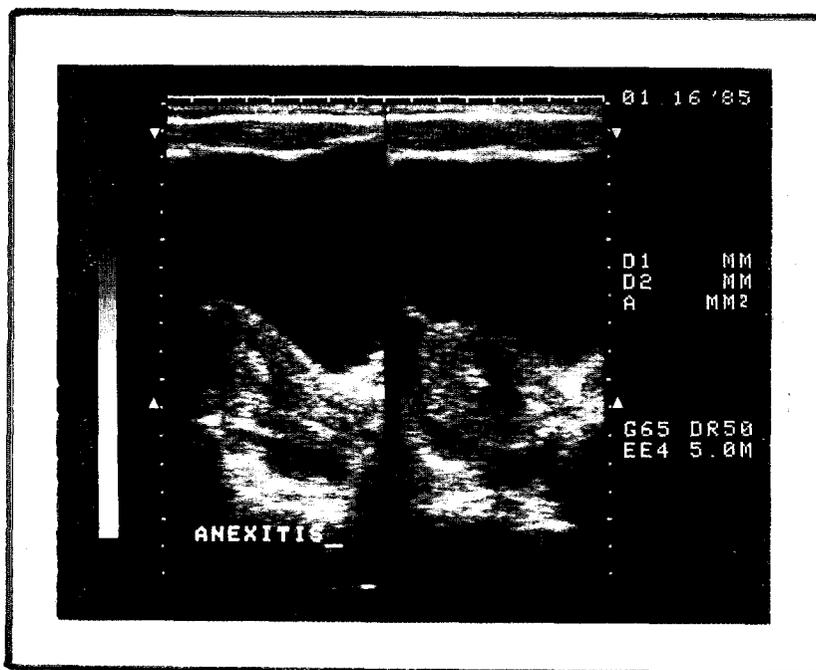


FOTO - 50

FOTO.49: Nº 102. Ampliación. Corte Transversal.
 Diagnostico de Sospecha: Anexitis en portadora de DIU.
 Diagnostico de Certeza: Quiste Folicular.

FOTO.50: No incluida en la Casuística. Cortes Long.y Trans
 Diagnostico de Sospecha: Anexitis.
 Diagnostico de Certeza: Derrame post rotura folicular.

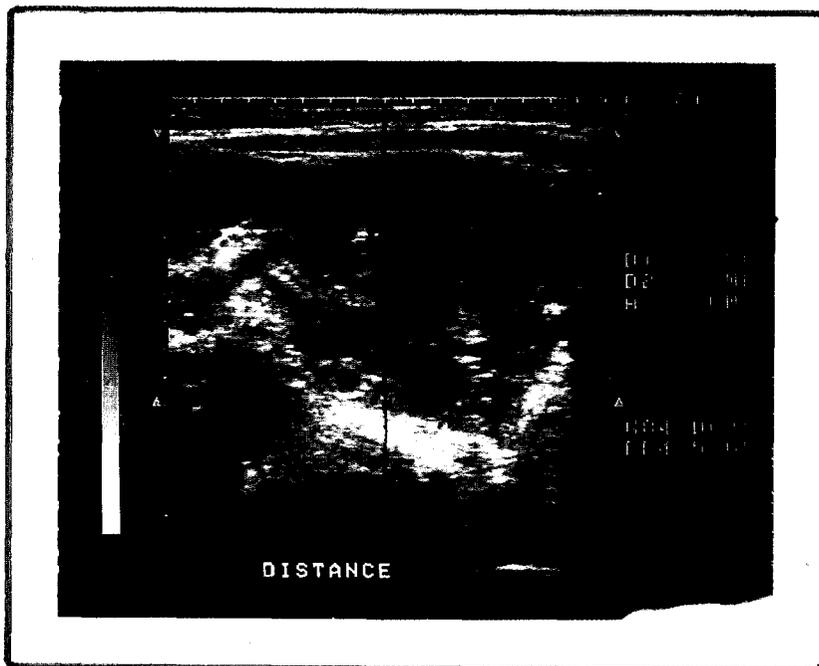


FOTO - 51

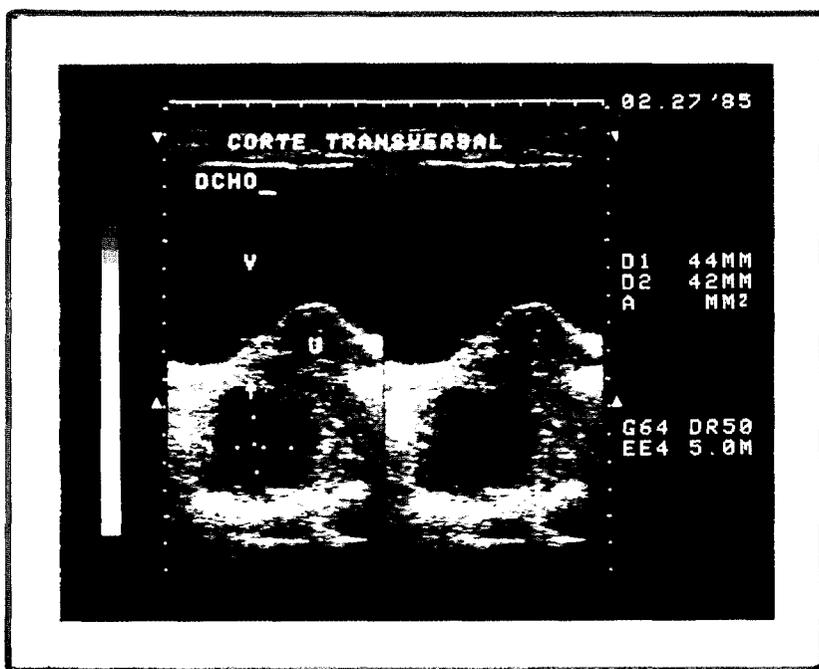


FOTO - 52

FOTO.51: Nº 20. Composición. Cortes Transversales.
 Diagnostico de Sospecha: Hemoperitoneo.Emb. Ectópico.
 Diagnostico de Certeza: Hemoperitoneo.Cuerpo Luteo H.

FOTO.52: Nº 59. Cortes Transversales:
 Diagnostico de Sospecha: Embarazo Ectópico derecho.
 Diagnostico de Certeza: Cuerpo Luteo Hemorrágico D.

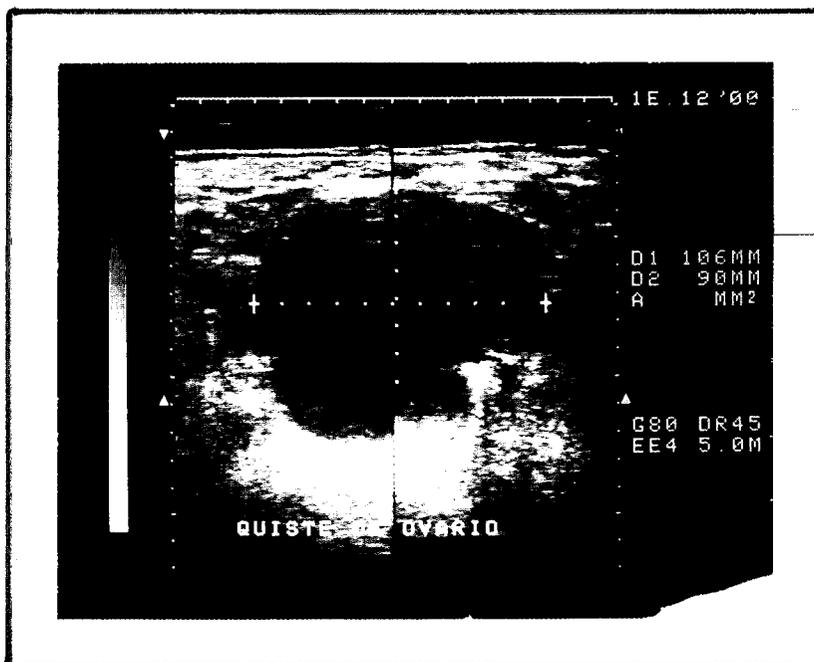


FOTO - 53

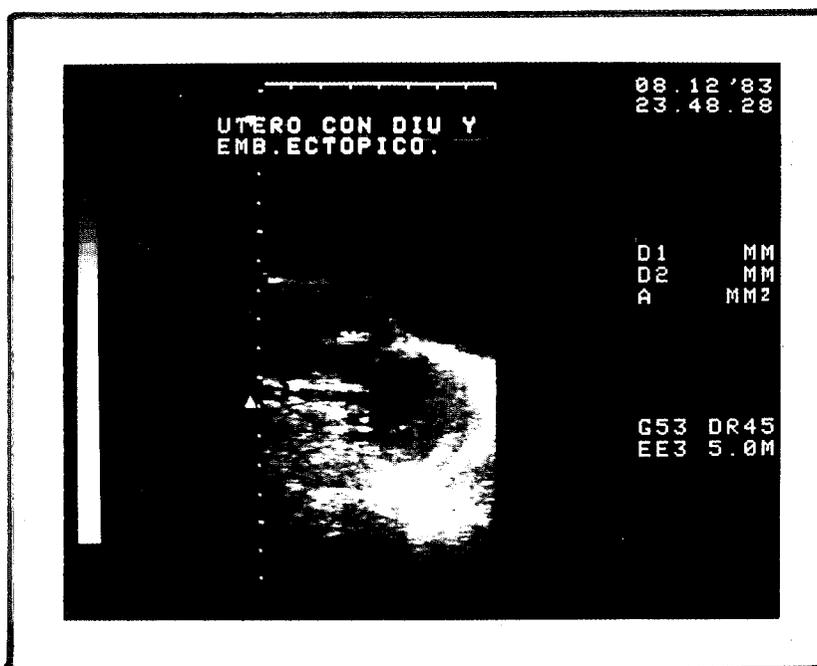


FOTO - 54

FOTO.53: Nº 111. Composición. Cortes oblicuos.
 Diagnostico de Sospecha: Quiste de Ovario derecho.
 Diagnostico de Certeza: Absceso, englobando anejo d.

FOTO.54: Nº 76. Corte Transverso - Oblicuo.
 Diagnostico de Sospecha: Ectópico en Portadora de DIU.
 Diagnostico de Certeza: Absceso. (Anexitis).

IX.- BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Galen LH.:
Adenomyosis. En : Toma de decisiones en Ginecología, de Friedman EA, Borten M, Chapin DS. 1989. P.174. Edika Med
- 2.- Mc.Elin TW.:
Adenomyosis of the Uterus.
Obstet Gynecol. 1974. 3: 425 - 441.,
- 3.- Kuo HC, Lin FS, Tsai TC.:
Endometriosis of the urinary bladder: Report of a case.
Taiwan I Hsueh Hui Tsa Chih. 1987. Dec.86 (12).P 1303-6.
- 4.- Mazzonetto M, De Antoni M, Zennari R, Casagrande R, Lavelli D.:
Vesical Endometriosis: 2 case reports
Radiol Med. (Torino) May. 1989. 77 (5). P 567-9.
- 5.- Bucksan MB, Cooter NB, Goldfinger M, Kirsh JC.:
Endometriosis: An unusual cause of ureteral obstruction.
Can J Surg. Sep. 1985. 28 (5). P 447-9.

- 6.- Classification and staging of malignant tumors in the female pelvis, accepted by the general assembly of FIGO. New York, 1970.
Acta Obstet Gynecol Scand. 1971. 50:1.
- 7.- Landers DV, Sweet RL.:
Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess.
Am J Obstet Gynecol. Apr.1985. 151 (8). P 1098-110.
- 8.- Westrom L, Bengtsson LP, Mardh PA.:
The risk of pelvis inflammatory disease in women using intrauterine contraceptive devices, as compared to non users.
Lancet 1976. 2:221.
- 9.- Writh NH, Laendle P.:
Acute pelvic inflammatory disease in an indigent population.
Am J Obstet Gynecol. 1968. 101: 979.
- 10.- Eschembach DA.:
Acute pelvic inflammatory disease: Etiology, risk factors and pathogenesis.
Clin Obstet Gynecol. 1976. 19:147.
- 11.- Eschenbach DA, Holmes K.:
Acute pelvic inflammatory disease: Current concepts of pathogenesis, etiology and management.

Clin Obstet Gynecol. 1975. 18:35.

12.- Handsfield HH.:

Clinical aspects of gonococical infections.

En: The Gonococcus. Ed. R.B. Roberts. John Wiley sons.
New York. 1978. PP: 55-77.

13.- Siboulet A, Catalan F.:

En: Enfermedades de transmisión sexual, de Garcia
Perez A y Perea EJ. Publicaciones de la universidad de
Sevilla. 1980. Cap.III.P,51.

14.- Dexeus JM.:

Obstetricia y Ginecologia.

Ed. Juventud. Barcelona 1965. Pag.537.

15.- Stambolov B, Popov I.:

The potentials of echographic diagnosis in pelvic
inflammatory disease.

Akush Ginekol (Sofilia). 1989. 28 (3). P. 49-52.

16.- De la Fuente P.:

Simposium internacional sobre enfermedad inflamatoria
pelvica.(EPI). Madrid. 20/Marzo/91. Diario de Congresos
médicos. Madrid. 1991. P,3

17.- Kirshon B, Faro S, Phillips LE, Pruett K.:

Correlation of ultrasonography and bacteriology of the
endocervix and posterior cul-de-sac of patients With

severe pelvic inflammatory disease.

Sex Transm Dis. Apr-Jun. 1988. 15 (2). P 103-7.

18.- Seibel MM.:

Minimal pelvic endometriosis and infertility.

Sem Reprod Endocrinol. 1985. 3:4.

19.- Chalmers JA.:

Danazol in the treatment of endometriosis.

Drugs. 1980. 19:331-341.

20.- Jeffcoate TN.:

Principles of Gynecology.

4th. edition. London. Butterworths. 1975. p, 482.

21.- Friedman H, Vogelzang RL, Mendelson EB, Neiman HL,
Cohen M.:

Endometriosis detection by US with laparoscopic
correlation.

Radiology. Oct 1985. 157 (1). P 217-20.

22.- Clark JF, Jones SA.:

Advanced ectopic pregnancy.

J Reprod Med. 1975. 14:30-33.

23.- Weinstwin L.:

Epidemiology of ectopic pregnancy.

En: A.H. De Cherney. Ectopic pregnancy.

Ed. Aspen. Rickville. 1986

- 24.- Campeny E, Bodega MA, Hernandez J, Riera JC, Manzanera G.:
Embarazo ectópico: Revisión de la casuística de 6 años.
Toko Gin Pract. 1989. 48, 8:473-475.
- 25.- Dexeus JM.:
Obstetricia y Ginecología.
Ed. Juventud. Barcelona 1965. P, 214
- 26.- Tatum HJ, Schmidt FH.:
Contraceptive sterilization practices and extrauterine pregnancy. A realistic perspective.
Fertil Steril. 1977. 28:407.
- 27.- Bermejo A, Laseca J.:
La ultrasonografía bidimensional dinámica, en diagnóstico de la gestación ectópica.
Toko Gin Pract. 1978. 921-930.
- 28.- Hockberger RS.:
Ectopic pregnancy
Emerg Med Clin North Am. Aug 1987. 5 (3). P 481-93.
- 29.- Alvior GT.:
Pregnancy outcome with removal of intrauterine device.
Obstet Gynecol. 1973. 41, 894.
- 30.- Dreishpoon IH.:
Complications of pregnancy with an intrauterine

- contraceptive device in situ.
Am J Obstet Gynecol. 1975. 121:412.
- 31.- Thorburn J, Friberg B, Schubert W, Wassen AC, Lindblom B.:
Background factors and management of ectopic pregnancy in Sweden. Changes over a decade.
Acta Obstet Gynecol Scand. 1987. 66 (7). P 597-602.
- 32.- Kleiner G, Roberts T.:
Current factors and causation of tubal pregnancy. A prospective clinical pathologic study.
Am J Obstet Gynecol. 1967. 99:21.
- 33.- Ruiz-Velazco V.:
Pelvic inflammatory disease, (PID), in sterility, incidence, and pathogenesis. Comunicación personal al XI Congreso mundial de Esterilidad y Fertilidad.
Dublin'83. Abstracts. 1983. P, 53.
- 34.- Majmudar B, Philip H, Henderson III M, Semple E.:
Salpingitis isthmica nodosa. A high-risk factor for tubal pregnancy.
Obstet Gynecol. 1983. 62:73.
- 35.- Loffer FD.:
Outpatient management of ectopics prengancies.
Am J Obstet Gynecol. 1987. 156 (6): 1467-1472.

- 36.- Makinen JI, Erkkola RU, Laippala PI.:
Causes of the increase in the incidence of ectopic pregnancy. A study on 1017 patient from 1966, to 1985 in Turku, Finland.
Am J Obstet Gynecol. 1989. 160 (3): 642-646.
- 37.- Botella J, Clavero JA.:
Tratado de Ginecologia.
Ed. Cientifico Medica. 1976
- 38.- Disaia PJ, Morrow CP, Townsend DE.:
En: Synopsis of Gynaecologic oncology.
New York. John Wiley and Sons. 1975. p,151.
- 39.- Mattingly RF.:
Telinde's Operative Gynecology.
Philadelphia. J.B. Lippincott. 1977
- 40.- Gonzalo de Dios JT.:
Valor de la PS β G y del Antigeno Carcino-embriionario, en el diagnostico precoz de los tumores del Ovario.
Tesis Doctoral. Valladolid. 1982
- 41.- Silberberg E.:
Cancer stadistics.
Cancer Journal for clinicians. 1983. 33:9-25.
- 42.- Castaño Almendral A, Käser O, Halberstadt.:
Das ovarialcarcinom.

- Der Gynäkologie. 1980. 1/3: 140-145.
- 43.- Taylor H, Barter RH, Jacobson CB.:
Neoplasm of disgenetic gonads.
Am J Obstet Gynecol. 1966. 96: 816-823.
- 44.- Glatthar E, Benz J.:
Checkliste Gynäkologie.
Georg. Thieme. Verlag. Stuttgart. 1977.
- 45.- Kern G.:
Gynäkologie.
Georg. Thieme. Verlag. Stuttgart. 1970.
- 46.- Fathalla MF.:
Factors in the causation and incidence of ovarian
cancer.
Obstet Gynecol Surv. 1972. 27:751-768.
- 47.- Kolstad P, Beecham JC.:
Epidemiology of ovarian neoplasia."en" Diagnosis and
treatment of ovarian neoplastic alterations.
Ed. Excerpta Medica. Amsterdam. 1975. 56-62.
- 48.- Scully RE.:
Tumors of the ovary and maldeveloped gonads.
En: Atlas of Pathology.
Armed Forces Institute of Pathology. Washington. 1979.
- 49.- Dubrauszky V.:

Geschwülste und geschwulstähnliche. Bildungen des
eierstocks.

Hans Marseille Verlag. München.1977. Gyn.Praxis.1:75-94.

50.- Dold U, Sack H.:

Praktische tumor-therapie.

Georg.Thieme Verlag. Stuttgart. 1980.

51.- Boury-Heyer CL, Bonan J, Norman-Amar M.:

La place de L'écographie dans le diagnostic des masses
pelviennes. A propos de 60 cas.

Chirurgie. 1982. 108:509-512.

52.- Bennington JL, Ferguson BR, Haber SL.:

Obstet Gynecol. 1969. P,627.

53.- Gerber B, Handy WH, Gerhard PK, Salomon M.:

Cancer in the New York state,exclusive of New York city.

Bureau of cancer control. New York.Department of Healt.

1962.

54.- Brews A.:

Endometriosis including of the diaphragm and Meig's
Syndrome.

Proc R Soc Lond (Biol). 1954. 47: 461.

55.- James E, Jenks MC, Lee E, Artman MC, William J.;

Hoskins MC.:

Endometriosis with ascitis.

Obstet Gynecol. 1984. 63:755.

56.- Athey PA, Diment DD.:

The spectrum of sonographic findings in endometriomas.

J Ultrasound Med. Sep 1989. 8 (9). P 487-91.

57.- William J, Hellman L.:

Obstetricia.

Salvat Ed. Barcelona 1973. P,477.

58.- Hughes GJ.:

The early diagnosis of ectopic pregnancy.

Br J Surg. 1979. 66: 789-792.

59.- Kadar N, Caldwell BV, Romero R.:

A method of screening for ectopic pregnancy and its indications.

Obstet Gynecol. 1981. 58: 162-165.

60.- Dry SJ, Villanueva AL, Sand PK, Tamura RK.:

Conservative treatment of ectopic pregnancy With metthotrexate.

Am J Obstet Gynecol. Jun 1986. 154 (6). P 1299-306.

61.- Haans LC, Van Kessel PH, Kock HC.:

Treatment of ectopic pregnancy with methotrexate.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Jan 1987. 24 (1). P 63-7.

62.- Skannal D, Burkman RT.:

Cervical Pregnancy treated with Methotrexate. A case

report.

J Reprod Med. Jul 1989. 34 (7). P 496-8.

63.- Leach RE, Ory SJ.:

Management of ectopic pregnancy.

Am Fam Physician. Apr 1990. 41 (4). P 1215-22.

64.- Bajo JM, Perez-Adan M, Huertas MA, Perez Medina T,
Romo A, Uguet C, Martinez Cortés L.:

Tratamiento conservador del embarazo ectópico.

Toko Gin Pract. 1991. 50 (5). 253-258.

65.- Pansky M, Bukousky I, Golan A.:

Tubal patency after local Methotrexate injection for
tubal pregnancy.

Lancet. 1989. 2:967-968.

66.- Stovall TG, Ling FW, Buster JE.:

Reproductive performance after methotrexate treatment of
ectopic pregnancy.

Am J Obstet Gynecol. 1990. 162 (6): 1620-1624.

67.- Barber HR.:

Ovarian Carcinoma

Mason Publishing.USA. 1978. Inc.New York.

68.- Schneider ML, Staemmler HJ.:

Atlas der Gynäkologischen differentialzytologie.

Schattaner Verlag. Stuttgart. 1976.

69.- Graham RM.:

Diagnosis of ovarian carcinoma by cul de sac aspiration.
En: Ovarian Cancer. 1968.

70.- Angstrom T.:

Fine - needle aspiration biopsy in diagnosis and
clasification of ovarian tumors. En: Diagnosis and
treatment of ovarian neoplastic alterations.
H.de Watterville.Ed.Excerpta Med.1975. Amsterdam.67-72.

71.- Kidess E, Jung G.:

Die bedeutung der lactatdehydrogenase,(LDH), und ihrer
Isoenzyme bei der diagnose maligner ovarialtumores.
Bücherei des Fravenarztes. Ferdinand Enke Verlag.
Stuttgart. 1973.

72.- Kidess E.:

Die bedeutung von unspezifischen und sauren Phosphatasen
inder diagnose des ovarialkarzinoms.
Bücherei des Fravenarztes. Ferdinand Enke Verlag.
Stuttgart. 1973.

73.- Fishman WH, Raam S, Stolbach LL.:

Markers for ovarian cancer: Regan isoenzyme and othen
glycoproteins.
Semin Oncol. 1975. 2:211.

74.- Ballon SC.

Inmunoterapia y diagnostico inmunologico del cancer de

ovario.

Clin Obstet Gin.Ed.Interamericana.1979

75.- Doust BD, Quiroz F, Stewart JM.:

Ultrasonic distinction of abcesess from other
intraabdominal fluid collections.

Radilogy. 1977. 125: 213-218.

76.- Bernstien R, Kennedy WR, Waldron J.:

Acute pelvic inflammatory disease: A clinical follow-up.

Int J Fertil. May-Jun 1987. 32 (3). P 229-32.

77.- Sally Faith D.:

Deaths from ectopic pregnancy: United states 1979 to
1980.

Obstet Gynecol. 1983. 62:334.

78.- Leach RE, Ory SJ.:

Modern management of ectopic pregnancy.

J Reprod Med. May 1989. 34 (5). P 324-38.

79.- Shapiro BS, De Cherney AH.:

Ultrasound and infertility.

J Reprod Med. Feb 1989. 34 (2). P 151-5.

80.- Cayuela A, Rojas M, Barahona M, Donado J, Castro A.:

Analisis geografico de la Mortalidad por cancer genital
femenino y de la mama. España: 1980 -1984.

Tok Gin Pract. 1991. 50, 2:99-106.

- 81.- Schottenfeld D, Houde RW.:
En: Med Clin North Am. 1976. 50 : 6-13.
- 82.- Segi M, Kurihaba M.:
Cancer mortality for selected sites in 24 countries.
Dep. of public healt. Tohoku Univ. School of Medicine.
Sendai. Japan. 1972. N.4, (1962-1963).
- 83.- Barber HR, Sommers SC, Snyder R, Kwon TH.:
Histologic and nuclear grading and stromal reactions as
indices for prognosis in ovarian cancer.
Am J Obstet Gynecol. 1975. 121:795-807.
- 84.- Clark DG, Hilaris B, Roussis C, Brunschwig A.:
The role of radiotherapy, (including isotopes), in the
treatment of cancer of the ovary. Results of 614 patients
trated at Memorial Hospital, New York.
Prog Clin Cancer. 1973. 5:227-235.
- 85.- Piver MS, Barlow JJ, Lee FJ, Vongrama V.:
Sequential therapy for advanced ovarian adenocarcinoma:
Operation, Chemotherapy, Secon - Look, Laparotomy and
Radiation therapy.
Am J Obstet Gynecol. 1975. 122:355-357.
- 86.- Roca Martinez FJ.:
Ecografia abdominal, retroperitoneal y nefrourologica.
Ed. Jims. Barcelona. 1979

87.- Bonilla Musoles F.:

Diagnostico con Ultrasonidos en Obstetricia y Ginecologia.

Ed.Cientifico Medica. Barcelona. 1981

88.- Dussik KT.:

Ueber die möglichkeiten hochfrequente mechanische schwingungen als diagnostisches hilfsmittel zu verwerten.

Z Ges Neurol-Psychiat. 1942. 174:153-161.

89.- Howry AH, Bliss WR.:

Ultrasonic visualization of soft tissue structures of the body.

J Lab Clin Med. 1952. 40:579-586.

90.- Holm HH, Mortensen T.:

Ultrasonic scanning in diagnosis of abdominal diseases.

Acta. Chir. Scand. 1968. 134:333-341.

91.- Wild JJ, Reid GM.:

Further pilot echographic studies on the histologic structure of tumors of the living human breast.

Am J Pathol. 1952. 28:839-849.

92.- Donald I, Mc.Vicar J, Brown TG.:

Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound.

Lancet. 1958. 1:1188-1194.

- 93.- Kossof G, Robinson DE, Garrett WJ.:
The dimensional ultrasonography in obstetrics.
En: Proceeding. Ist international conferenc. Univers. of
Pittsburgh. Plenum Press. New York. 1986. P,333.
- 94.- Donald I, Brown TG.:
Demonstration of tissues interfaces within the body by
ultrasonic scho sounding.
Br J Radiol. 1961. 34:539-546.
- 95.- Donal I.:
Clinical application of ultrasonic techniques in
obstetrical and gynaecological diagnosis.
J Obstet Gynecol. British commonwealth.
1967. 69:1036-1041.
- 96.- Hellman LM, Duffus GM, Donald I, Sunden B.:
Safety of diagnostic ultrasound in obstetrics.
Lancet. 1970. 1:1133.
- 97.- Kratochwil A, Urban G, Friedrich F.: Ultrasonic
tomography of the ovaries.
Ann Chir Gynaecol. Fenniae 1972. 61:211-214.
- 98.- Campbells S, Wladimiroff J, Dewhurst C.:
The antenatal measurement of fetal urine production.
J Obstet Gynecol. British Commonwealth.
1973. 80:680-686.

- 99.- Jouppila P.:
Location of the missing intrauterine contraceptive device. Examination by ultrasound B. Technique and Beolocator Method.
Acta Obstet Gynecol Scand. 1975. 54:71-75.
- 100.- Golberg B, Kotler M, Ziskin M, Waxham R.:
Diagnostic uses of ultrasound.
New York. Grune and Stratton. 1975.
- 101.- Lawson TL, Albarelli JN.:
Diagnosis of Gynecologic pelvic masses by gray scale ultrasonography. Analysis of specificity and accuracy.
Am J Roentgenol. 1977. 128:1003-1006.
- 102.- Kobayashi M.:
Atlas de Ultrasonografia en Obstetricia y Ginecologia.
Ed. Medica Panamericana. Buenos Aires. 1980
- 103.- De la Fuente P.:
Los Ultrasonidos en el Diagnostico de las Tumoraciones ginecologicas.
Rev Española Obstet Gin. 1971.30:324-337.
- 104.- Devaud GR.:
Principios y fundamentos de los Ultrasonidos en el dianostico medico.
Ultrasonidos. 1982. 1. P 9-18.

105.- Fescina RH.:

Ultrasonografia en Obstetricia y Ginecologia.
Fundamentos fisicos, sistemas, y tecnicas para la
exploración.

Clin Invest Gin Obst. 1979.Vol.6, 4:210-215.

106.- Belloch Zimmermann V, Zaragoza R, Caballé C.:

Manual de Terapeutica Fisica y Radiologia.

Ed. Saber. Valencia. 1968.

107.- Bowie J.:

Ultrasound in Gynecology. En: Sabbagha,R.E. Diagnostic
Ultrasound applied to obstetrics and Gynecology.

Harper and Row, Publishers. Hagerstown. 1980.P 259-300.

108.- Cochrane WJ.:

Approach to female patient.

Clin. Diag. Ultrasound. 1980. 15: 1-4.

109.- Sample WF.:

Gray scale ultrasonography of the normal female pelvis.

En: Sanders, R.C. y James, A.E. (Ed.)."Ultrasonography
in Obstetrics and Gynecology". Appleton-Century Crofts.

New York. 1980. P 75-89.

110.- Mauleon F.

Ecografia en Ginecologia y Obstetricia.

Ed. Daimon. Barcelona. 1982. P 6-7.

- 111.- Blackwell R:
Avances Tecnologicos en ultrasonidos.
En: Ginecologia y Obstetricia. Temas actuales.
1983. Vol.3, 83: 388.
- 112.- Vuillard E, Taboury J.:
Guia Practica de Ecografia Ginecologica y Obstetrica.
Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1982. P 1-13.
- 113.- Cochrane WJ, Thomas MA.:
Ultrasound diagnosis of Gynecologic pelvic masses.
Radiology. 1974. 110: 649-654.
- 114.- Cochrane WJ.:
Ultrasound in Gynecology.
Radiol Clin North Am. 1975. 13: 457-466.
- 115.- Sample WF, Lippe BM, Gyepes MT.:
Gray scale ultrasonography of the normal female pelvis.
Radiology. 1977. 125: 477-483.
- 116.- Hackelöer BJ, Nitschke-Davelstein S.:
Ovarian imaging by ultrasound: An attempt to define a
reference plane.
J Clin Ultrasound. 1977. 5:261-263.
- 117.- Kurtz AB, Rifkin MD.:
Normal anatomy of the female pelvis.
En: Callen, P.W.(Edit)." Ultrasonography in Obstetrics

and gynecology.

Saunders, W.B. Philadelphia. 1983. pp. 93-108.

118.- Hata K, Hata T, Takamiya O, Kitao M.:

Ultrasonographic identification and measurement of the normal ovary in postmenopausal Japanese women.

Gynecol Obstet Invest. 1989. 27 (2). P 99-101.

119.- De Crespigny LC, O'Herlihy C, Robinson HP.:

Ultrasonic observation of the mechanism of human ovulation.

Am J Obstet Gynecol. 1981. 139:636-639.

120.- Guerin B, Lambert I.:

Pelvis normal.

En: Ardaens I, Guerin B, Lambert I, Lemaitre L.:

"Ecografia pelvica en ginecologia".

Masson S.A. (Ed). 1991. p, 12.

121.- Sentis Villalta J.

Conceptos de Probabilidad y aplicaciones en las pruebas diagnosticas.

Jano. 1986. Vol. XXX. N.725 P 27-29.

122.- Redondo Alvaro F.L.

La Logica en la interpretacion de las pruebas diagnosticas.

Ed. Garsi. S.A. Madrid. 1989. Cap.4 99-129.

- 123.- Thompson H L, Holmes J M, Gottesfeld K R, Taylor E E.
Ultrasound as a diagnostic aid in disease of the
pelvis.
Am J Obstet Gynecol. 1967. 98:472.
- 124.- Bedoya Bergua J M.
La Ecografia y la Clinica en el diagnostico de la
pequeña patología anexial.
Prog Obstet Gin. 1981. 24 (4).
- 125.- Sample W F, Po J B.
Grey scale patterns in pelvic inflammatory disease.
Ultrasound Med Biol. 1976. 2:233-234.
- 126.- Maklad NI, Wright CH.
Grey scale ultrasonography in the diagnosis of ectopic
pregnancy.
Radiology. 1978. 126: 221-226.
- 127.- Sandler MA, Karo JJ.
The spectrum of ultrasonic finding in endometriosis.
Radiology 1978. 127: 229-231.
- 128.- Donald I.
Diagnostic uses of sonar in Obstetrics and Gynecology.
Br J Obstet Gynaecol. 1983. 72: 907-919.
- 129.- Kobayashi M, Hellman L.
Ultrasound in the diagnosis of ectopic pregnancy.

Am J Obstet Gynecol. 1969. 103:1131.

130.- Schoenbaum S, Rosendorf L, Kappelman N.

Grey scale ultrasound in tubal pregnancy.

Radiology 1978. 127: 757.

131.- Romero R, Kadar N, Castro D, Jeanty P, Hobbins JC,
DeCherney AH.

The value of adnexal sonographic findings in the
diagnosis of ectopic pregnancy.

Am J Obstet Gynecol. Jan 1988. 158 (1). P 52-5.

132.- Robinson HP, Crespigny LC.

Embarazo Ectópico: Ultrasonidos en Obstetricia y
Ginecología. En: Temas actuales de Obstetricia y
Ginecología.

Ed. Interamericana. 1983. Vol. 3: 421-434.

133.- Pedersen JF.

Ultrasonic scanning in suspected ectopic pregnancy.

Br J Radiol. 1980. 53: 1-4.

134.- Kossoff G, Garret W, Carpenter D, Jellin J, Dadd M.

Principles and classification of volf tissues by gray
scale echography.

Ultrasound Med Biol. 1976. 2: 89-105.

135.- Bajo Arenas JM, Olaizola JI, Garcia Alarilla M,

Lopez Mora P, Albi Gonzalez M, De la Fuente P.

Los Ultrasonidos en el Diagnostico de la Enfermedad inflamatoria pelvica.

Ultrasonidos. 1986. V. 2.(81-86).

136.- Lopez Salva A, Herrero F, Charines EA, Cabrillo E, Iglesias E, Gonzalez A.

Diagnostico ecografico de la enfermedad inflamatoria pelvica.

Ultrasonidos. 1987. VI. 1 (42-48).

137.- Lone C, Huertas MA, Perez-Adan et al.

Enfermedad inflamatoria pelvica. Leve o Moderada

Toko Gin Pract. 1988. 47, 10 (601-607).

138.- Girona A, Villanueva E.

Valoración Laparoscopica, de los hallazgos ecograficos.

Toko Gin Pract. 1982. 41. 6-7 (271-276).

139.- Bedoya JM (jr), Pila Balanza F.

Diagnostico y control de la Endometriosis mediante Ecopgrafia.

Toko Gin Pract. 1985. 44. 2 (126-128).

140.- Kobayashi M, Hellman L, Fillisti L.

Ultrasound: An aid in the diagnosis of ectopic pregnancy.

Am J Obstet Gynecol. 1969. 103. (1131-1140)

141.- Bonilla-Musoles F, Ramirez J, Pellicer A, Cabrera R.

Estado actual del diagnostico ecografico del embarazo extrauterino. En : Bonilla Musoles F. "Ecografia Obstetricoginecologica y mamaria."

Jims. Barcelona. 1981. 1ª Ed. P 181-192.

- 142.- Legua V, Tortajada M, Ramirez JV, Martin P.
Embarazo Ectópico: Estudio epidemiologico y Diagnostico.
Toko Gin Pract. 1987. 46. 7 (343-348).
- 143.- Bermejo A, Marquez F, Simon MA, Sanchez Navarro C,
Rosales E, Martinez de la Ossa R.
Diagnostico ecografico de la gestación ectópica:
Estudio comparativo y revalorador tras una década.
Prog Obstet Gin. 1989. 32. 7 (365-373).
- 144.- Cacciatore B, Stenman UH, Ylostalo P.
Comparison of abdominal and vaginal sonography in
suspected ectopic pregnancy.
Obstet Gynecol. May. 1989. 73. (5) P 770-4.
- 145.- Kurjak A, Zalud I, Volpe G.
Conventional B-Mode and Transvaginal color doppler in
ultrasound assesment of ectopic pregnancy.
Acta Med Jugosl. 1990. 44. 2 P 91-103.
- 146.- Vogler A, Ribic-Pucelj M.
The importance of ultrasound in the diagnosis of
ectopic pregnancy.
Jugosl Ginekol Perinatol. May-Aug. 1989. 29 (3-4). P 143-6.

- 147.- Taylor KJ, Ramos IM, Feyock AL, Et All.
Ectopic Pregnancy: Duplex Doppler evaluation.
Radiology. 1989. 173 (1) P 93-7.
- 148.- Timor-Fritsch IE, Yeh MN, Peisner DB, Lesser AB,
Slavik TA.
The use of transvaginal ultrasonography in the
diagnosis of ectopic pregnancy.
Am J Obstet Gynecol. Jul. 1989. 61 (1). P 157-61.
- 149.- Enk L, Wikland M, Hammarberg K, Lindblom B.
The value of endovaginal sonography and urinary human
chorionic gonadotropin tests for differentiation
between intrauterine and ectopic pregnancy.
J Clin Ultrasound. Feb. 1990. 18 (2). P 73-8.
- 150.- Conte M, Guariglia L, Benedtti PL, et al
Ovarian Carcinoma: An ultrasound study.
Eur J Gynaecol. 1990. 11 (1). P 33-6.

SEVILLA

Joquin José Muñoz Jimenez
Contribucion de la ecografia al Diagnostico
fisico mexical

Apto. Cruz Verde

Febrero

91

~~Mano~~ 21

Mano

Mano

Mano

Mano

Mano