



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4

“ LUIS CASTELAZO AYALA”

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE OVARIO RESIDUAL EN PACIENTES
HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4 “LUIS
CASTELAZO AYALA” EN EL PERIODO DE ENERO DE 2014 A ENERO DE 2016

TESIS QUE PRESENTA:

DRA. BARINCKA ELSA ACOSTA BARAJAS
PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR:

DR. LEOPOLDO PEDRO AURIOLES SÁNCHEZ



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Agradecimientos	1
Carta de aceptación del trabajo de tesis	2
Resumen	3
Antecedentes científicos	4
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Justificación	7
Material y métodos, diseño	8
Resultados	10
Discusión	11
Conclusiones	12
Bibliografía	13
Tablas	14
Figuras	19
Anexos	24

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por guiarme y nunca dejarme sola ante situaciones de gran temor.

Le doy gracias a mis padres Elsa y Rómulo por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanas Yovas y Sujoy por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar y que a pesar de la distancia, nunca nos sentimos separadas. Las amo.

A mis muñecas Alondra y Miranda, por alegrar mi vida, cantarme y despertarme para jugar a pesar que había mucho que estudiar.

A Gabriel, por ser una parte muy importante de mi vida, por haberme animado a iniciar este sueño de realizar una especialidad por apoyarme en las buenas y en las malas y por brindarme tu casa como si fuera mía.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores, Dr. Cuica, Dr. Auriolles, Dr. Gómez, Dr. Guzmán, Dra. Vega, Dra. Maritza García, Dr. Hernández Zúñiga, Dr. López A., Dra. Oli López, Dr. Morenito, por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad. Por siempre alentarme a seguir este difícil camino y no dejarme rendir.

A mis amigas por siempre estar ahí, por incondicionalmente apoyarme, por recibirme siempre como una triunfadora, por levantarme el ánimo y hacerme ver que el tiempo pasa volando y que la distancia solo nos confirma el inquebrantable lazo que tenemos, las amo.

Carta de aceptación del trabajo de tesis

Por medio de la presente informamos que el la **C. Barincka Elsa Acosta Barajas** residente de la especialidad de ginecología y obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **Frecuencia del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas en el hospital de gineco obstetricia no. 4 “Luis Castelazo Ayala” en el periodo de enero de 2014 a enero de 2016 con no. de registro del proyecto R-2016-3606-73** por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Director General
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer

Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira

Jefe de la División de Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Leopoldo Pedro Auriolos Sánchez

Asesor de tesis
Jefe de Depto. clínico Ginecología
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN

TÍTULO. Frecuencia del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” en el periodo de enero de 2014 a enero de 2016.

ANTECEDENTES. El dolor pelviano recurrente (con o sin tumor anexial), dispareunia y disturbios del tracto genitourinario bajo, presente en algunas pacientes con conservación de los ovarios luego de una histerectomía, que fue nominado como síndrome del ovario residual. Las razones para realizar una ooforectomía profiláctica son principalmente: prevenir el síndrome de ovario residual, que se caracteriza por dolor pélvico recurrente o la persistencia de un tumor pélvico. La incidencia de este síndrome varía de 0.89 % a 3.38 %, de acuerdo a los diferentes informes. Este alto porcentaje sugiere un potencial significativo para cambios malignos en el ovario residual, y favorece la ooforectomía profiláctica como medida preventiva.

OBJETIVOS. Determinar la frecuencia del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” en el periodo de enero de 2014 a enero de 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo, se revisaron los expedientes de pacientes histerectomizadas conservando un ovario del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” en el lapso de tiempo de enero del 2014 a enero de 2016. Se analizaron todas las pacientes con histerectomía y ovario residual.

RESULTADOS En el estudio se incluyeron 11 pacientes con edades entre 35 a 67 años, todas con antecedente de histerectomía y conservación de un ovario. La prevalencia del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas en este hospital fue del 11.1 % en el periodo de enero 2014 a enero 2016. La edad más frecuente de intervención quirúrgica fue de 44 a 55 años. Dentro de las indicaciones de histerectomía, se encontraron la miomatosis uterina con un 37%, hemorragia uterina anormal 27%, Otros 18% (histerectomía obstétrica), prolapso genital 9%, hiperplasia endometrial 9%. La implicación clínica más importante del síndrome de ovario residual fue el tumor de ovario residual en 64%, dolor pélvico crónico en 27% y dispareunia en 9%. El resultado histopatológico en la mayoría de los casos fue benigno, cistadenoma seroso en 82% pero con malignidad en el 18% con resultado de adenocarcinoma.

CONCLUSIONES Resulta difícil para el cirujano ginecólogo tomar la decisión de realizar una ooforectomía profiláctica al momento de enfrentarse a una paciente con indicación de histerectomía, en muchas ocasiones, se toma la decisión conjunta con la paciente, exponiendo las consecuencias de realizar la misma, induciendo a la paciente a menopausia iatrógena, con esto disminuyendo el riesgo de desarrollo de síndrome de ovario residual, pero aumentando el riesgo cardiovascular, fractura osteoporótica o disfunción sexual.

Palabras clave: ovario residual, histerectomía, dolor pélvico crónico, ooforectomía.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

A mediados de la década de los sesenta, algunos autores remarcaron la presencia de un síndrome caracterizado por dolor pélvico recurrente (con o sin tumor anexial), dispareunia y disturbios del tracto genitourinario bajo, presente en algunas pacientes con conservación de los ovarios luego de una histerectomía, que fue nominado como síndrome del ovario residual. (1)

De acuerdo con las circunstancias clínicas el cirujano ginecólogo debe considerar la utilidad de conservar los ovarios en el momento de la histerectomía realizada debido a una enfermedad benigna. (2) Las razones para realizar una ooforectomía profiláctica son principalmente: prevenir el síndrome de ovario residual, que se caracteriza por dolor pélvico recurrente o la persistencia de una masa pélvica. (3)

Se argumenta que el tejido ovárico mantenido producirá hormonas que, sin duda, serán beneficiosas para la salud de la mujer (4), previniendo trastornos que involucran, entre otros órdenes, el sistema circulatorio, tanto cardíaco como cerebral; el depósito cálcico del hueso; el trofismo del aparato genital; la preservación y mantenimiento de piel, faneras y cabello.(5) Por el contrario, la extirpación ovárica protegerá a la paciente de laparotomías por ocasionales quistes anexiales y/o adherencias o bien podría prevenir la ocurrencia de tumores malignos. (5)

La incidencia de este síndrome varía de 0.89 % a 3.38 %, de acuerdo a los diferentes informes. De acuerdo a un estudio realizado en el Centro Médico Golda en Israel, en un periodo de 20 años, de 2561 pacientes que se sometieron a histerectomía con conservación de ovario, 73 (2.85 %) requirieron posterior operación por Síndrome de ovario Residual. La incidencia de ovario residual en función del tipo de histerectomía fue del 4.9 % y 0.37 % para las histerectomías abdominales y vaginales, respectivamente. (4)

La sintomatología más común que lleva a la reintervención del ovario residual fue la presencia de dolor pélvico crónico que representó el 71.3 %. El 24.6 % fueron operadas por un tumor asintomático, y la mayoría de estas pacientes tenían histerectomía dentro de un período de 5 años. (6)

Se ha encontrado una incidencia de 0.35 % de carcinoma de ovario posterior a la histerectomía. Sin embargo, la incidencia de carcinoma del ovario después de la histerectomía es todavía controversial. En diferentes estudios han reportado que un 4.5 a 14.1 % de las mujeres con cáncer de ovario se habían sometido previamente a una histerectomía con la conservación de ovarios. (7)

Este alto porcentaje sugiere un potencial significativo para cambios malignos en el ovario residual, y favorece la ooforectomía profiláctica como medida preventiva.

Aunque la etiología del Síndrome de Ovario Residual es desconocida, se han propuesto algunas teorías. De acuerdo con Cristo y Lotze la etiología del dolor puede ser atribuida a extensas adherencias pélvicas y continuación de la función ovárica que se traduce en la persistencia de quistes foliculares y quistes de cuerpo lúteo. Grogan y Duncan también sugirieron que se desarrolla periooforitis después de la cirugía pélvica benigna, y el posterior desarrollo de las adherencias periováricas son factores etiológicos en el desarrollo del síndrome de ovario residual. (8)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor pélvico crónico es un problema que cuesta a la economía del Instituto y causa gran detrimento a las mujeres en el área laboral, las responsabilidades familiares y, en general, a su vida cotidiana. El ginecólogo encuentra que el problema, además de consumir mucho tiempo, es un reto diagnóstico.

El pensamiento tradicional sobre el dolor pélvico crónico ha hecho hincapié en la patología orgánica observable (ej. endometriosis, ovario residual, ovario remanente, adherencias), pero la conexión entre estas patologías y los síntomas de dolor en realidad es más tenue de lo que se pensaba. La prevalencia exacta del dolor pélvico crónico es desconocida pero hay estudios que indican una prevalencia del 12 % y una incidencia durante la vida de un 33 %.

Una de las causas del dolor pélvico crónico es el ovario residual, que es una entidad poco estudiada y se presenta cuando se ha extraído el útero, con extirpación de un ovario, volviéndose sintomáticos en un pequeño porcentaje de las mujeres; éste dolor puede aumentar por confinamiento dentro de adherencias postoperatorias, o la ruptura o fuga de un quiste que provoca la formación de adherencias adicionales.

Se desconoce la frecuencia de aparición del síndrome de ovario residual en este hospital y las implicaciones clínicas o quirúrgicas en estas pacientes, por lo que es importante determinar la frecuencia del síndrome de ovario residual en pacientes hysterectomizadas en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas en el Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala" en el periodo de enero de 2014 a enero de 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Implicación clínica del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas.

Determinar la necesidad de tratamientos complementarios.

Determinar la histología de los hallazgos encontrados.

JUSTIFICACIÓN

Los beneficios de preservar la función ovárica parecen superar con creces el riesgo de sufrir una enfermedad ovárica que requiera una cirugía adicional. Determinar la frecuencia del síndrome de ovario residual y las implicaciones clínicas del mismo en pacientes histerectomizadas en la población de pacientes del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" pueden ayudar al cirujano ginecólogo a decidir preservar o no los ovarios al momento de realizar una histerectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS, DISEÑO

Previa elaboración de un protocolo de investigación y autorización por el comité local de investigación y ética en investigación en salud, se realizó una búsqueda en las libretas de programación quirúrgica de los servicios de tracto genital superior, laparoscopia y oncoginecología en el periodo de enero 2014 a enero 2016, de pacientes programadas para laparotomía exploradora por tumor de ovario. Se revisaron un total de 99 expedientes clínicos, de los cuales sólo 11 pacientes tenían antecedente de histerectomía y tumor de ovario residual.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes de pacientes con antecedente de histerectomía y tumor anexial unilateral.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Expedientes de pacientes con tumor anexial y dolor pélvico crónico sin histerectomía.
Pacientes con histerectomía y ooforectomía bilateral.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Ausencia de expediente clínico.
Ausencia de resultado histopatológico.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Expedientes de pacientes histerectomizadas conservando un ovario del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Dolor pélvico crónico	Dolor de origen no maligno que se presenta en la parte inferior del abdomen o la pelvis durante un período de al menos 6 meses	Cualitativa	Presente o ausente
Dispareunia	Relaciones sexuales dolorosas o difíciles de completar, este dolor puede producirse antes, durante o después de las relaciones sexuales, y localizarse en la vulva, vagina o parte inferior del abdomen	Cualitativa	Presente o ausente
Ovario residual	Desarrollo de enfermedad en ovario conservado después de una histerectomía, caracterizado por dolor pélvico recurrente, dispareunia o una masa pélvica	Cuantitativa	Presente o ausente

HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no hay hipótesis.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se seleccionaron los expedientes de las pacientes con histerectomía y ovario residual durante el mes de enero de 2014 a enero 2016.

Se revisaron todos los expedientes de las pacientes obtenidas en la muestra, revisando las notas médicas, las hojas de intervención quirúrgica e indicación de la misma y los resultados de histopatología emitidos por el departamento de patología.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

De acuerdo al tipo de investigación que se realizó, los resultados se analizaron mediante medidas de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión.

SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se recolectó la información mediante un cuestionario y se capturó mediante sistema operativo Word e IBM SPSS Statistics Data Editor.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Ámbito geográfico donde se desarrolló la investigación:

- Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala".

Recursos humanos:

- Investigador principal: Dr. Leopoldo Pedro Auriolos Sánchez, Jefe de departamento clínico Ginecología.
- Tesista: Dra. Barincka Elsa Acosta Barajas, Residente de Ginecología y Obstetricia.

Recursos materiales:

- Material de oficina, computadora, expedientes clínicos, impresora, toner, hojas, internet.

Recursos financieros:

- De los investigadores.

ASPECTOS ÉTICOS

Por el tipo de estudio de investigación que se desarrolló, no amerita carta de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes, en un periodo de tiempo de 2 años, con una una edad comprendida entre los 35 a 67 años. Del total de la población (11), el rango de edad con mayor frecuencia de presentación de tumor de ovario residual con antecedente de histerectomía fué entre 44 a 55 años, representados con un 37%, seguido del rango de edad entre 56 a 65 años representado por un 36%, edad entre 35 a 45 años con un 18% y de 66 a 75 años, con menor frecuencia, representado por un 9%. (Figura 1).

Se observó mayor relación entre la paridad de la paciente con el desarrollo de tumor de ovario residual, (Tabla 1.) con 18% (2 pacientes) nulíparas y 82% (9) multíparas. (Figura 2).

La indicación predominante de la histerectomía fue: miomatosis uterina 37%, hemorragia uterina anormal 27%, otros 18%, hiperplasia endometrial 9%, prolapso genital 9%. (Figura 3).

Las 11 paciente incluidas en el estudio contaban con antecedente de ooforectomía unilateral, representado el 100%. (Tabla 3).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de las paciente con síndrome de ovario residual, lo más frecuente fue la presencia de tumor de ovario residual en 64%, seguido del dolor pélvico crónico en 27% y dispareunia en 9%. (Figura 4).

Todas las paciente fueron diagnosticadas mediante ultrasonido e intervenidas quirúrgicamente como tratamiento otorgado, representando el 100% respectivamente. (Tabla 4 y tabla 5).

El resultado histopatológico en la mayoría de las veces fue benigno, reportado como cistadenoma seroso (9) representado por el 82% y adenocarcinoma (2) con un 18%. (Figura 5).

DISCUSIÓN

En este estudio, de acuerdo con los resultados obtenidos, de los 99 expedientes clínicos que se revisaron, solo 11 cumplieron los criterios de inclusión, el 100% de las pacientes contaban con antecedente de histerectomía con conservación de un ovario, la edad promedio de intervención quirúrgica fue de 44 a 55 años, siendo estos resultados similares a otras series descritas en la literatura. La prevalencia en este estudio fue del 11.1 %, que es similar a lo descrito en otro estudio. (4)

Dentro de las manifestaciones clínicas más reportadas en la literatura se encuentran el tumor de ovario residual, dolor pélvico crónico y la dispareunia, mismos síntomas que indicaron las pacientes en el padecimiento actual en éste estudio, (9) con un porcentaje del 64% en tumor de ovario residual, siendo éste la manifestación clínica más frecuente, esto tiene una implicación clínica importante, ya que se evidencia la repercusión de no realizar ooforectomía profiláctica al momento de la histerectomía, que en nuestro estudio encontramos que la indicación más frecuente para realizarla fue la miomatosis uterina con un 37%, seguido de la hemorragia uterina anormal con un 27%, con todo esto sometiendo a mayor riesgo de reintervención quirúrgica en años posteriores por desarrollo de tumor ovárico, incluso a cambios malignos en el ovario residual. (8)

El 100% de las paciente en este estudio fue sometida a laparotomía exploradora por el desarrollo de tumor de ovario como tratamiento complementario, al igual que en lo reportado en literatura(10), una de las limitaciones enfrentadas, fue la escasa información en la historia clínica, ya que en sólo dos de ellas, mencionaban el año en que fue realizada la histerectomía, por lo que no fue posible determinar el tiempo que transcurrió hasta el desarrollo de síndrome de ovario residual.

Acorde a lo ya reportado en la literatura, en nuestro hospital, no fue la excepción encontrar cambios malignos del ovario en el resultado de histopatología, de las 11 pacientes, 2 tuvieron como diagnóstico histopatológico adenocarcinoma, que representa el 18% de las pacientes. (10)

Resulta difícil para el cirujano ginecólogo tomar la decisión de realizar una ooforectomía profiláctica al momento de enfrentarse a una paciente con indicación de histerectomía, en muchas ocasiones, se toma la decisión conjunta con la paciente, exponiendo las consecuencias de realizar la misma, induciendo a la paciente a menopausia iatrógena, con esto disminuyendo el riesgo de desarrollo de síndrome de ovario residual, pero aumentando el riesgo cardiovascular, fractura osteoporótica o disfunción sexual.

CONCLUSIONES

La prevalencia del síndrome de ovario residual en pacientes histerectomizadas en este hospital fue del 11.1 % en el periodo de enero 2014 a enero 2016.

La edad más frecuente de intervención quirúrgica fue de 44 a 55 años.

Dentro de las indicaciones de histerectomía, se encontraron la miomatosis uterina con un 37%, hemorragia uterina anormal 27%, otros 18% (histerctomía obstétrica), prolapso genital 9%, hiperplasia endometrial 9%.

La implicación clínica más importante del síndrome de ovario residual fue la presencia de ovario residual en 64%, dolor pélvico crónico en 27% y dispareunia en 9%.

El resultado histopatológico en la mayoría de los casos fue benigno, cistadenoma seroso en 82% pero con malignidad en el 18% con resultado de adenocarcinoma.

Se requiere de mayor tiempo de estudio y mayor cantidad de pacientes para poder establecer la verdadera frecuencia del síndrome de ovario residual en este hospital, ya que dentro de las limitaciones que obtuvimos fue la ausencia del expediente clínico, por lo que puede haber sesgo en los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kho RM, Abrao MS. Ovarian remnant síndrome UpToDate 29 Nov 2016.
2. B Begum, N Akhter, A Khanam, F Begum. Identified ureter within structures of residual ovarian syndrome. *Bang Med J (Khulna)* 2012; 45 : 36-37.
3. Gibss RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. *Obstetricia y Ginecología de Danforth*, 10ª edición. Ed. Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins. Barcelona, 2008.
4. Dekel A, Efrat Z, Orvieto R, Levy T, Dicker D, Gal R, Ben-Rafael Z, et al. The residual ovary syndrome: a 20-year experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1996 Sep;68(1-2):159-64.
5. Rock JA, Jones JW. *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. 9a edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006. P.p: 702-3 .
6. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000 Mar;163(3):888-93.
7. Christ JE, Lotze EC. The residual ovary syndrome. *Obstet Gynecol.* 1975 Nov;46(5):551-6.
8. Gordon A, Rosenshein N, Parmley T, Bhagavan B. Benign cystic teratomas in postmenopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* 1980 Dec 15;138(8):1120-3.
9. Rane A, Ohizua O. 'Acute' residual ovary syndrome. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1998 Nov;38(4):447-8.
10. Kennedy SH, Moore J, Barlow DH, Jewell D et al. The initial management of chronic pelvic pain. RCOG Green Top Guidelines, 2012.

TABLAS

Tabla 1. Número de pacientes de acuerdo a paridad.

	Pacientes	Porcentaje
Nulípara	2	18 %
Múltipara	9	82 %
Total	11	100 %

Tabla 2. Número de pacientes e indicación de histerectomía.

	Pacientes	Porcentaje
Miomatosis uterina	4	37
Hemorragia uterina anormal	3	27
Hiperplasia endometrial	1	9
Prolapso genital	1	9
Otros	2	18
Total	11	100

Tabla 3. Ooforectomía

	Pacientes	Porcentaje
Un Ovario	11	100

Tabla 4. Tratamiento recibido

	Pacientes	Porcentaje
Quirúrgico	11	100

Tabla 5. Método diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje
Ultrasonido	11	100

FIGURAS

□

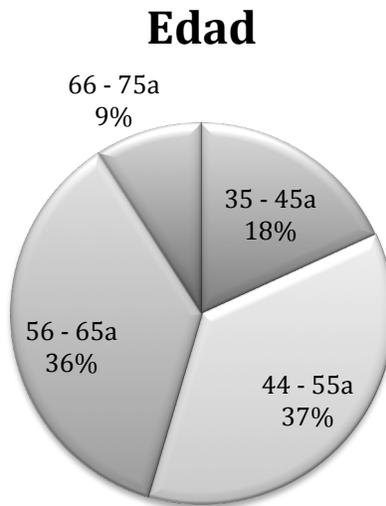


Figura1. Frecuencia en relación a edad

□

Paridad

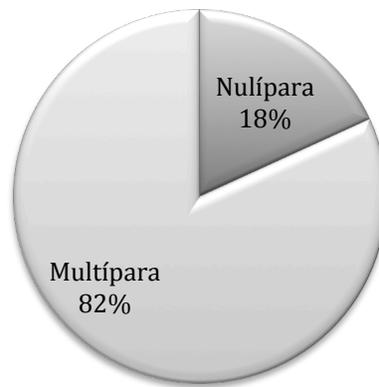


Figura 2. Frecuencia en relación a paridad

Indicación histerectomía

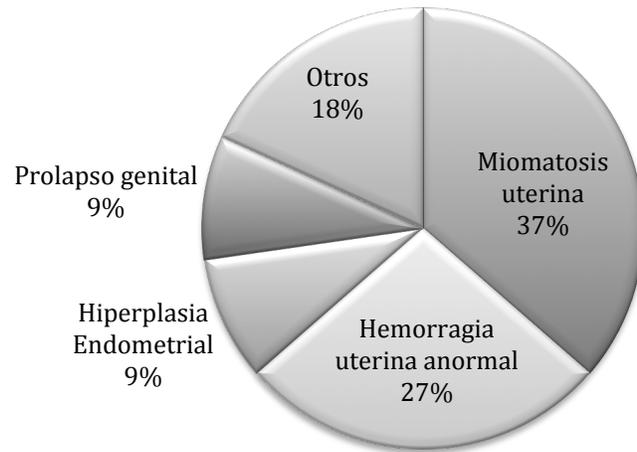


Figura 3. Indicación de histerectomía

Manifestaciones clínicas

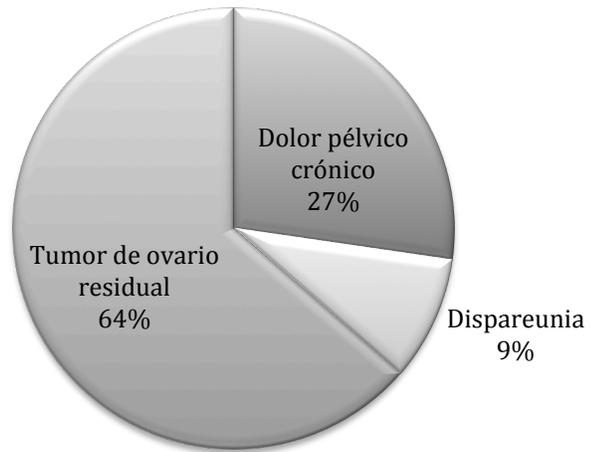


Figura 4. Manifestaciones clínicas

Resultado histopatológico

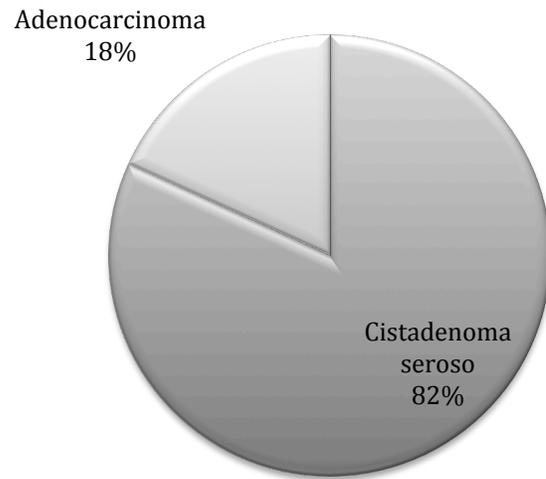


Figura 5. Resultado histopatológico

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NSS:FECHA:.....

1. DATOS GENERALES

Edad: ____ años.

Nulípara

Múltipara

2. INDICACIÓN DE HISTERECTOMIA

Miomatosis Si () No ()

HUA Si () No ()

Hiperplasia endometrial Si () No ()

Prolapso genital Si () No ()

Otros Si () No ()

3. OOFORECTOMÍA

Un ovario ()

Sin ooforectomía ()

4. SÍNDROME DE OVARIO RESIDUAL

Dolor pélvico crónico Si () No ()

Dispareunia Si () No ()

Tumor de ovario residual Si () No ()

5. MÉTODO DIAGNÓSTICO

Clínico ()

Ultrasonográfico ()

6. TRATAMIENTO RECIBIDO

Médico ()

Quirúrgico ()

7. DIAGNÓSTICO HISTOPATÓLOGICO (Del tumor pélvico si requirió intervención quirúrgica)

ANEXO 2



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3606** con número de registro **13 CI 09 010 173** ante COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. SUR

FECHA **26/12/2016**

DR. LEOPOLDO AURIOLES SÁNCHEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE OVARIO RESIDUAL EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 4 "LUIS CASTELAZO AYALA" EN EL PERIODO DE ENERO DE 2014 A ENERO DE 2016

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3606-73

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS