

RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS FRECUENTES EN GINECOLOGÍA  
Guía práctica para el estudiante

Prof. Dr. José M. Mariconde



# RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS FRECUENTES EN GINECOLOGÍA

Guía práctica para el estudiante

Prof. Dr. José María Mariconde



*Si Ud. desea estar informado de nuestras publicaciones,  
sírvese remitirnos su nombre y dirección, indicando los temas  
que sean de su interés.*

*Editorial recursos fotográficos  
Ramírez de Arellano 770, PB, Local 01, Alta Córdoba  
Córdoba - Argentina - X5001ABD - Argentina  
recfot@gmail.com - [www.recfot.com.ar](http://www.recfot.com.ar) - [www.benito.com.ar](http://www.benito.com.ar)*

**RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS  
FRECUENTES EN GINECOLOGÍA  
GUÍA PRÁCTICA PARA EL ESTUDIANTE**



# RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS FRECUENTES EN GINECOLOGÍA GUÍA PRÁCTICA PARA EL ESTUDIANTE

AUTOR

PROF. DR. JOSÉ MARÍA MARICONDE

CÓRDOBA - ARGENTINA

2026

---

**recursos**  
fotográficos  
EDITORIAL

**RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS FRECUENTES EN GINECOLOGÍA. GUÍA PRÁCTICA PARA EL ESTUDIANTE**

Mariconde, José María

*Resolución de casos clínicos frecuentes en ginecología : guía práctica para el estudiante / José María Mariconde. - 1a edición para el alumno. - Córdoba : Recfot, 2026.*

*Libro digital, PDF*

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-4056-57-3

1. Ginecología. 2. Medicina Clínica. I. Título.

CDD 618.1

Primera edición argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

*Todos los derechos reservados.*

*Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiable, registrador, etc.; sin permiso previo por escrito de los autores y la editorial. La editorial no es responsable de los conceptos publicados en esta obra.*

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the authors and Publisher. The publisher is not responsible for the concepts published in this work.*

Tablas, ilustraciones e imágenes: Prof. Dr. José M. Mariconde

Alfredo E. BENITO

Ramírez de Arellano 770, PB, Local 01, Alta Córdoba - Córdoba - Argentina - X5001ABD - Argentina  
recfot@gmail.com - www.recfot.com.ar - www.benito.com.ar

**recursos**  
**fotográficos**  
EDITORIAL

# PRÓLOGO

Este manual presenta casos clínicos de manera práctica en Ginecología.

Su objetivo es llegar al alumno que cursa la materia, a los que cursan su práctica final obligatoria y a quienes estén ejerciendo medicina familiar o generalista.

Mi interés al desarrollarlo, fue expresar las situaciones frecuentes, con criterios clínicos, métodos complementarios y tratamientos adaptados a nuestro medio.

Lo he ordenado iniciando desde la base: la historia clínica en Ginecología. Luego desarrollamos *in extenso* el manejo de los sangrados en ginecología, para empezar con los desarrollos de los distintos casos. Todos los casos son creados y pueden contener visos de realidad, pero no pertenecen los datos a una paciente específica. Asimismo, las imágenes son obtenidas.

Por último, consta de un breve resumen de los temas que puede ayudar al alumno para un examen y de un glosario de términos más utilizados en la especialidad.

Espero que este nuevo esfuerzo editorial sea de utilidad para la formación integral de los profesionales, sin que olvidemos brindar siempre la atención humana y de calidad a nuestros pacientes.

Prof. Dr. José M. Mariconde



# ÍNDICE GENERAL

Historia clínica ginecológica .....	1
Sangrado uterino anormal (SUA) .....	9
Sangrado uterino anormal de causa disfuncional .....	14
Dolor pelviano crónico .....	19
Climaterio y menopausia .....	27
Anticoncepción .....	30
Anticoncepción de emergencia (AE) .....	33
Amenorrea primaria .....	35
Abdomen agudo ginecológico (AAG) .....	39
Infecciones en ginecología .....	46
Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) .....	49
Absceso tubo-ovárico (ATO) .....	53
Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) .....	57
Patología cervical y virus del papiloma humano (VPH) .....	60
Condilomatosis vulvar y perineal extensa .....	66
Manejo de la masa anexial .....	70
Teratoma quístico maduro (quiste dermoide) .....	73
Cáncer de ovario en estadio inicial .....	76
Cáncer de ovario avanzado .....	80
Cáncer de ovario avanzado - Citorreducción primaria .....	84
Miomatosis uterina .....	88
Pólipo endometrial .....	97
Metrorragia en la postmenopausia .....	100
Hiperplasia endometrial con atipia .....	104
Adenocarcinoma de endometrio (tipo I) .....	106
Cáncer de cuello uterino .....	112
Patología vulvar .....	116
Patología mamaria benigna 1 .....	120
Patología mamaria benigna 2 .....	123
Nódulo mamario BI-RADS 5 .....	127
Microcalcificaciones mamarias .....	129
Tópicos para el examen de ginecología .....	134
Glosario de terminología ginecológica .....	137



## HISTORIA CLÍNICA GINECOLÓGICA

La realización de la historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica de un médico.

Para la correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente dos requisitos: que se realice de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera.

La realización de la historia clínica y la anamnesis es la herramienta diagnóstica principal.

Es fundamental realizar una acabada anamnesis y la misma debe estar estandarizada para no olvidar datos a recabar. En una historia clínica de guardia ginecológica, estos pasos estandarizados deben cumplirse para facilitar el manejo de la paciente y optimizar el uso de métodos diagnósticos.

El motivo de consulta es sumamente relevante en la elaboración de la historia clínica, ya que es el hecho que ha llevado al paciente a la consulta y suele contener el síntoma guion. Sin embargo, el interrogatorio no debe olvidar ciertos elementos que son fundamentales y pueden ser útiles para el diagnóstico presuntivo, así como todo el cortejo de clínica o síntomas que acompañen al principal.

### ANAMNESIS

En la anamnesis, es fundamental:

- a) Identificación del paciente: la misma se realiza en el sistema de historia clínica y por parte del personal que recibe el paciente debemos recopilar cuantos más datos mejor. Se debe incluir: nombre y apellidos, edad, domicilio, teléfono, ocupación, religión (importante en Testigos de Jehová por negación a transfusiones).
- b) Antecedentes familiares: se debe prestar especial interés en enfermedades hereditarias, tumores, carcinoma de mama y ovario, entre otros antecedentes generales.
- c) Antecedentes personales quirúrgicos: aquí se hace énfasis en las cirugías pelvianas, ginecológicas o no. Si fue histerectomía, con-

signar si fue total o subtotal (dejando cuello uterino). También es frecuente que las pacientes hayan sido intervenidas de quistes de ovario y, en ocasiones, de apendicectomía en el mismo acto (por sospecha de apendicitis y finalmente se halló un quiste de ovario) es importante consignar de qué lado fue la quistectomía.

d) Antecedentes gineco-obstétricos: es el núcleo principal de la historia clínica ginecológica, en la misma deben consignarse:

- Antecedentes Menstruales: edad de menarca, fecha de última menstruación (FUM-importante en gestación o sospecha de la misma), ritmo y cantidad de días de sangrado menstrual. Es relevante también conocer la cantidad del flujo menstrual (contabilizarlo con paños íntimos como referencia). Consignar si presenta dolor menstrual (dismenorrea) y si esta es primaria (desde el inicio de menarca) o secundaria, además de tiempo de evolución y si el síntoma es mayor en los últimos meses y si se inicia previo al inicio del sangrado menstrual o solo durante el mismo.
- Antecedentes Gestacionales: interrogar sobre el número de gestas y paras, si tuvo pérdidas gestacionales y si se realizó legrado o fueron espontáneas. Además, se debe interrogar sobre la vía de finalización del parto.
- Tratamientos de esterilidad o infertilidad previas. Es importante este aspecto, sobretodo si la paciente está bajo tratamiento por infertilidad, ya que puede concurrir a la consulta de guardia un caso de hiperestimulación ovárica.
- Anticoncepción: tipo de anticoncepción y si lo cumple a dicho método en todas sus relaciones sexuales para destacar posible embarazo temprano. En caso de DIU, consignar tiempo de colocado y tipo de DIU. En caso de anticoncepción hormonal, es importante consignar si es combinado o no y, de ser posible, la dosis y fármaco.
- Síntomas climatéricos: aquí se consigna si la paciente posee tuforadas, sequedad vaginal, trigonitis atrófica, entre otros

síntomas climatéricos.

THR: si la paciente menopáusica utiliza terapia de remplazo hormonal y cuál es su vía de administración.

- Fecha del último control ginecológico: interrogar además sobre qué estudios realizó.

La tabla que hemos elaborado y adjuntamos abajo, trata de resumir los elementos fundamentales que debe contener una historia clínica ginecológica, con la relevancia de cada ítem en particular. El profesional debe realizar un interrogatorio ordenado para no pasar datos por alto en la anamnesis.

Componente	Ítems a consignar	Observaciones clínicas
<b>Identificación</b>	Nombre y apellido, edad, domicilio, teléfono, ocupación, religión	
<b>Motivo de consulta</b>	Síntoma principal que origina la consulta	Orienta el diagnóstico presuntivo
<b>Antecedentes familiares</b>	Enfermedades hereditarias, cáncer de mama y ovario, tumores	Relevante para riesgo oncológico
<b>Antecedentes personales quirúrgicos</b>	Cirugías previas (ginecológicas o no), tipo de histerectomía	Consignar lateralidad en quistectomías
<b>Antecedentes gineco-obstétricos</b>	Gestas, partos, abortos, vía del parto	Núcleo de la historia clínica ginecológica
<b>Antecedentes menstruales</b>	Menarca, FUM, ritmo, duración, cantidad, dismenorrea	Evaluar cambios recientes
<b>Antecedentes gestacionales</b>	Número de gestas, pérdidas, legrados	Importante en sangrado y dolor pélvico
<b>Anticoncepción</b>	Método, adherencia, tipo de DIU o anticoncepción hormonal	Fundamental para descartar embarazo
<b>Síntomas climatéricos / TRH</b>	Sofocos, sequedad vaginal, terapia hormonal	En pacientes peri o postmenopáusicas
<b>Último control ginecológico</b>	Fecha y estudios realizados	Determina necesidad de controles

## EXPLORACIÓN

El examen físico en general es relevante en la consulta de Guardia o ante una emergencia ginecológica (abdomen agudo, hemorragia genital), debe realizarse control de signos vitales y colorido de piel y mucosas, su estado general, estado anímico, etc.

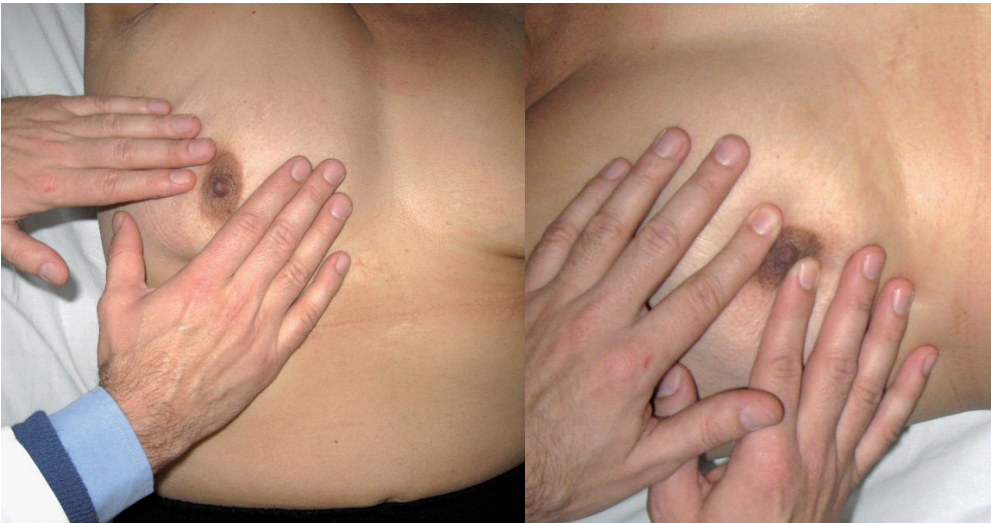
Dependiendo del motivo de consulta, se orientará el examen para hacerlo más específico, aunque si la paciente no realiza los controles periódicos, se debe consignar la importancia de realizarlos y derivar para turno programado por consultorio de Ginecológica.

Mama y axila: en el caso de la inspección y examen mamario, en primera instancia la paciente se debe observar sentada evaluando colorido y posibles signos de retracción cutánea o del pezón. En ese momento se palpan las axilas, evaluando si se palpan ganglios y las características de los mismos. Luego, en decúbito dorsal y con los brazos por detrás de la cabeza se realiza la palpación mamaria a mano llena y cuadrante por cuadrante. En la Guardia y como se verá más adelante, las consultas más frecuentes suelen estar asociadas a un proceso infeccioso, por lo que lo que debe evaluarse la temperatura y coloración de la mama y si estos cambios son generalizados o localizados. Y si el examen despierta dolor tanto mamario como a nivel ganglionar.

Abdomen: se debe realizar inspección y palpación abdominal, poniendo eje en hipogastrio y fosas ilíacas. Evaluando si existen signos de peritonismo o distensión, contractura abdominal, signos de ascitis, entre otros. Este es un paso importante en la evaluación del abdomen agudo y debe tenerse en cuenta la gran relevancia del examen abdominal para los diagnósticos presuntivos.



*Inspección mamaria con la paciente sentada, y examen axilar en la misma posición.*



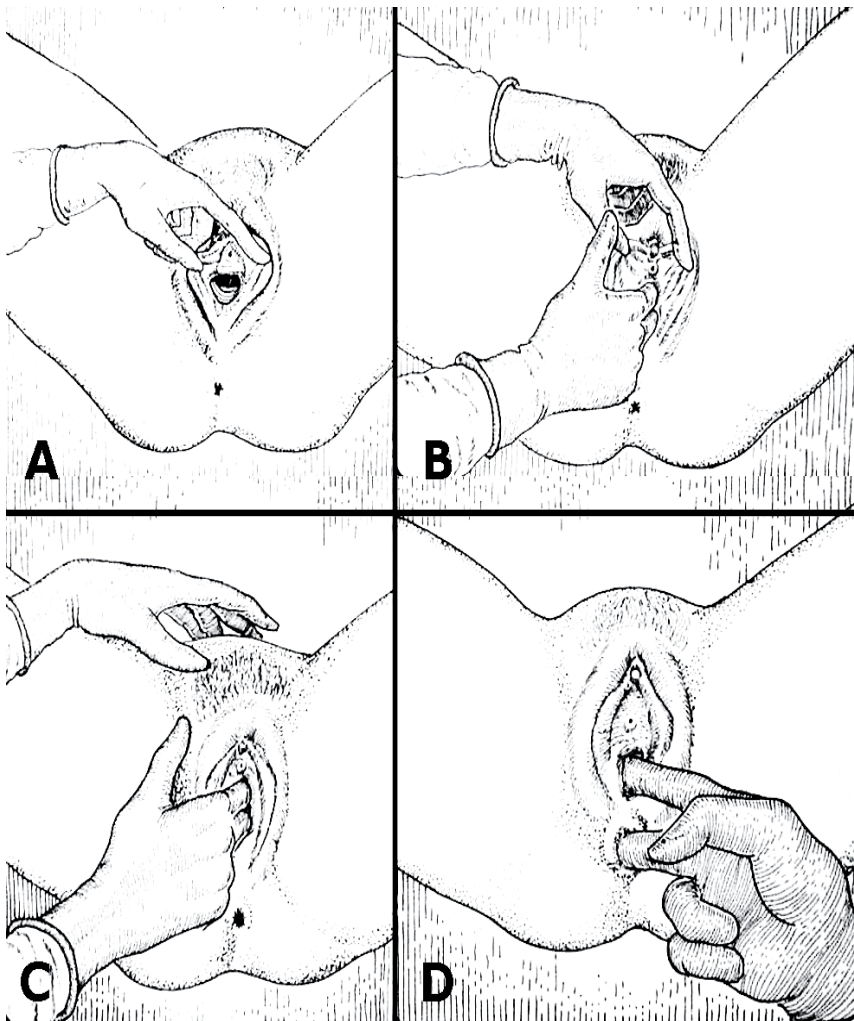
*Palpación mamaria a mano llena en decúbito dorsal y expresión de pezones en la misma posición.*

## EXAMEN GINECOLÓGICO

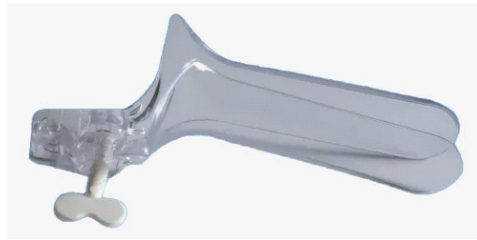
Es uno de los más delicados de realizar por deberse a la intimidad de la mujer, en la cual es de suma importancia la adecuada comunicación, intimidad, confidencialidad, respeto y la técnica. Durante el examen ginecológico primeramente se compone de una visualización activa y una pasiva, en esta última se puede encontrar lesiones de tipo dermatológica, vesículas, condilomas, desgarros, secreciones externas emanadas del introito.

Se realiza en posición ginecológica en una camilla ad hoc y con buena luz para la inspección. En primera instancia, y si la paciente consulta por sangrado, es fundamental la colocación de espéculo. Si no existe una correcta posición e iluminación este paso puede ser inconducente. Al colocar el espéculo debe evaluarse sangrado y origen del mismo: cuello, vagina o canal cervical. Además, evaluar en casos de sospecha de pérdida gestacional temprana, la existencia de posibles restos ovulares en vagina o en cuello. Es el momento ideal para obtener muestras para cultivo o citología. El tacto bimanual (vagino-abdominal) se realiza con la mano hábil con el dedo índice y mayor en vagina y la otra mano en abdomen. Evaluar: temperatura vaginal, dolor a la movilización cervical, ubicación y movilidad del cuello, ubicación y movilidad

del cuerpo, dolor a la palpación de cuerpo uterino, evaluar existencia de masa anexiales y sus características primordiales: movilidad, adherencia o si hace cuerpo o no con el útero, uni o bilateralidad, dolor al tacto, abombamiento de fondo de saco de Douglas. En ocasiones se recurre al tacto recto-abdominal: en pacientes con imposibilidad de acceso a la vagina o como complemento al tacto vaginal; en casos de sospechar un carcinoma de cuello uterino para evaluar afección de parametrios se realiza un tacto recto-vaginal. Aunque en este último caso debe remitirse la paciente a consulta programada, la evaluación de Guardia puede ser bastante completa.



*A: inspección de genitales externos, B y C tacto vaginal combinado, D tacto recto-vaginal. (ilustración de autor, gentileza del Dr. Rogelio Ramallo, proveniente de material docente histórico de la II Cátedra de Ginecología - UNC).*



*Espéculo vaginal descartable.*



*Kit para realizar toma de citología cervical: espátula, cepillo endocervical, vidrio rotulado, espéculo y guantes (no es necesario que los guantes sean estériles). Si se va a colocar el vidrio con el extendido en un receptáculo con alcohol, se recomienda que el rotulo con los datos de la paciente sea escrito con lápiz, para evitar el borrado de la tinta.*

*Pinza erina o de Pozzi,  
utilizada para tomar el cuello  
uterino*



*Pinza de Pean, ampliamente utilizada  
para asepsia y limpieza y compresión de  
vagina y cérvix.*

## **EXAMEN OBSTÉTRICO**

Se debe consignar el tamaño uterino que se obtiene con la primera maniobra de Leopold siendo aproximadamente: a las 12 semanas por arriba de pubis; a las 22-24 semanas a nivel umbilical ombligo y a las 36 semanas a nivel de apófisis xifoides. Acto seguido, y dependiendo de edad gestacional (a partir de las 14 semanas), deben auscultarse los latidos cardíacos fetales con Doppler. En la Guardia estrictamente ginecológica, los casos de gestaciones mayores a 12-14 semanas deberían derivarse a un centro obstétrico de referencia. Cabe consignar que los casos de aborto pueden resolverse sin problemas, aunque es fundamental el diagnóstico diferencial entre aborto, amenaza de aborto y embarazo ectópico en gestaciones tempranas.

## SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA)

Los sangrados o hemorragias uterinas son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica. Se puede definir como la pérdida sanguínea anormal de origen uterino. Muestra una gran multiplicidad etiopatológica, lo que supone una de sus principales dificultades para realizar un diagnóstico etiológico. Englobaría todas aquellas alteraciones patológicas en el patrón normal del flujo o el ritmo menstrual, así como aquellas pérdidas vaginales que se producen durante el embarazo temprano, ya que en gestaciones mayores a 12-14 semanas debe manejarse por el Servicio de obstetricia.

Los términos ciclos menstruales o períodos deben ser utilizados para referirse a la descamación cíclica regular del endometrio, secundaria a los cambios hormonales asociados con la ovulación. *El sangrado que no se adapta a esta definición, no es una menstruación;* debe describirse en relación con la cantidad, duración e intervalo, y se debe referir solamente como una hemorragia.

Actualmente, para simplificar los factores etiológicos implicados en los SUA, se utiliza la clasificación **PALM-COEIN**: *Pólipo, Adenomiosis, Leiomioma, Malignidad - Coagulopatía, Ovulatoria, Endometrial, Iatrogénica, No clasificada.*

A pesar que se las engloba dentro de SUA, **considero que la terminología utilizada clásicamente sigue siendo útil** y ampliamente difundida entre los profesionales. Es importante definir un “sangrado” o genitorragia, de una alteración menstrual en más; además debe explicitarse si la paciente se encuentra con ciclicidad menstrual, ya que **tiene otras implicancias y connotaciones el sangrado en mujeres fértiles que en las postmenopáusicas.** Las menstruaciones normales duran entre 3 y 7 días, con intervalos entre ellas de 21 a 35 días, siendo la pérdida de sangre menstrual inferior a 180-200 mL por ciclo. Los términos que describen la hemorragia patológica no son enteramente satisfactorios, porque no indican la causa de la anomalía.

Las alteraciones en el intervalo menstrual las resumimos en la siguiente tabla:

Tipo de alteración	Definición
<b>Oligomenorreas</b>	El intervalo entre los ciclos es mayor a 35 días.
<b>Polimenorreas</b>	El intervalo entre ciclos menstruales es menor a 21 días.
<b>Hipomenorreas</b>	Ciclo menstrual de escasa duración: no supera 1 día.
<b>Hipermenorreas</b>	Sangrado menstrual excesivo: ciclos regulares pero abundantes (pérdidas superiores a los 180-200 ml por ciclo).
<b>Menometrorragia</b>	Menstruación prolongada y con mayor cantidad: la duración es superior a los 7 días.
<b>Metrorragias</b>	Sangrado procedente del útero, no relacionado con el ciclo y sin referencia a la intensidad de la pérdida.

## CAUSAS EXTRAUTERINAS DE SANGRADO GENITAL

Al valorar una metrorragia, el primer problema es identificar su origen uterino.

Las causas más frecuentes de sangrado genital no uterino las mencionamos en la siguiente tabla:

Localización	Causas
<b>Genitales externos</b>	Varices, traumatismos, infecciones, alteraciones tróficas, neoplasias
<b>Vagina</b>	Varices, traumatismos, infecciones, alteraciones tróficas, neoplasias, adenosis, cuerpo extraño
<b>Órganos vecinos</b>	Vías urinarias: carúncula, divertículo, infecciones, neoplasias. Aparato digestivo: neoplasias, fisura anal, hemorroides

## CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS METRORRAGIAS

Las causas de metrorragias se pueden dividir en dos grandes grupos:

1. Metrorragias con origen orgánico conocido.
2. Metrorragias no causadas por patología orgánica o hemorragia uterina disfuncional.

## 1. Metrorragias con origen orgánico conocido

Se incluyen aquí todos aquellos procesos de origen uterino que pueden en algún momento ocasionar metrorragia. Según tengan o no relación con el proceso reproductivo, se clasifican en:

- A. Metrorragias gravídicas: de la primera y segunda mitad del embarazo.
- B. Metrorragias no gravídicas

Las causas más frecuentes de hemorragia uterina orgánica no gravídica son:

### Cervicales

- *Ectopia*: extensión del epitelio glandular cilíndrico desde el endocérnix a la porción visible del ectocérnix. La hemorragia aparece debido al efecto de una infección o de traumatismos con el coito. Su frecuencia oscila entre un 15% y un 85%, siendo mayor en el período peripuberal.



*Colposcopia que evidencia ectopia. La misma puede ser causa de sangrado (posiblemente sinusorragia) o de secreción excesiva de mucho cervical, sin ser una causa patológica.*

- *Pólipo*: proliferación polipoide de la mucosa cervical, en la que intervienen, parcial o totalmente, los diversos elementos que la constituyen (epitelio, glándulas, estroma). Es una patología frecuente, hallada en un 1% a un 5% de las mujeres que consultan al ginecólogo, pero sobre todo en las multíparas y en las mujeres mayores de 45 años. La metrorragia que produce suele ser continua, procedente de la ulceración del pólipo o bien sinusorragias.



*Pólipo cervical. El mismo puede producir sangrado genital y puede resolverse en consultorio con maniobra de torsión con una pinza de Pean.*

- Cáncer: el síntoma más frecuente y precoz es la hemorragia genital acíclica, irregular e intermitente, que a menudo se desencadena por una acción mecánica directa sobre la superficie tumoral como, por ejemplo, el coito (sinusorragia) o en el curso de exploraciones digitales o instrumentales.

### Corporales

- Pólipo endometrial: formación benigna del tejido endometrial, que se halla, aproximadamente, en el 10% de los úteros examinados por necropsias. Son más frecuentes entre los 40 y 50 años de edad. El síntoma de presentación más común es la hemorragia intermenstrual o como una menstruación excesiva. Los pólipos endometriales representan, aproximadamente, el 23% de metrorragias postmenopáusicas y el 6,8% de todos los casos de metrorragia en mujeres entre los 20-40 años.
- Hiperplasia endometrial: proliferación benigna caracterizada por el aumento de la densidad de las glándulas endometriales morfológicamente anormales. El estroma muestra también un cierto grado de proliferación, pero inferior a las glándulas. Se presenta, habitualmente, en mujeres en la etapa premenopáusica o postmenopáusica en forma de SUA.
- Adenomiosis: presencia de glándulas endometriales y estroma dentro del miometrio, acompañadas por hipertrofia compensatoria del miometrio. Debe sospecharse cuando una mujer que ha tenido hijos y que presenta SUA (hipermenorrea y/o dismenorrea) muestra un útero agrandado en forma difusa y a menudo sensible a la palpación. El sangrado suele ser cíclico, importante y prolongado.
- Neoplasias benignas:
  - Mioma: neoplasia del miometrio frecuente y de la edad reproductiva (ver miomatosis).
  - Neoplasias malignas:
    - Carcinomas de endometrio: excepcional su presentación por debajo de los 40 años, y únicamente un 20% se diagnóstica en la premenopausia.

Sarcomas: del estroma endometrial o leiomiomas, incluso pueden presentarse mixtos como carcinosarcomas. Suelen ser patologías de alto grado. Constituyen entre el 2 y el 4% de los cánceres uterinos.

Debe descartarse el diagnóstico de carcinoma endometrial en los siguientes casos:

1. Todas las pacientes con metrorragia de la postmenopausia.
2. Mujeres postmenopáusicas con piometra.
3. Mujeres postmenopáusicas asintomáticas con células endometriales atípicas en el extendido de Papanicolaou.
4. Pacientes perimenopáusicas con sangrado intermenstrual o menstruaciones cada vez más abundantes.
5. Pacientes premenopáusicas con sangrado uterino a normal, en especial si tienen antecedentes de anovulación prolongada (como en ovarios poliquísticos).

# **SANGRADO UTERINO ANORMAL DE CAUSA DIS-FUNCIONAL**

Se define la metrorragia como una pérdida de sangre menstrual de >80 mL o que se prolonga en el tiempo más de 7-10 días.

Para la mujer, cualquier cambio en el patrón de sus reglas puede resultarle angustiante por considerarlo patológico, y estas modificaciones suelen ser un motivo frecuente de consulta. En general, se pueden considerar normales ciclos que oscilan entre 25 y 35 días. La única prueba objetiva para el médico, de que la paciente está teniendo una pérdida sanguínea excesiva es la disminución de la hemoglobina, el hematocrito y la sideremia.

## **FISIOPATOLOGÍA**

El SUA disfuncional se produce por la estimulación crónica del endometrio por los estrógenos que aumenta la vascularización y el componente glandular, sin ser contrarrestado por la acción de la progesterona, con lo que el endometrio alcanza un grosor excesivo sin el soporte estructural concomitante, lo que lo hace frágil, y comienza a descamarse de forma irregular (hemorragias por disrupción). Se deben a alteraciones funcionales del ovario siendo la causa más frecuente el fracaso de la ovulación (anovulación).

## **PASOS A SEGUIR**

### **1. Anamnesis**

Edad.

Adolescentes: Los primeros años tras la menarca son frecuentes los ciclos anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario.

Fase reproductiva: La causa más frecuente de anovulación es el síndrome de ovario poliquístico y la obesidad, pero también por alteraciones en la función del cuerpo amarillo, existencia de quistes funcionales, etc.

Perimenopausia: Se altera la sensibilidad a las gonadotropinas (ciclos que se alargan y terminan en hemorragias excesivas, como vimos

en el capítulo de climaterio y menopausia).

- Descartar hábitos tóxicos (p.ej.: alcoholismo).
- Descartar medicamentos hormonales o tratamientos anti-coagulantes.

## 2. Exploración clínica

El objetivo es descartar patología orgánica (lesiones a nivel vulvar, vaginal, cervical, pólipos, miomas, tumoraciones pélvicas, DIU, etc.). con la paciente en posición ginecológica, debe ser ordenada para no saltar pasos importantes:

- Inspección de órganos genitales externos entreabriendo los labios menores y evaluando el introito.
- Colocación de espéculo visualizando la vagina y cuello uterino, evaluando las características de la mucosa vaginal y superficie del cuello uterino, así como también áreas cicatrizales por posibles desgarros vaginales o episiotomías. Acto seguido, realizar tacto vaginal combinado, evaluando movilidad y forma del cuello uterino, consistencia y dilatación (importante en sangrados obstétricos de la primera mitad del embarazo).

### Pruebas complementarias

- Test de embarazo si procede.
- Citología si no la tiene reciente.
- Cultivo de flujo si se sospecha infección.
- Hemograma con coagulograma: debe pedirse siempre para valorar la gravedad del cuadro, y la existencia o no de coagulopatías. Pruebas de función hepática de ser necesario.
- Ecografía transvaginal (para valorar las características del endometrio, existencia de miomas, quistes, etc.).
- Otras pruebas (cepillado, legrado, estudio hormonal, histeroscopia, etc.).

### Conducta si la exploración clínica es normal

1. Corregir el defecto de base si existe (medicación, hepatopatías, etc.).
2. Tratamiento de la anemia si precisa.

### 3. Control de sangrado con tratamiento hormonal:

- a) Adolescentes: se debe probar siempre tratamiento hormonal inicialmente.
- b) Mujer en fase reproductiva:
- c) <45 años: realizar tratamiento hormonal.
- d) >45 años: remitir para valoración de otras técnicas diagnósticas-terapéuticas.
- e) Si tiene biopsia endometrial previa de hace menos de un año con resultado anátomo-patológico sin malignidad, instaurar tratamiento.

4. Menopausia: se debe derivar a nivel secundario para valoración ecográfica del endometrio y eventual obtención de material del endometrio (por legrado o histeroscopia), sea cual sea la edad de la paciente. Si la exploración clínica es dudosa o claramente patológica, se debe remitir a un especialista.

### Tratamiento médico ambulatorio

#### 1. Mujer que sangra desde hace días en cantidad moderada-escasa (SUA crónica):

- Acetato de Medroxiprogesterona (MXP) 10-15 mg/8 horas hasta el cese de la hemorragia, continuar con 10 mg/24 horas hasta completar 15-20 días de tratamiento, tras lo cual tendrá una hemorragia por privación.
- Los 3 ciclos siguientes, se administrarán 5-10 mg/día desde el día 15 al 25 del ciclo, con el fin de normalizar el endometrio (pautas de elección en mujeres jóvenes con pérdidas no muy intensas).
- Acetato de Noretisterona: dosis y pauta igual a la anterior. Se prefiere utilizar en mujeres de más edad o con hemorragia más importante por su mayor acción gestagénica.

Pueden utilizarse píldoras anticonceptivas en este cuadro clínico. Los preparados más recomendables incluyen etinil o valeriato de estradiol y un progestágeno como Drospirenona o Dienogest.

2. Pérdidas excesivas tras baches amenorreicos (menometrorragia tras oligomenorrea) sin sangrado en la actualidad.

Son cuadros frecuentes en perimenopausia y adolescencia. Intentaremos un control del ciclo con gestágenos administrados del día 15 al 26 del ciclo (12 días).

- Acetato de MXP: 5-10 mg/día.
- También se puede utilizar una píldora anticonceptiva (es el tratamiento de elección en la adolescente que desee anticoncepción).

### 3. Hemorragia aguda intensa y prolongada:

En estos casos suponemos que se ha perdido la capa endometrial, por lo que el gestágeno sólo no puede ejercer su acción pseudodecidualizadora. Ha de probarse, pues, un tratamiento combinado de estrógenos y gestágenos.

- Etinil-estradiol (EE) + Noretisterona, 3-5 comprimidos/día hasta cohibir la hemorragia y continuar con 2 comprimidos/día hasta completar 20 días, tras los cuales aparecerá una hemorragia por privación que puede ser más intensa y dolorosa.

Droga recomendada: Primosiston®: hemorragias disfuncionales: administrando 1 comprimido de Primosiston® 3 veces al día durante 10 días consecutivos se cohibe la hemorragia en un plazo de 1 a 4 días, siempre que ésta no sea de origen orgánico. Contraindicaciones: Embarazo, antecedentes de herpes gravídico, cáncer de endometrio y/o de mama, procesos tromboembólicos o antecedentes de los mismos (por ej.: apoplejía, infarto de miocardio), diabetes grave con alteraciones vasculares, anemia de células falciformes.

- Anticonceptivo oral monofásico con al menos 30 µg de EE: 4 comprimidos/día la primera semana, 2 la segunda y 1 la tercera.
- Se debe continuar con un preparado estro-progestágeno (por ejemplo, un anticonceptivo) o un gestágeno en la segunda fase del ciclo al menos durante 3 meses más, según pauta habitual.

Se debe aplicar tratamiento con estrógenos y gestágenos combinados también en las siguientes situaciones:

- Tratamiento previo con gestágenos con mala respuesta.
- Ingesta previa de anticonceptivos hormonales orales.
- Paciente que no se puede controlar en los días inmediatos, ya que el tratamiento con estrógenos es siempre eficaz.

**4. En caso de hemorragia aguda excesiva con deterioro del estado de la paciente, remitir a centro hospitalario.**

**5. Spotting premenstrual (déficit de progesterona):** gestágeno en la segunda mitad del ciclo según pauta descrita.

#### **6. Spotting periovulatorio:**

El tratamiento más simple es un anticonceptivo oral combinado, en cualquiera de sus presentaciones suele tener excelentes resultados.

#### **7. Tratamientos alternativos:**

- a) Los AINES se prescriben en pauta fija desde el inicio de la menstruación durante un mínimo de tres días y un máximo de 5 días. Son de elección los derivados del ácido mefenámico y los del ácido arilpropiónico.
- b) Medroxiprogesterona de depósito: no es la indicación más frecuente esta presentación, aunque puede sugerirse en las coagulopatías y a dosis de 150 mg i.m. cada 4-6 semanas (Ejemplo: Depoprovera®).
- c) Antifibrinolíticos (ácido tranexámico y ácido épsilon-aminocaproico) y ergotamínicos (están actualmente en desuso).

El reto: Diferenciar entre causas estructurales y no estructurales en diferentes etapas de la vida.

## DOLOR PELVIANO CRÓNICO

El diagnóstico diferencial se debe realizar entre causas ginecológicas, urológicas y digestivas.

### CASO CLÍNICO: ENDOMETRIOSIS

#### 1. Presentación del caso

Mujer de 29 años, administrativa, soltera. Consulta por dolor en hipogastrio y fosas ilíacas de larga data.

- **Antecedentes Gineco-Obstétricos:** Menarca a los 12 años. Ciclos 28/5, regulares. G0P0. Uso de preservativo como método anticonceptivo irregular.
- **Enfermedad Actual:** refiere dolor pélvico de 8 meses de evolución, de carácter sordo, que se intensifica significativamente durante la menstruación (**dismenorrea severa 9/10** en escala EVA) y durante las relaciones sexuales (**dispareunia profunda**). Refiere que el dolor ha progresado, presentándose ahora también de forma intermenstrual. Ha consultado en guardias anteriormente, recibiendo AINEs con alivio parcial y transitorio.

#### 2. Proceso Diagnóstico: Anamnesis y Examen Físico

##### A. Anamnesis Dirigida:

- El dolor es claramente **cíclico** al inicio, sugiriendo una patología estrógeno-dependiente.
- **Síntomas asociados:** Niega fiebre, niega flujo maloliente (orienta a descartar EPI crónica). Refiere dolor al defecar durante la menstruación (disquecia).
- La paciente falta al trabajo 1 o 2 días al mes por la intensidad del cuadro.

### B. Examen Físico:

- **Inspección/Palpación Abdominal:** Abdomen blando, dolor leve a la palpación profunda en hipogastrio. No hay signos de irritación peritoneal.
- **Especuloscopia:** Cuello uterino de aspecto normal, sin secreciones purulentas. Se observa leve desviación del cuello hacia la derecha.
- **Tacto Vaginal Bimanual:**
  - Útero en retroversión, de tamaño normal, pero con *movilidad limitada y dolorosa*.
  - Se palpa un *nódulo doloroso* de aproximadamente 1 cm en el ligamento úterosacro izquierdo.
  - Anexo izquierdo sensible, con sensación de masa renitente de 4 cm, poco móvil.

### 3. Métodos por Imágenes y Laboratorio

Debemos solicitar métodos diagnósticos con un criterio de costo-efectividad:

1. **Laboratorio:** Hemograma normal, PCR negativa (descarta proceso infeccioso agudo), **subunidad beta hCG (-)** (paso obligatorio en toda mujer en edad fértil con dolor pélvico, aunque podemos obviarla).
2. **Ecografía Transvaginal (ETV) de Alta Resolución:**
  - Hallazgo: Imagen quística en ovario izquierdo de 42 mm, con ecos internos finos y difusos, aspecto de “vidrio esmerilado”, sin tabiques ni excrescencias sólidas (Compatible con **Endometrioma**).
  - Eco dinámica: Ausencia de signo del deslizamiento retrouterino, sugiriendo adherencias en el fondo de saco de Douglas (posible endometriosis).
3. **Resonancia Magnética (RM) de Pelvis (Protocolo Endometriosis):**
  - Solicitada para evaluar **endometriosis profunda**. Confirma el endometrioma izquierdo y detecta focos hiperintensos en T1 en los ligamentos úterosacros y el tabique rectovaginal.

#### 4. Resolución y Diagnóstico Definitivo

Estadio	Severidad	Rango de Puntos	Hallazgos Típicos
Estadio I	Mínima	1 - 5	Implantes superficiales aislados; sin adherencias.
Estadio II	Leve	6 - 15	Implantes superficiales de >1 cm; adherencias mínimas.
Estadio III	Moderada	16 - 40	Endometriomas ováricos y adherencias peritubáricas/ováricas.
Estadio IV	Severa	> 40	Endometriomas grandes; <b>obliteración de fondo de saco de Douglas.</b>

*Diagnóstico: Endometriosis Estadio IV* (Clasificación ASRM-Asociación Americana de Medicina Reproductiva); en esta clasificación, la suma total de los puntos determina el estadio de la enfermedad:

El DPC en esta paciente es por endometriosis: componente inflamatorio peritoneal, presencia de endometrioma y adherencias pélvicas que fijan las estructuras anatómicas.

#### Manejo Terapéutico Sugerido:

##### Tratamiento Médico:

- Tratamiento Hormonal: el más simple de administrar es el de los Anticonceptivos orales combinados en régimen continuo (para inducir amenorrea) o Dienogest 2 mg/día (progestágeno de elección para endometriosis).
- Analgesia: AINEs reglados previo al inicio del ciclo, asociados a moduladores del dolor neuropático si el componente crónico persiste.

##### Tratamiento Hormonal:

- El más simple de administrar es el de los Anticonceptivos orales combinados en régimen continuo (para inducir amenorrea) o Dienogest 2 mg/día (progestágeno de elección para endometriosis).

### Analgesia:

- AINEs reglados previo al inicio del ciclo, asociados a moduladores del dolor neuropático si el componente crónico persiste.

### Tratamiento Quirúrgico:

- El abordaje suele ser por videolaparoscopia, ya que nos brinda una mejor visión de espacios en profundidad de la pelvis. Los focos superficiales pueden tratarse con coagulación bipolar más frecuentemente, y ese instrumental es laparoscópico generalmente. Se la indica por la presencia de endometrioma >4 cm, dispareunia profunda persistente y sospecha de compromiso de ligamentos/ tabique recto vaginal.

El objetivo es restaurar la anatomía normal que pudo haberse visto alterada por adherencias y reseca las lesiones. En el caso de Quistectomía del endometrioma (preservando tejido ovárico), adhesiolisis y exéresis de focos profundos. En casos menos frecuentes, se debe realizar un tratamiento que consideraríamos radical, con la anexectomía bilateral, esto queda reservado a casos extremos o pacientes en edad peri-menopáusica con endometriosis. En el caso de Adenomiosis, es posible que se requiera la histerectomía acorde a síntomas, por la vía de abordaje que considere el equipo tratante.

### **Perlas para el Estudiante**

- El diagnóstico de DPC es por exclusión: Siempre descartar causas extra-ginecológicas, como urológicas (por ej. cistitis intersticial) y digestivas (por ej. colon irritable, celiaquía). En edad reproductiva, la endometriosis es una causa fundamental a descartar.
- La clínica manda: el examen abdominal es relevante y un tacto vaginal que detecta nódulos recto-vaginales o ligamentos úterosacros engrosados y dolorosos, tienen una alta especificidad para endometriosis profunda. Los métodos diagnósticos son, como siempre decimos, parte de la evaluación: RM y ecografía transvaginal (preferentemente dinámica en sospecha de endometriosis profunda).
- Laparoscopia: es la vía de abordaje más utilizada, aunque en oca-

siones se debe convertir a cirugía convencional en el mismo acto. Lo más importante es el concepto de lo que se debe realizar, no solo el abordaje.

## **CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA (SCP)**

### **1. Presentación del caso**

Paciente de 34 años, multípara (G3P3, partos vaginales), que consulta por dolor pelviano crónico de 18 meses de evolución. Describe el dolor como una sensación de “pesadez” o “congestión” en la zona del hipogastrio y ambas fosas ilíacas.

#### Características del dolor:

- El dolor empeora notablemente al final del día, tras permanecer mucho tiempo de pie (bipedestación prolongada) y después del coito (dispareunia profunda y postcoital). Refiere que el dolor mejora significativamente al acostarse (decúbito supino).

#### Antecedentes Gineco-Obstétricos:

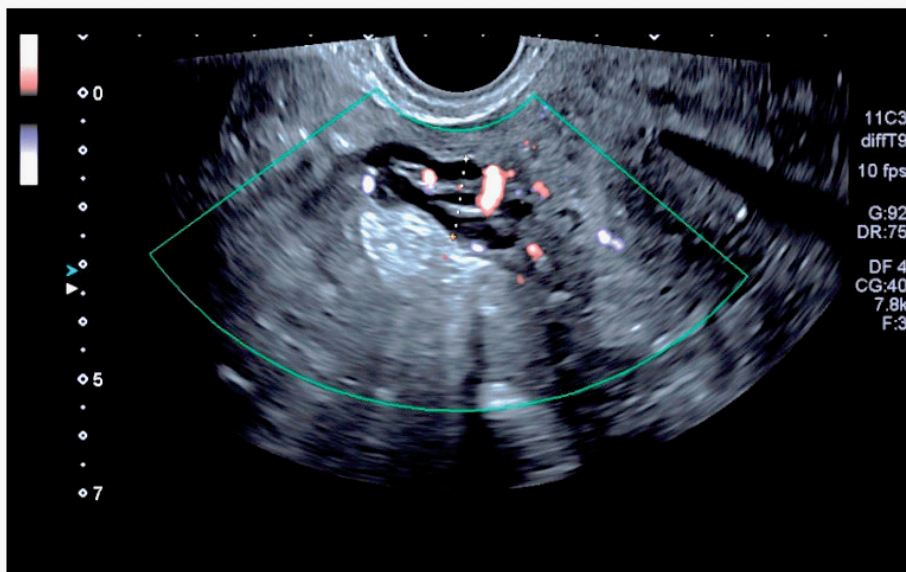
- Menarca 12 años, ciclos regulares. No refiere dismenorrea primaria. Menciona la aparición de várices en la zona vulvar durante su último embarazo que persistieron parcialmente.

#### Examen Físico:

- Inspección: Se observan várices vulvares y en la cara interna de los muslos.
- Palpación: Dolor a la palpación profunda en puntos anexiales sin masas palpables.
- Tacto Bimanual: Útero de tamaño normal, algo reblandecido. Dolor a la palpación de los fondos de saco vaginales, que la paciente reconoce como “su dolor habitual”. No hay dolor a la movilización cervical (Signo de Frenkel negativo).

## 2. Métodos Diagnósticos

- a. Laboratorio y Test de Embarazo: Negativos (descartan causas agudas, infecciosas o gestacionales).
- b. Ecografía Doppler Transvaginal (Estudio inicial): Se observa el plexo venoso periuterino y periovárico con venas dilatadas y tortuosas (diámetro >5 mm). El flujo Doppler muestra una velocidad disminuida y, en maniobras de Valsalva, se evidencia reflujo venoso franco.



*Ecografía con Doppler que evidencia congestión pélvica.*

- c. Resonancia Magnética (Angio-RM) de Pelvis: Confirma la presencia de múltiples estructuras vasculares serpiginosas periuterinas y dilatación de la vena ovárica izquierda (diámetro de 10 mm).

## 3. Tratamiento y Evolución

Se decide un enfoque multidisciplinario:

- Tratamiento Médico: Se inicia con Acetato de Medroxiprogesterona para reducir el flujo sanguíneo pélvico y mejorar los síntomas a corto plazo.
- Tratamiento Endovascular (Definitivo): Se realiza **Embolización**

**de la Vena Ovárica** izquierda con coils y agentes esclerosantes.

- Evolución: A los 3 meses del procedimiento, la paciente refiere una reducción del 80% en la intensidad del dolor y desaparición de la pesadez vespertina.

### Marco Teórico: Síndrome de Congestión Pélvica

El SCP es una causa frecuente de dolor pelviano crónico (DPC) en mujeres en edad reproductiva, caracterizado por la presencia de várices pélvicas secundarias a la incompetencia o ausencia de retorno venoso en las venas de la pelvis.

La fisiopatología se basa en la hipertensión venosa dentro de los plexos pélvicos.

1. Factores Anatómicos: La vena ovárica izquierda drena en ángulo recto en la vena renal izquierda (similar a la anatomía del varicocele masculino), lo que favorece el reflujo. Puede existir compresión extrínseca (ej. Síndrome del Cascanueces o compresión de la vena renal entre la aorta y la mesentérica).
2. Factores Hormonales: Los estrógenos actúan como vasodilatadores venosos, lo que explica por qué el síndrome es raro en la menopausia.
3. Factores Mecánicos: El embarazo aumenta la capacidad venosa y puede dañar las válvulas venosas de forma permanente.

### Diagnóstico Diferencial

Es vital descartar otras causas de DPC:

- Endometriosis (típicamente dolor cíclico/dismenorrea).
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica (fiebre, clínica infecciosa).
- Miomatosis uterina (alteraciones del sangrado).
- Causas urológicas o intestinales (Síndrome de Intestino Irritable).

### Criterios Ecográficos Sugestivos de SCP

- Venas ováricas/periuterinas con diámetro >5-6 mm.
- Presencia de plexos venosos arqueados que cruzan el miometrio.

- Flujo retrógrado demostrado con Doppler color.
- Cambios quísticos en los ovarios (frecuentemente asociados).

### Opciones de Tratamiento

1. Farmacológico: Análogos de GnRH o progestágenos (supresión de la función ovárica). Suelen ser paliativos. Los antivaricosos (suelen contener Diosmina y Hesperidina, entre otros componentes naturales) también se utilizan, además de sugerirle a la paciente que baje de peso, en caso de estar en sobrepeso, y que realice actividad física.
2. Quirúrgico: Ligadura de venas ováricas (laparoscópica), aunque ha sido desplazada por técnicas menos invasivas.
3. Embolización Endovascular: Actualmente es el tratamiento de elección por su alta tasa de éxito (80-100%) y baja morbilidad.

## CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Cuando hablamos de Menopausia, nos referimos al cese definitivo de la menstruación tras 12 meses consecutivos de amenorrea, debido a la pérdida de la actividad folicular ovárica; por eso decimos que es un diagnóstico retrospectivo. Ocurre habitualmente entre los 45 y 55 años.

Por otro lado, el Climaterio (Perimenopausia) es el período de transición que precede a la menopausia (puede durar años) y se extiende hasta el inicio de la senectud. Se caracteriza por variaciones hormonales y ciclos irregulares.

### 1. Presentación del caso

Paciente femenina de 51 años, acude a consulta por presentar “calores” súbitos (sofocos) que se intensifican por la noche, impidiéndole dormir. Refiere cambios en su humor, irritabilidad, sequedad vaginal y dispareunia (dolor al coito). Su último ciclo fue hace 14 meses.

- Antecedentes: No fuma, madre con fractura de cadera a los 70 años.
- Examen Físico: IMC 28 (Sobrepeso). TA 130/85 mmHg. Atrofia vulvovaginal leve en la especuloscopia.

### 2. Proceso Diagnóstico Clínico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. No se requiere de rutina el dosaje hormonal para diagnosticar menopausia en una mujer de edad adecuada.

- **Anamnesis:** Evaluación de la calidad de vida. Investigar síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, cambios de ánimo y salud sexual.
- **Examen Físico:** Control de peso, Tensión Arterial, examen de mamas y citología cervical (PAP).

### 3. Métodos Diagnósticos Complementarios

Se solicitan para evaluar integralmente a la paciente:

- a. **Laboratorio:** Perfil lipídico y glucemia (aumento de riesgo cardiovascular). TSH y T4 Libre (el hipotiroidismo puede simular síntomas de climaterio).
- b. **FSH y Estradiol:** Solo en casos de duda diagnóstica, mujeres jóvenes (<40 años) para descartar Insuficiencia Ovárica Prematura, o mujeres histerectomizadas. Una FSH >40 mUI/mL es sugerente.
- c. **Densitometría ósea:** Para evaluar riesgo de osteoporosis, especialmente si hay factores de riesgo. Se suele solicitar luego de 2 años de amenorrea o en pacientes con alto riesgo de osteoporosis por patologías o medicación crónica.
- d. **Ecografía transvaginal:** Para evaluar el grosor endometrial, especialmente si hay sangrado postmenopáusico (punto de corte normal <4-5 mm).

**Tratamiento:** el manejo integral incluye cambios en sus hábitos, ejercicio físico, dieta y eventualmente y acorde a necesidades, medicación no hormonal y la Terapia Hormonal de Reemplazo (THR).

#### 4. Manejo No Hormonal

Suele ser el inicial sobre todo en mujeres con sofocos leves a moderados, también para pacientes con contraindicaciones o que no desean hormonas:

- **Beta-alanina + Oxazepan:** es un compuesto muy utilizado como primera línea terapéutica en tuforadas. Se indica de manera nocturna por efectos sedantes.
- **Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS/IRNS):** Venlafaxina o Paroxetina para sofocos.
- **Gabapentina:** Útil para síntomas vasomotores nocturnos.
- **Estilo de vida:** Dieta rica en calcio y vitamina D, ejercicio de impacto (caminar) y cese del tabaquismo, consulta nutricional.

Siempre intentamos iniciar el manejo de manera no hormonal en síntomas vasomotores, siendo irremplazable la THR a nivel vaginal para la atrofia, factible de utilizarse por años y con bajísimo riesgo y excelente tolerancia y resultados.

Si no funcionan los tratamientos no hormonales para sofocos, la THR es el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores, pero debe seguir la premisa: “**Dosis más baja por el menor tiempo posible**”.

**Criterios de Selección:** El beneficio máximo se obtiene cuando se inicia en mujeres <60 años o dentro de los 10 años del inicio de la menopausia.

### Esquemas de THR:

- **Solo Estrógenos:** Únicamente en mujeres histerectomizadas (vía oral o transdérmica).
- **Estrógenos + Progestágenos:** Obligatorio en mujeres con útero para prevenir la hiperplasia y el cáncer de endometrio.
- **Terapia Local (Cremas/Óvulos):** Indicada si el único síntoma es la atrofia vaginal (síndrome genitourinario). No requiere progestágenos sistémicos.

### Contraindicaciones Absolutas de la THR (perla para el examen):

1. Cáncer de mama o endometrio (conocido o sospechado).
2. Sangrado vaginal de causa no diagnosticada.
3. Enfermedad tromboembólica venosa activa o reciente (TEP, TVP).
4. Enfermedad hepática aguda.
5. Enfermedad coronaria o cerebrovascular isquémica.

### **Resumen para el Estudiante**

La menopausia **no es una enfermedad**, sino una etapa biológica. Le debemos informar a nuestras pacientes que es una etapa de cambios y que puede pasar desapercibida o no. En muchas mujeres entraña un cambio en la imagen corporal, por ello recalcamos la importancia de los cambios en su vida: ejercicio, dieta, entre otros cambios. Debemos informarle que el hipoestrogenismo aumenta el riesgo de fracturas y eventos cardiovasculares.

## ANTICONCEPCIÓN

Desarrollaremos de manera práctica los tipos e indicaciones de métodos anticonceptivos, con la presentación de casos paradigmáticos.

Los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, cuya primera edición se publicó en 1996, presentan las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. Esta es la quinta edición de los CME, y la más reciente de una serie de actualizaciones periódicas.

### Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para anticoncepción:

- *Categoría 1:* Sin restricciones de uso.
- *Categoría 2:* Las ventajas superan los riesgos teóricos o probados.
- *Categoría 3:* Los riesgos teóricos o probados superan las ventajas (No recomendado).
- *Categoría 4:* Riesgo de salud inaceptable (Contraindicación absoluta).

### **CASO 1: LA PACIENTE JOVEN Y SANA**

Mujer de 19 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos, no fuma. Solicita un método seguro porque “olvida con frecuencia las pastillas”. Lo más importante en estas pacientes es la consejería en cuanto a protección de ETS, además de la anticoncepción.

- **Análisis OMS:** Al ser sana, casi todos los métodos son Categoría 1.
- **Selección:** DIU de Cobre o DIU Hormonal (SIU-LNG). No olvidar la recomendación de uso de preservativo con el doble propósito.
- Se prefieren los **LARC** (Anticonceptivos de Larga Duración) para evitar el error de usuario (olvidos). La nuliparidad NO es una contraindicación para el DIU (OMS Categoría 2 por riesgo teórico de expulsión, pero ampliamente aceptado).

## CASO 2: LA PACIENTE CON LACTANCIA MATERNA

Mujer de 28 años, G1P1, parto hace 2 meses, lactancia materna exclusiva. Desea evitar hormonas que “pasen al bebé” y no quiere procedimientos invasivos por ahora.

- **Análisis OMS:** Los anticonceptivos orales combinados (ACOs) son Categoría 3 o 4 antes de los 6 meses postparto por el paso de estrógenos.
- **Selección:** Preservativo (Método de Barrera).
- Es un método no hormonal (Categoría 1). Si cambiara de opinión sobre lo “invasivo”, el DIU de Cobre sería una excelente opción **Categoría 1**. Por otro lado, la paciente en amenorrea y lactancia de menos de 6 meses casi exclusiva, tiene un alto índice de anti-concepción (MELA: método lactancia amenorrea)

## CASO 3: LA PACIENTE CON SANGRADO UTERINO (SUA-HIPERMENORREA)

Mujer de 35 años, G2P2, ciclos abundantes que le provocan anemia ferropénica. Fumadora ocasional (<15 cigarrillos/día).

- **Análisis OMS:** El DIU de Cobre puede aumentar el sangrado menstrual (sería Categoría 2-3 en pacientes con anemia previa).
- **Selección:** DIU Hormonal (SIU-Levonorgestrel).
- **Es Categoría 1.** Además de anticonceptivo, es el tratamiento de elección para la hipermenorrea, reduciendo el sangrado hasta en un 90%.

## CASO 4: LA PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR

Mujer de 42 años, obesa (IMC 32), fumadora de 20 cigarrillos al día.

- **Análisis OMS:** Los Anticonceptivos Orales Combinados (estrógenos) en fumadoras >35 años son Categoría 4 (Riesgo de Infarto/ACV).
- **Selección:** DIU de Cobre o Métodos de Progestágeno solo (si acepta).

- El DIU de Cobre no tiene hormonas, por lo que no altera el riesgo trombótico (Categoría 1).

## RESUMEN DE SELECCIÓN SEGÚN CRITERIOS OMS

Método	Ventaja Principal	Contraindicación Crítica (Cat. 4)
<b>Barrera (Condón)</b>	Protege contra ITS	Alergia al látex
<b>Hormonal Oral (AOC)</b>	Control del ciclo, mejora acné	Fumadora >35 años, Antecedente de TVP, Cáncer de Mama
<b>DIU de Cobre</b>	Larga duración, sin hormonas	Malformación uterina, EPI activa, Sangrado no diagnosticado
<b>DIU Hormonal</b>	Reduce sangrado y dolor	Cáncer de mama actual, Cirrosis severa/Adenoma hepático

### Guía Rápida

1. ¿Fuma y tiene más de 35 años? ⇒ Contraindicados los estrógenos (AOC).
2. ¿Tiene sangrado abundante? ⇒ Evitar DIU de Cobre, preferir DIU Hormonal.
3. ¿Busca protección contra ETS? ⇒ Siempre recomendar Doble Método (Barrera + otro).
4. ¿Es olvidadiza? ⇒ Recomendar LARC (DIU/Sistemas intrauterinos).

## ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

La AE se define como el uso de fármacos o dispositivos para prevenir un embarazo tras una relación sexual sin protección, uso incorrecto de un método anticonceptivo o agresión sexual.

### 1. Caso Clínico

Paciente femenina de 21 años, estudiante, acude a la consulta de urgencias el domingo a las 10:00 horas. Refiere haber tenido una relación sexual no protegida el viernes por la noche (hace aproximadamente 36 horas). Refiere temor y ansiedad por riesgo de embarazo, ya que se encuentra cerca de su “día de ovulación”.

#### Antecedentes:

Ciclos regulares de 28 días. Su fecha de última menstruación hace 12 días. No utiliza ningún método anticonceptivo de rutina.

#### Examen Físico:

Paciente estable, examen ginecológico sin hallazgos patológicos.

### 2. Proceso Diagnóstico y Razonamiento

Se deben evaluar tres puntos clave:

- **Tiempo transcurrido:** 36 horas (dentro del rango de eficacia de todos los métodos de emergencia).
- **Riesgo de embarazo:** Se encuentra en el día 12 del ciclo (ventana fértil), lo que aumenta la urgencia de la intervención.
- **Embarazo preexistente:** un test de embarazo negativo descartaría un embarazo de ciclos anteriores, pero no el de la relación de hace 36 horas (el cual aún no se ha implantado).

### 3. Métodos Diagnósticos Complementarios

- **Prueba de embarazo:** puede solicitarse incluso un test que la paciente realice de manera domiciliaria.

- **Tamizaje de ETS:** Ante una relación no protegida, se debe ofrecer *screening* para Gonorrea, Clamidia, VIH y Sífilis.

#### 4. Opciones de Tratamiento

El mecanismo principal es la inhibición o el retraso de la ovulación mediante el bloqueo del pico de hormona luteinizante (LH). Puede utilizarse Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg (dosis única), hasta 72 horas dentro de la relación con riesgo. Es alta su eficacia si se utiliza en las primeras 24 horas. Además, puede utilizarse Etinilestradiol + LNG (2 dosis), también utilizar hasta 72 horas post relación de riesgo de embarazo. Menor eficacia y mayor tasa de efectos adversos como náuseas y vómitos. En pacientes con índice de masa corporal mayor a 25, se sugiere duplicar la dosis.

#### 5. Consideraciones Especiales para el Manejo

- **Mecanismo NO Abortivo:** la AE actúa retrasando la ovulación. Si la implantación ya ocurrió, el fármaco no afecta el curso del embarazo ni es teratogénico.
- **Efectos secundarios:** Náuseas, vómitos (si vomita dentro de las 2-3 horas de la toma, debe repetir la dosis) y alteraciones en el siguiente ciclo menstrual.
- **Inicio de anticoncepción de rutina:** Tras el uso de la anticoncepción de emergencia y el sangrado, se puede iniciar el método regular de inmediato.

### RESUMEN PARA EL ESTUDIANTE

Lo importante es que dejemos el mensaje a la paciente sobre anticoncepción y asesorarla al respecto, que la anticoncepción de emergencia no es el ideal. ¡Nuestra intervención no termina solo con la receta! Se debe solicitar test de embarazo en 3 semanas si no se produce el sangrado de privación.

## AMENORREA PRIMARIA

El estudio de la **Amenorrea Primaria** es uno de los desafíos diagnósticos más interesantes en endocrinología ginecológica, ya que requiere integrar la embriología, la genética y la exploración física minuciosa. La amenorrea primaria se define como la ausencia de menarca a los **13 años** si no hay desarrollo de caracteres sexuales secundarios, o a los **16 años** si el desarrollo de caracteres (telarca/pubarca) es normal.

### 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 16 años, estudiante. Consulta acompañada por su madre por no haber presentado nunca su menstruación.

- **Antecedentes:** Crecimiento y desarrollo normales. Niega enfermedades crónicas o ejercicio extenuante.

#### Examen Físico:

- **Talla:** 1,62 m. **Peso:** 58 kg.
- **Desarrollo puberal:** escala de Tanner IV para mamas (telarca presente) y Tanner IV para vello púbico.
- **Genitales externos:** de aspecto femenino normal. Al intentar realizar inspección vaginal, se observa un **fondo de saco ciego** de aproximadamente 2 cm.
- **Palpación:** no se palpan masas inguinales.



### Examen físico

Se evidencia en labios mayores y menores de normal desarrollo y esbozo vaginal de 1 cm.

## **2. Proceso Diagnóstico: algoritmo de toma de decisiones**

Ante una amenorrea primaria con *caracteres sexuales presentes*, el problema suele ser anatómico o de receptores hormonales, no central (hipotálamo-hipófisis-gónadas).

### Ecografía Ginecológica por vía abdominal

- Es fundamental para confirmar la presencia o ausencia de útero.
- **Hallazgo en el caso:** ausencia de útero, ovarios de aspecto normal localizados en fosas ilíacas.

### Cariotipo (Diagnóstico Diferencial)

- Es el siguiente paso crítico para diferenciar las dos causas principales de ausencia de útero:
  - **46 XX:** Síndrome de Rokitansky (Agenesia Mülleriana).
  - **46 XY:** Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (SIA) o Feminización Testicular.
- **Resultado en este caso:** 46 XX.

## **3. Marco teórico**

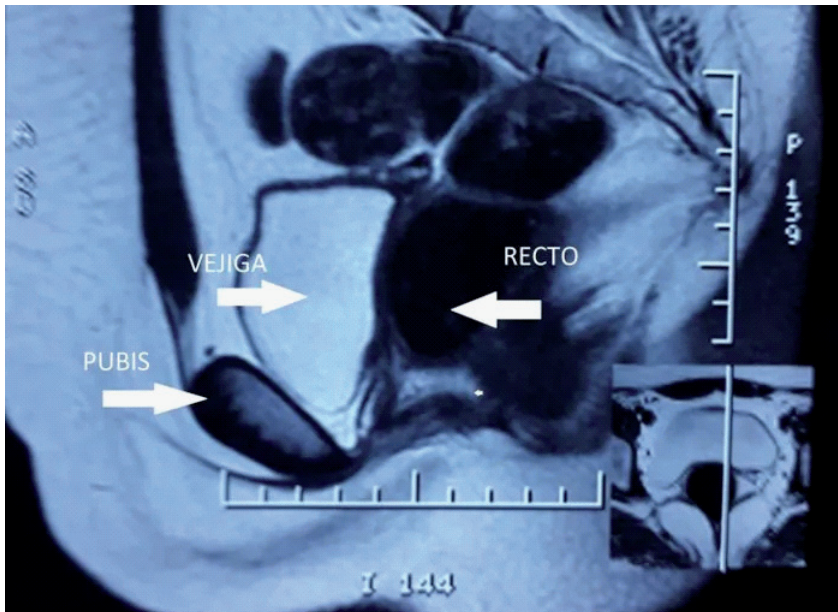
El *Síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser* ocurre por un fallo en el desarrollo y/o fusión de los conductos de Müller o paramesonéfricos entre la 5ª y 12ª semana de gestación. La función ovárica es normal porque los ovarios tienen su origen embriológico distinto (a partir de las crestas gonadales). Por ello sus caracteres sexuales son normales. El esbozo vaginal es a partir del desarrollo del seno urogenital, por ello las pacientes suelen tener 2 a 3 cm de vagina hasta que se fusiona con los conductos paramesonéfricos.

*Malformaciones Asociadas:* el 30% al 40% de las pacientes con síndrome de Rokitansky presentan malformaciones renales (agenesia renal unilateral, riñón en herradura). Es por ello que se debe valorar

con ecografía abdominal o urotomografía con contraste (preferentemente) el sistema urinario.

Debemos hacer un diagnóstico diferencial con diversos síndromes, los que mencionaremos son disgenesias gonadales, cuya diferencia inicial es el cariotipo, que es normal en el de Rokitansky:

- Síndrome de Insensibilidad a los Andrógenos (46, XY) en que la paciente posee gónadas (testículos) que secretan la hormona antiMülleriana (esto hace que no desarrolle un útero) y testosterona, la cual se aromatiza a estrógenos (por eso tiene mamas, aunque con escaso desarrollo), pero suele cursar con vello púbico escaso o ausente y con desarrollo mamario leve.
- Síndrome de Turner (45, X0): es una disgenesia gonadal que se presenta en un porcentaje mayor al 50% con mosaicismos, en los cuales las pacientes pueden tener ciclos ovulatorios. Fenotípicamente, son de talla baja, tórax “en escudo” (teletelia o pezones muy separados), implantación baja de cabello y orejas.



*RM que evidencia la ausencia de útero y vagina típico del síndrome de agenesia útero-vaginal.*

#### 4. Manejo Terapéutico

El manejo debe ser integral, abordando lo anatómico, re-

productivo y psicológico. Depende de la paciente la indicación de realizar una neo vagina y de acuerdo a nuestro asesoramiento sobre las posibilidades, seleccionar una de las técnicas.

#### Creación de Neovagina:

- **Método de Frank:** se realiza la apertura de una neovagina bajo anestesia con dilatadores. Luego la paciente debe seguir con dilataciones vaginales progresivas con dilatadores plásticos. Es la primera línea de tratamiento con altas tasas de éxito (80%). La paciente debe tener relaciones. No se indica en mujeres que no hayan iniciado relaciones o no tengan habitualmente, salvo que utilicen el dilatador.
- **Vaginoplastia (quirúrgica):** reservada si fallan las dilataciones. Se utilizan colgajos de piel libre con un molde (Técnica de Mc Indoe), un colgajo con íleon (técnica de Baldwin), entre otras. En estos casos, no es necesario que la paciente tenga relaciones o las haya iniciado por el posible cierre de la neo vagina. Siempre preferimos que las haya iniciado, de todas maneras.

#### Asesoramiento Reproductivo:

- La paciente debe ser informada de que, al tener ovarios funcionantes, puede tener descendencia biológica mediante gestación subrogada (fecundación in vitro con sus propios óvulos), aunque no puede gestar. Se debe tener en cuenta el marco legal y es factible hacer este proceso hoy en nuestro país.

#### Apoyo Psicológico:

- El impacto de este diagnóstico en la identidad femenina y la autoimagen es severo, por lo que el soporte por salud mental es parte del protocolo estándar.

## ABDOMEN AGUDO GINECOLÓGICO (AAG)

El AAG se define como un cuadro de dolor abdominal de instauración brusca, localizado preferentemente en la pelvis o hipogastrio, que puede acompañarse de signos de irritación peritoneal y compromiso hemodinámico.

### 1. Presentación del Caso

Paciente de 31 años, multigesta (G2P1, un parto vaginal previo), que es traída a la guardia por familiares tras presentar síncope en su domicilio. Refiere dolor abdominal súbito en fosa ilíaca izquierda de 3 horas de evolución, que se irradió rápidamente a todo el abdomen y al hombro izquierdo.

- **Antecedentes Gineco-Obstétricos:** ciclos regulares. Fecha de última menstruación (FUM) hace 6 semanas. No utiliza métodos anticonceptivos actualmente. Antecedente de Enfermedad Pelviana Inflamatoria (EPI) hace 2 años tratada de forma ambulatoria con antibióticos.
- **Estado Actual:** refiere mareos y debilidad extrema.

#### Examen Físico:

- Signos Vitales: TA: 85/50 mmHg (hipotensión), FC: 125 lpm (taquicardia), FR: 22 rpm, T°: 36.2°C. Palidez cutáneo-mucosa generalizada y sudoración fría.
- Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos. Dolor a la palpación superficial y profunda con leve defensa muscular. Signo de Blumberg (dolor a la descompresión brusca del abdomen a la palpación) positivo.

#### Examen Ginecológico:

- Especuloscopia muestra escaso sangrado oscuro a través del orificio cervical externo. Tacto vaginal combinado: dolor leve a la movilización cervical, se tacta masa para uterina izquierda dolorosa

al tacto, que mide aproximadamente 3 cm y es de consistencia renitente. El fondo de saco de Douglas abomba y es doloroso.

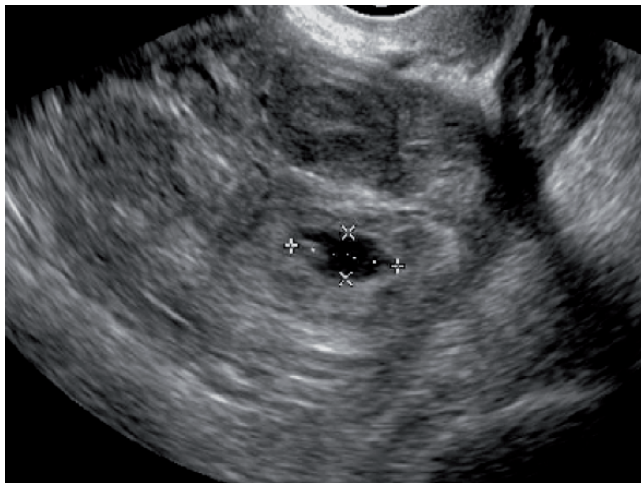
## 2. Métodos Diagnósticos Iniciales

### Laboratorio de Urgencia:

- Hematocrito: 26%, Hemoglobina: 8,5 g/dL.
- sub-beta hCG cuantitativa: 4.500 mUI/mL.
- Grupo y Factor: A (-).

### Ecografía Transvaginal:

- Útero vacío con endometrio de 12 mm.
- Ausencia de saco gestacional intrauterino.
- En anexo izquierdo se observa imagen compleja de 35 mm.
- Abundante líquido libre ecogénico en fondo de saco de Douglas, compatible con hemoperitoneo.



*Masa anexial de 35 mm izquierda*

## 3. Diagnóstico Definitivo

Embarazo Ectópico Tubario Izquierdo Roto - Abdomen Agudo Hemorrágico - Shock Hipovolémico.

## 4. Tratamiento

Ante una paciente con sospecha de EE roto y descompensa-

ción hemodinámica, el manejo debe ser quirúrgico inmediato.

- a. Reanimación inicial: se colocan 2 vías periféricas gruesas (14G o 16G), reposición de cristaloides y activación de protocolo de transfusión masiva si es necesario.
- b. Cirugía: La Laparotomía Exploradora es la vía de elección en pacientes inestables para control rápido de la hemorragia. En pacientes estables, el ideal es la laparoscopia. Se realiza salpinguectomía, ante el hallazgo de ruptura tubaria.

## 5. Diagnósticos Diferenciales y Tratamientos

Situación Clínica	Hallazgos Clave	Tratamiento Sugerido
<b>Embarazo Ectópico Roto</b>	Sub beta hCG (+), inestabilidad, líquido libre.	Laparoscopia/Laparotomía (Salpinguectomía).
<b>Torsión Anexial</b>	Dolor súbito, náuseas, masa anexial al Doppler.	Laparoscopia: evaluar compromiso necrótico. Detorsión o anexectomía.
<b>Rotura de Quiste Hemorrágico</b>	Dolor tras coito o esfuerzo, líquido libre. Premenstrual (cuerpo lúteo)	Generalmente conservador (expectar), cirugía si hay anemia severa.
<b>Absceso tubo-ovárico</b>	Dolor pelviano insidioso, fiebre (vespertina). Laboratorio: leucocitosis, proteína C reactiva (+)	Cirugía: salpinguectomía, eventual anexectomía Antibióticoterapia según cultivo o empírica

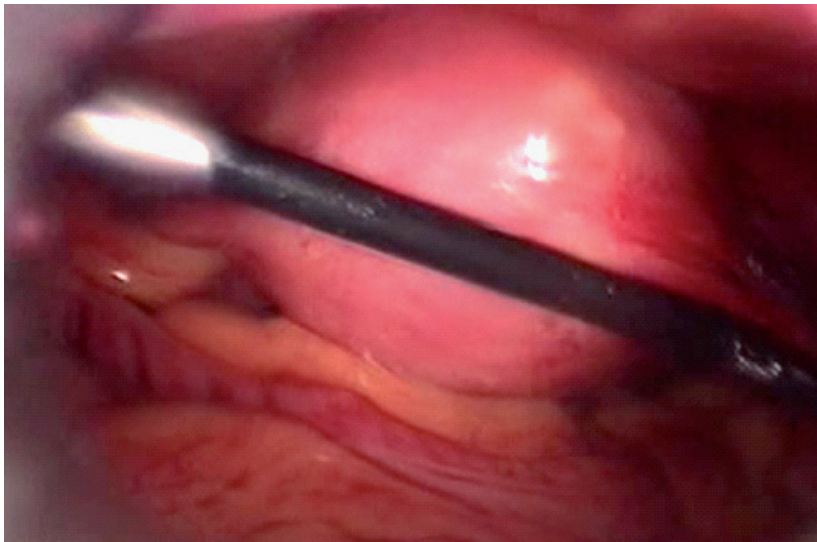
## 6. Marco Teórico

El Embarazo Ectópico (EE) se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. Es quizás la entidad más frecuente y que se debe descartar en mujeres en edad reproductiva ante una consulta por abdomen agudo. Es la **principal causa de muerte materna en el primer trimestre** si no se diagnostica a tiempo.

### Localización topográfica

El sitio de implantación determina la rapidez de la rotura y la gravedad del sangrado.

- **Tubárico:** Es el más frecuente en más del 85% de los casos.
  - Ampular (70%): El sitio más común.
  - Ístmico (12%): Riesgo de rotura más temprana por la estrechez de la luz.
  - Fímbrico (11%).
  - Intersticial/Cornual (2-4%): Es el más peligroso; al estar rodeado de miometrio muy vascularizado, su rotura suele ocurrir más tarde (semana 10-12) y provoca hemorragias importantes.
- **Extratubárico:** Ovárico, abdominal, cervical o en cicatriz de cesárea previa.



*Ingreso por vídeo laparoscopia que evidencia el hemoperitoneo típico de un embarazo ectópico complicado o en vías de complicación*

### **Tríada Clínica Clásica**

Solo se presenta completa en el 50% de los casos, por lo que la sospecha debe ser alta ante:

1. **Amenorrea** o retraso menstrual. Se interroga al respecto a la paciente y se debe caracterizar específicamente. interrogar sobre

métodos anticonceptivos y si realizó test de embarazo.

2. **Dolor abdominal/pélvico:** puede ser anexial o hipogástrico al inicio, pero se vuelve difuso si hay hemoperitoneo.
3. **Sangrado vaginal anormal:** Generalmente escaso, oscuro (“en borra de café”) e intermitente.

**Signo de alerta de hemoperitoneo:** omalgia (dolor referido al hombro por irritación del nervio frénico), signos de shock y signo de Blumberg que revela irritación peritoneal.

### Proceso Diagnóstico

Para el diagnóstico de certeza, se deben cruzar dos variables: la subunidad beta hCG y la Ecografía Transvaginal (ETV), además de nuestro examen físico que puede revelar la afectación hemodinámica, una masa anexial, e incluso sangre en cavidad peritoneal.

#### A. La Zona Discriminatoria

Es el nivel de subunidad beta hCG a partir del cual se debería visualizar un saco gestacional intrauterino por ETV.

- Generalmente se establece entre **1500 y 2000 mUI/mL**.
- **Interpretación:** Si la subunidad beta hCG es  $>2000$  y la cavidad uterina se encuentra vacía, el diagnóstico es presuntivo de embarazo ectópico hasta que se demuestre lo contrario.

#### B. Hallazgos Ecográficos

- Ausencia de Saco Gestacional Intrauterino.
- Pseudosaco Gestacional: se observa en el 10-20% de los casos. Es una acumulación de líquido o sangre en la cavidad endometrial.
- Reacción Decidual: engrosamiento del endometrio debido al estímulo de la progesterona.
- Signo del “Anillo de Fuego” (Doppler): aumento de la vascularización periférica alrededor de una masa anexial, lo que indica flujo trofoblástico.
- Masa Anexial no Específica: hallazgo más común (60%). Se observa

una masa sólida o compleja independiente del ovario.

- Saco y embrión extrauterino: el hallazgo más específico (pero solo presente en el 15-20%). Se observa un saco con polo embrionario y, en ocasiones, actividad cardíaca.
- Líquido libre en Fondo de Saco de Douglas: puede ser fisiológico en pequeñas cantidades, pero si es abundante o tiene ecos internos (sangre), sugiere un Hemoperitoneo.
- Sangre en el Espacio de Morrison: en casos de rotura severa, la sangre puede ascender hasta el espacio hepatorenal. Este es un signo de inestabilidad hemodinámica inminente.

## Tratamiento

El manejo de un embarazo ectópico que se presenta como un abdomen agudo es quirúrgico. En casos de hallazgo ecográfico asintomático y de acuerdo a ciertos parámetros, puede realizarse un manejo conservador con Metotrexato. Ante una paciente que concurre con inestabilidad hemodinámica, prima estabilizarla con reposición de electrolitos y tomar la resolución de intervenir.

Se debería realizar una cirugía de urgencia ante los siguientes hallazgos:

- Inestabilidad hemodinámica
- Signos o síntomas de ruptura inminente, dolor pélvico o abdominal o evidencia de hemorragia intraperitoneal que sugiera ruptura.

## Perlas para el Examen

Si la ecografía transvaginal muestra un “útero vacío” con subunidad beta hCG alta, el siguiente paso es buscar exhaustivamente en los anexos. Si la ecografía no es concluyente y la paciente está estable, el manejo suele ser el seguimiento seriado de subunidad beta hCG cada 48 horas:

- **Embarazo Normal:** aumenta >50% en 48h.
- **Embarazo Ectópico o Aborto:** se estanca (“meseta”) o cae de forma irregular.

“Lo más importante en un embarazo ectópico,  
es realizar el diagnóstico”.

“Se debe sospechar un embarazo ectópico  
para diagnosticarlo”.

# INFECCIONES EN GINECOLOGÍA

Las infecciones ginecológicas se dividen funcionalmente en infecciones del **tracto inferior** (vulva, vagina, cérvix) y del **tracto superior** (útero, trompas, ovarios).

## 1. Presentación del Caso: trichomoniasis.

Paciente de 22 años, consulta por flujo vaginal blanquecino, abundante y de mal olor (similar a “pescado”), que aumenta después del coito. No refiere prurito ni dolor abdominal.

- **Examen Físico:** especuloscopia que muestra flujo blanco-grisáceo homogéneo que tapiza las paredes vaginales. No hay signos inflamatorios (eritema) en la mucosa; se mide pH vaginal con tira reactiva: 5.5.

## 2. Proceso Diagnóstico

Para el diagnóstico diferencial de las vulvovaginitis, el estudiante debe dominar los **Criterios de Amsel** y las características macroscópicas.

Característica	Vaginosis Bacteriana (Gardnerella)	Candidiasis (Cándida albicans)	Trichomoniasis (Trichomonas vaginalis)
Flujo	Grisáceo, maloliente, fino.	Blanco, grumoso.	Amarillento-verdoso, espumoso.
Prurito	Ausente / Leve.	Intenso / Marcado.	Moderado.
Inflamación	No (Vaginosis, no vaginitis).	Eritema y edema vulvar.	Cérvix eritematoso
pH	> 4.5	< 4.5 (Ácido)	> 5.0
Prueba de KOH	Positiva (olor a aminas).	Negativa (Muestra pseudohifas).	Negativa.

Este caso clínico muestra un típico caso de trichomoniasis. El tratamiento indicado fue Metronidazol en óvulos vaginales polivalentes (Metronidazol 300 mg, Miconazol 100 mg, Neomicina 48,8 mg) de manera inmediata (no se realiza cultivo).

A continuación, se presenta otro caso clínico similar.

### 3. Presentación del Caso: vaginosis bacteriana

Paciente femenina de 28 años, sexualmente activa, usuaria de DIU de cobre. Consulta por presentar flujo vaginal abundante de 1 semana de evolución. La paciente refiere que el flujo tiene un “olor fuerte, como a pescado”, que se intensifica después de las relaciones sexuales y durante la menstruación. Niega prurito o dolor al orinar.

#### Examen Físico:

- Inspección vulvar: Sin signos de inflamación (no hay eritema ni edema).
- Especuloscopia: Se observa flujo vaginal blanco-grisáceo, homogéneo, de baja viscosidad, que reviste uniformemente las paredes vaginales. No se observa moco cervical purulento.

### 4. Proceso Diagnóstico

El diagnóstico se basa en los **Criterios de Amsel** (se requieren 3 de 4):

- a. **Flujo característico:** blanco-grisáceo, fino y homogéneo (Presente).
- b. **pH vaginal:** se toma una muestra con tira reactiva. Resultado: pH 5,2 (Elevado, normal es <4,5).
- c. **Prueba de aminas:** se añade una gota de KOH al 10% a la secreción. Resultado: Positivo (Desprendimiento de olor fétido).
- d. **Examen en Fresco (Microscopía):** se observa una gota de flujo con solución salina al 0,9%.

- **Hallazgo: presencia de Células Guía (Clue Cells).**  
Son células epiteliales con bordes borrosos debido a la adherencia de cocobacilos. Ausencia de polimorfismo nucleares (no es una inflamación, es una disbiosis).

Con estos elementos, se llega al diagnóstico de vaginosis bacteriana.

### 5. Marco Teórico

La Vaginosis Bacteriana (VB) no es una infección por un solo

germen, sino un desequilibrio de la microbiota. Hay una disminución de Lactobacillus y un sobrecrecimiento de anaerobios como Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae y Mobiluncus.

La VB aumenta el riesgo de adquirir otras ETS, de presentar Enfermedad Pelviana Inflamatoria (EPI) post-procedimiento y de parto pretérmino en embarazadas.

## **6. Manejo Terapéutico**

El tratamiento busca restaurar el ecosistema vaginal. Según las guías actuales (CDC / ACOG):

- Tratamiento de Elección: Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días. **Alternativas:** Metronidazol por vía vaginal en óvulos por 6 días (300 mg hasta 750 mg/día). Clindamicina por vía vaginal en óvulos por 6 días (100 mg/día).

### **Consideraciones Importantes:**

1. Pareja sexual: No se recomienda el tratamiento de la pareja en la VB (a diferencia de la Tricomoniasis), ya que no ha demostrado reducir las recurrencias.
2. Efecto Antabus: Advertir a la paciente que no debe consumir alcohol durante el tratamiento con Metronidazol y hasta 48 horas después.

# ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EPI)

## 1. Presentación del Caso

Paciente de 24 años, nuligesta, que acude a la consulta por dolor hipogástrico de 6 días de evolución. El dolor comenzó de forma leve tras la finalización de su último periodo menstrual y ha progresado a una intensidad 7/10. Refiere además aumento de flujo vaginal con mal olor y sensación febril no constatada.

- **Antecedentes Gineco-Obstétricos:** menarca a los 11 años. Ciclos 28x5. Fecha de última menstruación (FUM) hace 8 días. Refiere 3 parejas sexuales en el último año. Uso irregular de preservativo. No utiliza anticonceptivos hormonales.
- **Antecedentes Personales:** niega cirugías, alergias o internaciones previas.

### Examen Físico:

- Signos vitales: TA: 110/70 mmHg, FC: 92 lpm, T°: 37,9°C.
- Abdomen: dolor a la palpación profunda en ambos anexos y región suprapúbica. Sin signos de irritación peritoneal (Blumberg negativo).

### Examen Ginecológico:

Especuloscopia: cuello uterino congestivo con presencia de exudado mucopurulento a través del orificio cervical externo (OCE).

Tacto bimanual: dolor marcado a la movilización cervical (Signo de Frenkel positivo). Útero de tamaño normal, doloroso a la palpación. Anexos palpables, engrosados y sumamente sensibles. No se palpan masas definidas.

## 2. Métodos Diagnósticos

- Laboratorio: Hemograma: Leucocitosis leve (12.300/mm<sup>3</sup>).
  - Proteína C Reactiva (PCR): Elevada (42 mg/L).
  - Test de embarazo: Negativo.

- b. Microbiología: Toma de muestra de exudado endocervical para cultivo.
- c. Ecografía transvaginal: Útero normal. Se observa engrosamiento de ambas trompas de Falopio con pequeña cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. No se visualizan colecciones.

### 3. Tratamiento y Evolución

Dado que la paciente presenta estabilidad hemodinámica, tolera la vía oral y no presenta signos de peritonitis ni abscesos, se decide tratamiento ambulatorio:

#### Esquema Antibiótico:

- Ceftriaxona 500 mg i.m. (dosis única).
- Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 14 días.
- Metronidazol 500 mg cada 12 horas vía oral por 14 días (para cobertura de anaerobios y vaginosis bacteriana asociada).

#### Seguimiento:

- Control clínico a las 48-72 horas para evaluar mejoría. Se indica abstinencia sexual y tratamiento obligatorio a la pareja.

### 4. Marco Teórico

La EPI es un síndrome clínico que comprende un espectro de trastornos inflamatorios del tracto genital superior femenino, que incluye cualquier combinación de endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis pélvica y absceso tubo-ovárico.

Es una infección mayoritariamente **ascendente** desde el cuello uterino.

- **Patógenos frecuentes:** *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.
- **Flora polimicrobiana:** También se asocian anaerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae* y *Mycoplasma genitalium*.

## Diagnóstico

(Criterios de la CDC-Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)

El diagnóstico es fundamentalmente **clínico**. Se debe iniciar tratamiento empírico en mujeres jóvenes sexualmente activas con dolor pélvico si se presenta uno o más de los siguientes **criterios mínimos** en el examen bimanual:

### 1. Criterios Mínimos (Presuntivos):

Se debe iniciar tratamiento empírico en mujeres jóvenes sexualmente activas (y otras personas con riesgo de ETS) que presenten dolor pélvico o abdominal bajo, si no hay otra causa identificada y si el examen bimanual revela uno o más de los siguientes hallazgos:

- Dolor a la movilización cervical (Signo de Frenkel): Indica inflamación peritoneal pélvica.
- Dolor uterino: Sensibilidad a la palpación del cuerpo uterino.
- Dolor anexial: Sensibilidad a la palpación de los ovarios/trompas.

### 2. Criterios Adicionales (Aumentan la Especificidad):

Estos criterios se utilizan para confirmar la sospecha clínica y justificar el diagnóstico en casos dudosos:

- Temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$ .
- Flujo mucopurulento cervical o friabilidad del cuello uterino (sangrado al contacto con el hisopo).
- Presencia de abundantes leucocitos en el examen microscópico de secreciones vaginales con solución salina (si el flujo es normal, el valor predictivo negativo para EPI es alto).
- Elevación de la Proteína C reactiva (PCR) o de la eritrosedimentación.
- Prueba positiva para infección cervical por *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.

### 3. Criterios Definitivos

Son métodos invasivos o de alta complejidad que se reservan para casos atípicos o cuando la paciente no responde al tratamiento

inicial:

- Biopsia endometrial: Evidencia histopatológica de endometritis.
- Ecografía transvaginal o Resonancia Magnética: Que muestre trompas engrosadas, llenas de líquido (hidrosalpinx/piosalpinx), con o sin líquido libre pélvico, o un complejo tubo-ovárico.
- Laparoscopia: Hallazgos visuales de edema tubario, eritema y exudado purulento (considerado históricamente el estándar de oro, aunque no se realiza de rutina).

#### 4. Resumen de Manejo del CDC

Si la paciente cumple los **criterios mínimos**, el médico debe:

1. Realizar prueba de embarazo (para descartar un embarazo ectópico).
2. Descartar VIH y ETS.
3. Iniciar antibióticoterapia con: Ceftriaxona 500 mg i.m. + Doxiciclina 100 mg c/12 hs + Metronidazol 500 mg c/12h.
4. Evaluar la necesidad de internación si hay náuseas, vómitos, fiebre alta o sospecha de absceso.

#### Clasificación Clínica (Estadios de Monif)

- I: Salpingitis aguda sin peritonitis.
- II: Salpingitis aguda con peritonitis.
- III: Formación de absceso (Tubo-ovárico).
- IV: Rotura de absceso tubo-ovárico y shock séptico.

#### Complicaciones y Secuelas

El tratamiento precoz es vital para prevenir secuelas a largo plazo:

1. Infertilidad de causa tubaria: El riesgo aumenta con cada episodio de EPI.
2. Embarazo ectópico: Por daño estructural y ciliar de las trompas.
3. Dolor pélvico crónico: Secundario a la formación de adherencias.
4. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: Perihepatitis asociada a EPI.

## ABSCESO TUBO-OVÁRICO (ATO)

### 1. Presentación del Caso

Paciente de 28 años, nuligesta, que consulta en el servicio de guardia por dolor abdominal bajo de 4 días de evolución, de tipo punzante, que ha incrementado en intensidad (8/10 en escala EVA) en las últimas 24 horas. Refiere fiebre no cuantificada, escalofríos y dispareunia profunda.

- **Antecedentes Gineco-Obstétricos:** menarca 12 años, ciclos regulares 28x5. Refiere cambio de pareja sexual hace 3 meses y utiliza DIU (de cobre) desde hace 3 años.
- **Antecedentes Personales:** niega cirugías previas, medicación crónica ni alergias.

#### Examen Físico:

- Signos vitales: TA: 110/70 mmHg, FC: 105 lpm, T°: 38.6 °C, FR: 18 rpm.
- Abdomen: blando, depresible, con dolor marcado a la palpación profunda en ambas fosas ilíacas, predominio derecho. Signos de irritación peritoneal (Blumberg) dudoso y a nivel de fosa ilíaca derecha.

#### Examen Ginecológico:

- Especuloscopia revela leucorrea purulenta cervical. Al tacto vaginal combinado, se evidencia dolor a la movilización del cuello uterino (signo de Frenkel +) y se palpa masa anexial derecha de aproximadamente 6 cm, fija y sumamente dolorosa.

### 2. Estudios Complementarios

- **Laboratorio:** Leucocitosis ( $16.500/\text{mm}^3$ ) con neutrofilia (82%), Proteína C Reactiva (PCR) elevada (95 mg/L). Test de embarazo (-).
- **Ecografía transvaginal:** útero de dimensiones normales con DIU in situ. En anexo derecho se observa formación compleja de 65 x 48 mm, con paredes gruesas, tabiques internos y contenido ecogénico heterogéneo (sugestivo de material purulento), que distorsiona la

anatomía habitual del ovario y la trompa. Escaso líquido libre en fondo de saco de Douglas.

### 3. Diagnóstico Presuntivo

Enfermedad Pelviana Inflamatoria (EPI) Estadio IV: ATO derecho.

### 4. Tratamiento

Se realiza videolaparoscopia, evidenciándose cuadro adherencial importante a nivel de anexo derecho. Se disecciona y objetiva trompa abscedada; no se objetiva pus en cavidad pélvica. Se realiza salpingectomía y se extrae la pieza en bolsa de contención; se envía material purulento para cultivo. Lavados profusos de cavidad. Se envía la paciente a sala con antibióticoterapia endovenosa (Clindamicina + Gentamicina).

### 5. Marco Teórico

El ATO es una complicación tardía de la Enfermedad Pelviana Inflamatoria (EPI). Representa una masa inflamatoria que involucra la trompa de Falopio, el ovario y, en ocasiones, órganos pélvicos adyacentes (intestino predominantemente).

La patogenia es generalmente **polimicrobiana** (ascendente): *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* inician el daño epitelial, pero el absceso suele contener anaerobios (*Bacteroides*, *Peptostreptococcus*) y gramnegativos facultativos (*E. coli*).

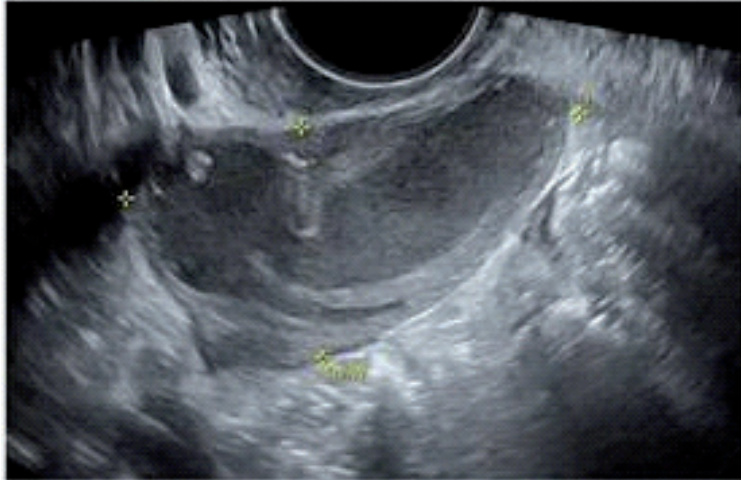
#### Criterios de Internación

- A diferencia de una EPI leve, el ATO siempre requiere manejo hospitalario con antibióticoterapia endovenosa y cirugía o manejo con punción evacuadora.

### Diagnóstico por Imágenes

La **Ecografía Transvaginal** es la primera línea (sensibilidad 75-82%). Los hallazgos clave son:

- Masa multiloculada compleja.
- Paredes gruesas e irregulares.
- Ecos internos “en vidrio esmerilado” o detritos.
- Pérdida de los planos de disección entre ovario y trompa.



*ECO TV de absceso tubárico*

La TC de abdomen y pelvis con contraste se reserva para casos de duda diagnóstica (ej. apendicitis complicada) o sospecha de ruptura.

### **Manejo Terapéutico**

El manejo ha evolucionado de la cirugía radical inmediata a un enfoque conservador escalonado:

#### 1. Tratamiento Médico (Primera Línea):

- Hospitalización y reposo.
- Antibioticoterapia EV: esquemas recomendados (ej. Ceftriaxona 1 g/día + Doxiciclina 100 mg c/12 hs + Metronidazol 500 mg c/8 hs; o Clindamicina + Gentamicina).
- Extracción del DIU (discutido, pero sugerido tras 24 hs de inicio de antibióticos si no hay mejoría).

## 2. Drenaje Percutáneo / Transvaginal:

- Puede indicarse para evitar la cirugía. Se realiza bajo guía ecográfica o tomográfica.

## 3. Tratamiento Quirúrgico:

- Suele ser mandatorio y se debe realizar de urgencia ante sospecha de ruptura de absceso (shock séptico, abdomen agudo peritonítico). El objetivo principal es el lavado de cavidad, drenaje de la colección (salpinguectomía) y adhesiolisis. En mujeres jóvenes, se busca la máxima preservación de tejido ovárico.

# ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL (ETG)

La ETG incluye la mola hidatidiforme (completa y parcial) y las formas malignas denominadas Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG).

## 1. Presentación del Caso

Paciente de 19 años, G1P0, con embarazo de 10 semanas por FUM. Acude por sangrado vaginal oscuro, intermitente, asociado a náuseas y vómitos incoercibles (hiperemesis gravídica).

### Examen Físico:

- Útero aumentado de tamaño, correspondiente a una gestación de 16 semanas (discordancia útero-amenorrea). No se auscultan latidos fetales. TA: 145/95 mmHg (signos de preeclampsia precoz).
- **Hallazgos:** Expulsión de vesículas transparentes similares a “uvas” durante la especuloscopia.

## 2. Proceso Diagnóstico Clínico

El estudiante debe sospechar ETG ante:

- Hemorragia del primer trimestre.
- Útero mayor para edad gestacional.
- Hiperemesis gravídica severa (por niveles masivos de -hCG).
- Preeclampsia en el primer trimestre (patognomónico de mola).
- Quistes tecaluteínicos (palpación de anexos aumentados de tamaño bilateralmente).

## 3. Métodos Diagnósticos Complementarios

### Laboratorio:

- subunidad  $\beta$ -hCG **cuantitativa:** Niveles desproporcionadamente elevados (a menudo  $>100,000$  mUI/mL).

### Ecografía Transvaginal (Gold Standard):

- **Mola completa:** imagen ecogénica heterogénea que ocupa la cavidad uterina, con múltiples espacios quísticos pequeños. Se describe como “tormenta de nieve” o “panal de abejas”. Ausencia de feto y saco gestacional.
- **Mola parcial:** presencia de tejido placentario con espacios quísticos y presencia de un feto (generalmente con malformaciones severas o crecimiento intrauterino retardado).

### Estudio Histopatológico:

- Es el diagnóstico definitivo tras la evacuación uterina.

## 4. Diferencias entre Mola Completa y Parcial

Característica	Mola Completa	Mola Parcial
<b>Cariotipo</b>	46, XX (90%) - Origen paterno total.	Triploide (69, XXY) - 1 óvulo + 2 espermatozoides.
<b>Tejido Fetal</b>	Ausente.	Presente.
<b>Edema de vellosidades</b>	Difuso.	Focal.
<b>Riesgo de Malignización</b>	15 - 20%.	< 5%.

## 5. Tratamiento y Seguimiento

### A. Manejo Inicial:

- **Evacuación uterina:** el método de elección es el Legrado por Aspiración (AMEU). Debe realizarse con oxitocina intravenosa pre, intra y postoperatoria para disminuir el riesgo de hemorragia por atonía.
- **Histerectomía:** solo puntuales en pacientes con paridad satisfecha y riesgo elevado de neoplasia.



AMEU para la evacuación uterina.

### B. Seguimiento Post-Evacuación:

El objetivo es la detección precoz de la Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG).

1. Determinación semanal de sub beta hCG hasta obtener 3 valores negativos consecutivos.
2. Luego, determinaciones mensuales por 6 meses (mola parcial) o 6-12 meses (mola completa).
3. Anticoncepción estricta: Se recomiendan anticonceptivos orales para evitar que un nuevo embarazo confunda los niveles de -hCG por 12 meses.

### C. Criterios de Neoplasia (NTG):

Se sospecha malignización (Mola invasora, Coriocarcinoma) si:

- Los niveles de subunidad  $\beta$ -hCG se mantienen en meseta (plateau).
- Los niveles de subunidad  $\beta$ -hCG aumentan en tres mediciones consecutivas.
- Persistencia de subunidad  $\beta$ -hCG positiva tras 6 meses.
- Hallazgos histológicos de coriocarcinoma o metástasis (pulmón es el sitio más frecuente).

# PATOLOGÍA CERVICAL Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

El virus papiloma humano - VPH o HPV es el agente causal necesario más frecuente de lesiones precursoras y del cáncer de cuello uterino. La mayoría de las infecciones son transitorias, pero la persistencia de genotipos de alto riesgo (16, 18, 31, 33, etc.) es lo que conduce a la neoplasia.

## 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 31 años, G2P2, fumadora (5 cigarrillos/día). Acude a retirar resultado de citología cervical (PAP) de control.

- **Antecedentes:** Inicio de relaciones sexuales (IRS) a los 16 años. No utiliza anticonceptivos hormonales; uso de preservativo inconstante.
- **Resultado del PAP:** Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (H-SIL- CIN2).

### Examen Físico:

- **Especuloscopia** sin lesiones macroscópicas visibles. Cuello uterino de aspecto sano, sin sangrado al contacto.

## 2. Proceso Diagnóstico: De la Citología a la Histología

Ante un resultado de H-SIL en el PAP, el profesional debe seguir el algoritmo diagnóstico estándar:

### A. Colposcopia:

Es la exploración del cuello uterino con aumento utilizando soluciones para facilitar la observación de alteraciones: ácido acético al 5% y Lugol. En la mayoría de los casos el ginecólogo lo realiza en simultáneo, sobretodo en nuestro país.

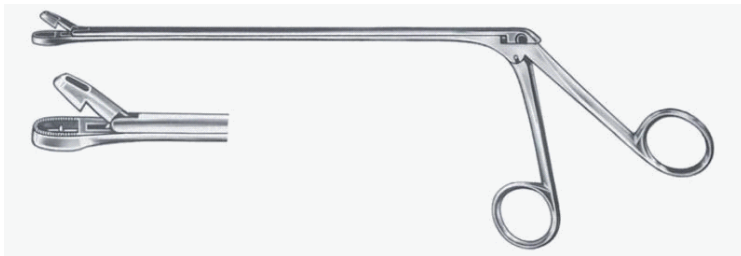
- **Hallazgos colposcópico:** se observa una zona de transformación tipo 1. Tras aplicar ácido acético, aparece una mancha blanca

densa (epitelio acetoblancos) con bordes geográficos y presencia de mosaico grueso y puntillado en hora 12. El test de Schiller es Lugol negativo (zona iodo-tenua).



### B. Biopsia Dirigida:

- Se toma una muestra de la zona con mayor sospecha colposcópica, realizada con la pinza de biopsia en sacabocado.



- Resultado histopatológico: Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado 2 (CIN 2).

### **3. Marco teórico**

Las lesiones de alto grado (CIN 2/3) tienen una probabilidad de progresión a cáncer invasor superior al 30% a 5 años si no se tratan. Dentro de los cofactores presentes en este caso, podemos mencionar el tabaquismo como un cofactor importante. Los metabolitos de la nicotina se concentran en el moco cervical, disminuyendo la inmuni-

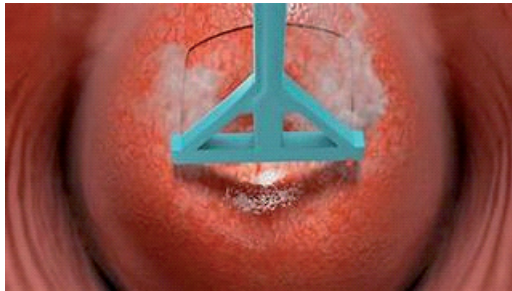
dad local y facilitando la integración del ADN viral en el genoma de la célula huésped.

#### 4. Tratamiento

El objetivo del tratamiento en lesiones de alto grado (CIN 2/3) es la exéresis de la zona de transformación incluyendo la lesión, en la mayoría de los casos.

a. Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica con Asa de LEEP:

- Es el tratamiento de elección. Permite extirpar la lesión y obtener una pieza para estudio histológico completo, asegurando márgenes libres.



b. Conización con Bisturí Frío:

- Reservado para casos donde se sospecha microinvasión, cuando la lesión se encuentra profunda en canal, cuando la unión escamo-columnar no es visible o cuando hay discordancia entre PAP y biopsia. Es decir que en casos de riesgo que estemos ante una patología microinvasora o invasora.

c. Seguimiento:

- Citología, colposcopia y test de VPH a los 6 meses post-tratamiento. La paciente debe mantener controles estrictos, ya que el riesgo de recurrencia está presente y puede darse a largo plazo después del tratamiento inicial. Al test de VPH post tratamiento, se le llama test de cura, ya que se tiene certeza de ausencia del virus en cérvix.

## 5. Prevención Primaria (Consejería)

- Cesación tabáquica: fundamental para mejorar la respuesta inmune local.
- Vacunación: aunque ya tiene una lesión, la vacunación sigue siendo recomendada para proteger contra otros serotipos de alto riesgo a los que no haya sido expuesta.
- Anticoncepción con preservativo.

Hallazgo en Pap (Bethesda)	Hallazgo en Biopsia (Histología)	Interpretación Médica	Conducta Clínica Sugerida
L-SIL (Bajo grado)	L SIL (Displasia leve)	Infección por VPH productiva (habitualmente transitoria).	Observación: Repetir PAP en 12 meses (80% resolución espontánea).
H-SIL (Alto grado)	H SIL (Displasia moderada-CIN2)	Lesión preneoplásica con riesgo de progresión.	Tratamiento Escisional: LEEP o Cono (según el caso).
H-SIL (Alto grado)	H SIL (Displasia severa/CIN3/Ca in situ)	Lesión preneoplásica de alto riesgo (afecta todo el espesor epitelial).	Tratamiento Escisional: Conización.
ASC-US (Atipia incierta)	Sin lesión / Cervicitis	Citología dudosa, biopsia negativa.	Test de VPH: Si es (+) repetir PAP en 6 meses; si es (-), screening anual.
H-SIL (Atipia de alto grado)	Cáncer Invasor	Invasión de membrana basal.	Estadificar: Evaluar si es candidata a Cirugía Radical o Radioterapia.

### Perlas para el alumno:

1. L-SIL (Bajo Grado): en pacientes jóvenes, la conducta suele ser observación, ya que el 80-90% de estas lesiones regresan espontáneamente en 2 años.
2. H-SIL (Alto Grado): en mayores de 25 años, siempre requiere colposcopia y biopsia (o tratamiento inmediato según el caso).

## **El reto: Casos de Discordancia cito-histo-colposcópica**

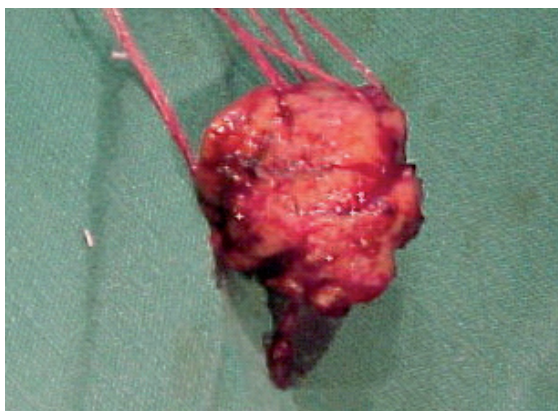
En ocasiones, el PAP informa un resultado y la biopsia otro. El profesional debería tomar una conducta de acuerdo al caso:

### Escenario 1: PAP de Alto Grado (H-SIL) + Biopsia de Bajo Grado (CIN 1) o Negativa

- Razonamiento: El PAP tiene un alto valor predictivo positivo (VPP) para lesiones de alto grado. Si la biopsia es negativa, probablemente no se obtuvo una biopsia correcta de la lesión o esta se encuentra dentro del canal endocervical (no visible).
- Conducta: Puede pedirse una segunda opinión patológica o realizar un Legrado Endocervical (LEC) y/o Conización diagnóstica. Se le debe explicar a la paciente que no debe perder el control.

### Escenario 2: PAP de Bajo Grado (L-SIL) + Biopsia de Alto Grado (CIN 3)

- Razonamiento: La citología subestimó la lesión (falso negativo parcial).
- Conducta: El resultado mandatorio es el de la Biopsia (histología). Se trata como una lesión de alto grado con escisión (LEEP/Cono).



*Conización uterina.*

## **Resumen de Terminología**

1. ASC-US (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*).

Células anormales de significado incierto. Puede hallarse y no ser concluyente. Generalmente preferimos repetir el PAP tras un tratamiento con óvulos que traten la inflamación y posibles elementos que ayuden a dificultades diagnósticas en citología.

2. L-SIL (*Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion*): corresponde histológicamente al efecto citopático del VPH y CIN 1; SIL de bajo grado.
3. H-SIL (*High-grade Squamous Intraepithelial Lesion*): corresponde a CIN 2 y 3.
4. Zona de Transformación (ZT): área donde el epitelio cilíndrico se vuelve escamoso (metaplasia). Es el sitio donde se origina el 99% de las lesiones por el virus VPH.

# CONDILOMATOSIS VULVAR Y PERINEAL EXTENSA

## 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 24 años, estudiante de arquitectura. Acude a la consulta ginecológica por la aparición de “protuberancias” en la zona genital de 3 meses de evolución, que han aumentado rápidamente en número y tamaño. Refiere prurito ocasional y sensación de quemazón local, pero niega dolor intenso o sangrado.

### Antecedentes de relevancia:

- Gineco-obstétricos: Menarca a los 12 años. Inicio de relaciones sexuales (IRS) a los 16 años. Refiere 4 parejas sexuales a lo largo de su vida. Uso inconsistente de preservativo. Último PAP realizado hace 2 años: normal. No utiliza anticoncepción hormonal.
- Inmunizaciones: Refiere haber recibido solo una dosis de la vacuna cuadrivalente contra el VPH a los 11 años.
- Hábitos: Tabaquista activa (7 cigarrillos/día desde los 19 años).
- Comorbilidades: No refiere. Niega alergias medicamentosas.

### Examen Físico Dirigido

- Inspección Vulvar: Se observan múltiples lesiones exofíticas, de aspecto papilar y consistencia blanda, color rosado-grisáceo, localizadas en labios mayores, labios menores, horquilla vulvar posterior y región perianal. Las lesiones miden entre 0,5 cm y 2 cm.



*Condilomatosis vulvar.*

- **Especuloscopía:** Vagina sin lesiones macroscópicas. Cuello uterino eutrófico, sin evidencia de lesiones exofíticas, pero con presencia de moco cervical hialino abundante.
- **Tacto vaginal combinado:** Útero y anexos normales. No se palpan adenopatías inguinales dolorosas.

## 2. Proceso diagnóstico y métodos complementarios

El diagnóstico es eminentemente clínico, pero requiere la exclusión sistemática de otras patologías.

### A. Evaluación Clínica y Diferencial

El diagnóstico de Condiloma Acuminado es clínico, sin embargo, deben plantearse los siguientes diferenciales:

1. **Molusco Contagioso:** Lesiones cupuliformes, umbilicadas, más pequeñas y firmes.
2. **Condiloma Plano (Sifilítico):** Lesiones más anchas, húmedas y planas, asociadas a sífilis secundaria.
3. **Carcinoma de Vulva:** Especialmente si la lesión es persistente, pigmentada, sangrante o fija a planos profundos.

### B. Pruebas Complementarias

Ante el diagnóstico de una ETS (VPH), es mandatorio investigar co-infecciones:

- **Serologías:** HIV, VDRL, Hepatitis B y C.
- **PAP:** Para descartar lesiones de alto grado asociadas en el cérvix.
- **Prueba de Ácido Acético al 5% (Vulvoscopía):** Se realiza una cuidadosa inspección separando los labios y bajo la visión de un colposcopio.

### C. Biopsia

No se debe realizar biopsia todas las pacientes que poseen condilomas. En este caso, se decide realizar una biopsia por punch de la lesión más grande debido a:

- Crecimiento rápido.

- Tamaño >1,5 cm.
- Deseo de descartar Neoplasia Intraepitelial Vulvar (VIN) dada la historia de tabaquismo.

### 3. Manejo terapéutico

Puede realizarse tratamiento con tópicos locales, que incluso son colocadas por la misma paciente:

- *Imiquimod al 5% (crema)*: Modificador de la respuesta inmune que estimula la producción de interferón alfa. Aplicar 3 veces por semana (noches) por hasta 16 semanas. Lavar la zona a las 6-10 horas.
- *Ácido Tricloroacético (ATA) al 80-90%*: Agente cáustico que coagula las proteínas celulares. Útil en lesiones pequeñas y mucosas.

Como tratamientos destructivos locales, pueden mencionarse la crioterapia (con Nitrógeno Líquido), la vaporización con láser de CO<sub>2</sub> o la extirpación con energía monopolar.

### 4. Educación y Prevención Secundaria

- *Cesación Tabáquica*: el tabaco altera la inmunidad local (células de Langerhans) y duplica el riesgo de persistencia del VPH.
- *Vacunación de Rescate*: completar el esquema de vacunación (aunque ya tenga la infección, protege contra otros serotipos oncogénicos). Actualmente en el mercado existe disponible la vacuna con 9 subtipos de VPH (nonavalente).
- *Manejo de Pareja*: notificación y examen clínico de la pareja actual.

### 5. Marco teórico

El Virus del Papiloma Humano es un virus ADN bicatenario no encapsulado. Los condilomas acuminados son causados en un 90% por los genotipos 6 y 11 (de bajo riesgo oncogénico).

El virus infecta las células basales del epitelio a través de microabrasiones. No causa lisis celular, sino que “secuestra” la maquinaria de replicación, lo que explica la ausencia de una respuesta inflamatoria sistémica robusta. El hallazgo histológico patognomónico es el **Coilocito** (queratinocito con núcleo hiper cromático, arrugado en

“pasa de uva” y un halo perinuclear claro).

Es la ETS o ETS viral más frecuente. El uso de preservativo reduce el riesgo en un 70%, pero no lo elimina totalmente, ya que el virus se transmite por contacto piel con piel de toda la zona anogenital.

En cuanto al rol de la inmunización, las vacunas actuales (tetraivalente/nonavalente) incluyen partículas similares a virus de los tipos 6 y 11. Su eficacia para prevenir verrugas genitales en poblaciones no expuestas es cercana al 99%. En pacientes ya infectados, la vacunación puede disminuir la gravedad de las recurrencias.

### **Conclusiones para el Razonamiento Clínico**

El éxito del tratamiento no se mide por la eliminación de la verruga visible, sino por el control de la replicación viral por parte del sistema inmune del paciente. La recurrencia (30-40%) no debe considerarse fracaso terapéutico, sino parte de la historia natural de la infección y debe tratarse en consecuencia. La paciente debe seguir bajo controles para evitar lesiones extensas, de manejo más complejo. No debe descartarse que la misma paciente presente luego una lesión vaginal o cervical, por lo que el control del TGI es fundamental.

# MANEJO DE LA MASA ANEXIAL

## 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 55 años (postmenopáusica), G2P2. Acude a control ginecológico refiriendo aumento del perímetro abdominal y dispepsia leve de 3 meses de evolución. No refiere dolor agudo ni sangrado.

### Examen Físico:

- Abdomen blando, se palpa masa en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, de consistencia firme, poco móvil y no dolorosa.
- Tacto bimanual: masa anexial derecha de aproximadamente 8 cm, de bordes irregulares. Fondo de saco de Douglas con nodularidades múltiples de aproximadamente 5 mm, indoloras al tacto.

## 2. Proceso Diagnóstico Clínico

La evaluación se rige por tres pilares:

- **Edad y estado menopáusico**: es el factor de riesgo individual más importante. Una masa en una mujer postmenopáusica es maligna hasta que se demuestre lo contrario. En adolescentes, predominan los tumores de células germinales.
- **Sintomatología**: las masas benignas suelen ser asintomáticas o causar dolor cíclico. La dispepsia, distensión abdominal, y los síntomas pelvianos orientan a malignidad.
- **Exploración Física**: evaluar movilidad, consistencia (quística vs. sólida) y presencia de ascitis.

## 3. Métodos Diagnósticos Complementarios

### a. Ecografía Transvaginal con Doppler:

Es la herramienta más potente para predecir malignidad usando los **Criterios de IOTA** (*International Ovarian Tumor Analysis*).

- **Signos de Benignidad**: Quiste unilocular, presencia de componentes

sólidos <7 mm, sombra acústica, quiste multilocular de paredes lisas <10 cm.

- Signos de Malignidad: Tumor sólido irregular, presencia de ascitis, al menos 4 estructuras papilares, tumor multilocular sólido >10 cm, flujo Doppler abundante.

#### b. Marcadores Tumoraes:

- CA-125: Elevado en el 80% de los cánceres epiteliales de ovario. Ojo: Puede elevarse en condiciones benignas en mujeres premenopáusicas (endometriosis, miomas, EPI).
- AFP (Alfafetoproteína) y beta-hCG: Sospecha de tumores de células germinales en pacientes jóvenes.
- CEA y CA 19-9: Sospecha de origen mucinoso o metastásico (digestivo).

#### c. TC de Abdomen y Pelvis:

- Útil para etapificación y evaluación de implantes peritoneales o adenopatías, no para el diagnóstico primario de la masa.

## 4. Diagnóstico Diferencial por Frecuencia

Tipo de Masa	Características Clave
<b>Quiste Funcional</b>	Unilocular, paredes finas, desaparece en 1-2 ciclos.
<b>Endometrioma</b>	Contenido hipoeoico homogéneo ("vidrio esmerilado").
<b>Teratoma Quístico (Dermoide)</b>	Presencia de grasa, pelo o calcificaciones (dientes) en eco/Rx.
<b>Cistoadenoma</b>	Seroso (unilocular) o Mucinoso (multilocular, muy grandes).
<b>Cáncer de Ovario</b>	Sólido, tabiques gruesos, papilas, ascitis.

## 5. Posibles Tratamientos y Conductas

El tratamiento depende de la sospecha diagnóstica y el riesgo quirúrgico:

### Manejo Conservador (Observación):

- Indicado en quistes simples, uniloculares, <6-8 cm en mujeres premenopáusicas. Se repite ecografía en 6 a 12 semanas.

### Manejo Quirúrgico (Laparoscopia):

- Indicado si la masa persiste, crece, es sintomática o tiene criterios de IOTA de sospecha intermedia.
- Quistectomía: Preservación de paridad en lesiones benignas (teratomas, endometriomas).
- Anexectomía: En mujeres perimenopáusicas o lesiones sospechosas.

### Manejo Oncológico (Laparotomía Mediana):

- Ante sospecha firme de cáncer. Incluye lavado peritoneal, histerectomía total, anexectomía bilateral, omentectomía y linfadenectomía (cirugía citorreductora).

# TERATOMA QUÍSTICO MADURO (QUISTE DERMOIDE)

## 1. Presentación del Caso

Paciente de 26 años, nuligesta, que acude a la guardia por dolor pelviano agudo en fosa ilíaca derecha de 6 horas de evolución. El dolor comenzó de forma súbita tras realizar ejercicio físico, es de tipo cólico y se asocia a dos episodios de vómitos. Refiere que previamente presentaba una sensación de “pesantez” pélvica ocasional.

### Antecedentes de relevancia:

#### Ginecológicos:

- Ciclos regulares, sin uso de anticonceptivos. No refiere antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria.

#### Examen Físico:

- General: Paciente con facies de dolor, taquicárdica (105 lpm), afebril. Abdomen blando, pero con defensa muscular localizada en fosa ilíaca derecha.
- Ginecológico: Especuloscopia sin hallazgos de sangrado. Al tacto bimanual, se palpa una masa anexial derecha de aproximadamente 8 cm, extremadamente dolorosa a la movilización, de consistencia tensa. El útero es de tamaño normal.

## 2. Metodología diagnóstica y toma de decisiones

### A. Ecografía Transvaginal con Doppler:

Es el estudio de elección.

- Hallazgos típicos del Teratoma: Se observa una masa quística con componentes altamente ecogénicos (sebo y pelo) que generan una “sombra acústica posterior” (Signo del tapón dermoides o Nódulo de Rokitansky). También pueden observarse líneas y puntos hiperecogénicos (pelos flotando).

- Evaluación Doppler: Crucial en este caso. La ausencia de flujo venoso y arterial en el pedículo ovárico confirmaría una torsión anexial, lo cual es una emergencia quirúrgica.

### B. RM de Abdomen y Pelvis:

Aunque no es de primera línea, es muy sensible para detectar tejido adiposo y calcificaciones (dientes o hueso) dentro de la masa, lo cual es patognomónico del teratoma.

### C. Marcadores Tumorales

En una paciente joven con una masa anexial, es obligatorio descartar malignidad de células germinales:

- CA-125: Puede estar levemente elevado por irritación peritoneal, pero suele ser normal.
- Alfafetoproteína (AFP) y Subunidad beta-hCG: Deben ser negativos para descartar un tumor de saco vitelino o un coriocarcinoma.

## **3. Manejo terapéutico**

Si se confirma la torsión, la paciente debe ir a **Laparoscopia de urgencia**. Actualmente, la tendencia es destorsionar el ovario y esperar 10-15 minutos para evaluar la reperfundión, incluso si el ovario se ve isquémico. La recuperación funcional ovárica es sorprendentemente alta. Una vez reperfundido, se procede a la quistectomía. De acuerdo a edad de la paciente y deseos gestacionales, la anexectomía es la indicación clásica y aun es viable dependiendo como hemos referido, del caso.

En una paciente de 26 años, el objetivo es **preservar la mayor cantidad de estroma ovárico sano**. Se realiza una pequeña incisión en la corteza ovárica evitando romper la cápsula del quiste. Luego se disecciona el quiste con maniobras de tracción y contratracción para separar el teratoma del tejido ovárico sano; a este procedimiento se lo conoce como “desnudamiento o *stripping*” de la cápsula del quiste. Se debe colocar la masa extraída dentro de una bolsa contenedora o *endobag* (bolsa de extracción). En el caso particular de los teratomas

es fundamental, ya que los mismos contienen material sebáceo y pelos que, si se rompen dentro de la cavidad, pueden causar una peritonitis química, complicando el procedimiento. Asociado a esto último, el lavado abdominal y pelviano con solución fisiológica es importante, sobre todo si hubo derramamiento del contenido del quiste.

#### 4. Marco teórico

El teratoma maduro es un tumor derivado de las **células germinales primordiales** y contiene tejidos maduros de al menos dos de las tres capas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo). El tejido ectodérmico (piel, pelo, glándulas sebáceas) es el más predominante.

El riesgo de malignización es infrecuente, ocurre en menos del 1% al 2% de los casos, generalmente en mujeres postmenopáusicas, donde el componente de ectodérmico puede transformarse en un Carcinoma Epidermoide.

Dentro de las posibles complicaciones con este tipo de patologías, debemos mencionarle a la paciente la torsión. Debido a su alto contenido graso, los teratomas tienen una densidad menor que el líquido seroso y tienden a flotar hacia la parte anterior del útero, lo que alarga el ligamento infundíbulo-pélvico y facilita la rotación sobre su eje.

#### Perlas para el Estudiante

- Ovario Contralateral: hasta en un 10% al 15% de los casos, los teratomas son bilaterales. Siempre se debe inspeccionar el ovario contralateral durante la cirugía.

# CÁNCER DE OVARIO EN ESTADIO INICIAL

## 1. Presentación del Caso

Paciente de 52 años, G3 P3, en etapa de transición menopáusica (FUM hace 8 meses). Acude a consulta por presentar aumento del perímetro abdominal y sensación de plenitud gástrica precoz de 2 meses de evolución. Niega dolor agudo, pero refiere una molestia sorda y persistente en hipogastrio.

### Antecedentes de relevancia:

- Familiares: Hermana diagnosticada de cáncer de mama a los 45 años. Tía paterna con cáncer de ovario.
- Personales: endometriosis diagnosticada por laparoscopia hace 15 años. No fuma, no es obesa.

### Examen Físico:

- General: Buen estado general. Abdomen levemente distendido, no se palpa ascitis clínica.
- Ginecológico: Especuloscopia normal. Al tacto vaginal combinado, se evidencia útero de tamaño normal y una masa anexial izquierda de aproximadamente 9 cm, de consistencia sólido-quística, fija a planos profundos, no dolorosa. El anexo derecho no se palpa aumentado de tamaño. Fondo de saco de Douglas sin alteraciones relevantes.

## 2. Metodología diagnóstica y toma de decisiones

### A. Ecografía Transvaginal y Abdominal con Doppler:

- Masa de 92 mm con áreas sólidas, tabiques gruesos (>3 mm) y proyecciones papilares en su interior. Se observa vascularización central en las papilas, lo cual es altamente sospechoso de neoangiogénesis tumoral.

**B. Tomografía Computada (TAC) de Tórax, Abdomen y Pelvis:**

- Se utiliza para evaluar la presencia de implantes peritoneales, enfermedad en el omento (epiplón), adenopatías retroperitoneales o metástasis hepáticas/pulmonares.
- Masa anexial compleja. No se observa carcinomatosis evidente ni adenopatías mayores a 10 mm.

**C. Marcadores Tumorales**

- **CA-125:** 450 UI/mL (Elevado. Valor de referencia <35). Aunque es inespecífico, en postmenopáusicas con masa sólida es muy orientativo.

**3. Manejo terapéutico: la estadificación quirúrgica**

El concepto clave es que el **cáncer de ovario se estadifica quirúrgicamente**, siguiendo un protocolo exhaustivo durante la cirugía para asegurar una correcta estadificación y diagnóstico; se debe contar con estudio patológico intraoperatorio.

**A. Laparotomía Estadificadora**

1. Incisión Mediana: Permite revisar desde el diafragma hasta el hueco pélvico.
2. Citología Peritoneal: Lavado con solución fisiológica inmediatamente al abrir (pelvis, goteras paracólicas y cúpulas diafragmáticas).
3. Histerectomía Total + Salpingo-ooforectomía Bilateral: Se debe evitar la rotura de la cápsula tumoral (si se rompe en cirugía, pasa de Estadio IA a IC1).
4. Omentectomía Infracólica: Extirpación del epiplón, sitio frecuente de metástasis microscópicas.
5. Linfadenectomía Pélvica Bilateral y Paraaórtica: Los ganglios paraaórticos (hasta la vena renal izquierda) son el sitio de drenaje primario del ovario.

6. Biopsias Peritoneales Múltiples: Incluyendo goteras, fondo de saco y especialmente el peritoneo del diafragma derecho.

#### 4. Marco teórico

##### Estadificación FIGO Estadio I:

- IA: Limitado a un ovario, cápsula íntegra, sin tumor en superficie, citología negativa.
- IB: Limitado a ambos ovarios, cápsula íntegra, citología negativa.
- IC: Tumor en uno o ambos ovarios con cualquiera de los siguientes:
  - IC1: Rotura quirúrgica.
  - IC2: Rotura previa a la cirugía o tumor en superficie.
  - IC3: Células malignas en la ascitis o lavado peritoneal.

##### Tratamiento Adyuvante (Quimioterapia):

- Si la paciente es IA o IB y Grado 1 (G1): Se puede considerar solo observación.
- Si es IC o Grado 3 (G3): Requiere 3 a 6 ciclos de Carboplatino + Paclitaxel.

##### Fisiopatología (Tipo I vs Tipo II):

- Tipo I: Cáncer endometriode, mucinoso o de células claras. Suelen derivar de endometriosis o tumores borderline. Crecimiento lento.
- Tipo II: Carcinoma seroso de alto grado. Deriva habitualmente de las fimbrias de la trompa de Falopio (lesiones STIC). Es el más agresivo.

#### Perlas para el Estudiante

- Preservación de Fertilidad: En estadios IA G1 en mujeres jóvenes, se puede realizar solo la ooforectomía del lado afectado, pero manteniendo el resto de la estadificación (omentectomía, ganglios y biopsias).
- Etiopatogenia: más del 60% de los cánceres serosos de alto grado

de ovario en realidad comienzan en la trompa de Falopio, a partir de una neoplasia intraepitelial del epitelio de la fimbria. Por eso, la salpinguectomía oportunista es una estrategia de prevención clave para disminuir la incidencia de cáncer de ovario al realizar una histerectomía por patología benigna o una ligadura tubaria; en tal caso se realiza la salpinguectomía.

# CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

## 1. Presentación del Caso

Paciente de 59 años, postmenopáusica, que consulta por un cuadro de 3 meses de evolución de distensión abdominal progresiva, dispepsia, saciedad precoz y cambios en el hábito evacuatorio (estreñimiento). En las últimas 2 semanas asocia disnea de medianos esfuerzos. Realiza su primera consulta en una guardia general, donde es medicada con antiespasmódico y derivada a gastroenterología por consultorio. Es evaluada por un especialista, que la deriva a Ginecología.

### Antecedentes:

- Menopausia a los 54 años, nuliparidad, antecedente de tabaquismo (10 paquetes/año).

### Examen Físico:

- General: Paciente delgada (caquexia neoplásica inicial), con abdomen globoso, tenso, con matidez desplazable y signo de la oleada positivo (ascitis a tensión).
- Ginecológico: Al tacto bimanual y rectovaginal se palpa una “pelvis congelada”: masas anexiales bilaterales fijas y nódulos pétreos en el fondo de saco de Douglas (“Douglas en empedrado”, nódulos de carcinomatosis).

## 2. Metodología diagnóstica y evaluación de quimioterapia

### a. TAC de Tórax, Abdomen y Pelvis:

- Hallazgos: masas anexiales bilaterales complejas con áreas sólido quísticas, ascitis profusa, engrosamiento del epiplón (torta omental), implantes sobre la cápsula hepática y esplénica, y pequeñas adenopatías retroperitoneales.
- Derrame Pleural: se observa derrame pleural derecho. Se debe realizar tóracocentesis citológica para diferenciar Estadio III (peritoneal), de Estadio IV (pleura positiva).

**b. Marcadores Tumorales:**

- CA-125 elevado (>1000 UI/mL).

**c. Laparoscopia de Mapeo (Score de Fagotti)**

Antes de realizar una laparotomía con criterio citorreductor radical, se realiza una laparoscopia diagnóstica para evaluar la factibilidad de lograr reseccabilidad de toda la enfermedad. Se evalúan 7 parámetros (presencia de carcinomatosis en diafragma, intestino, estómago, etc.).

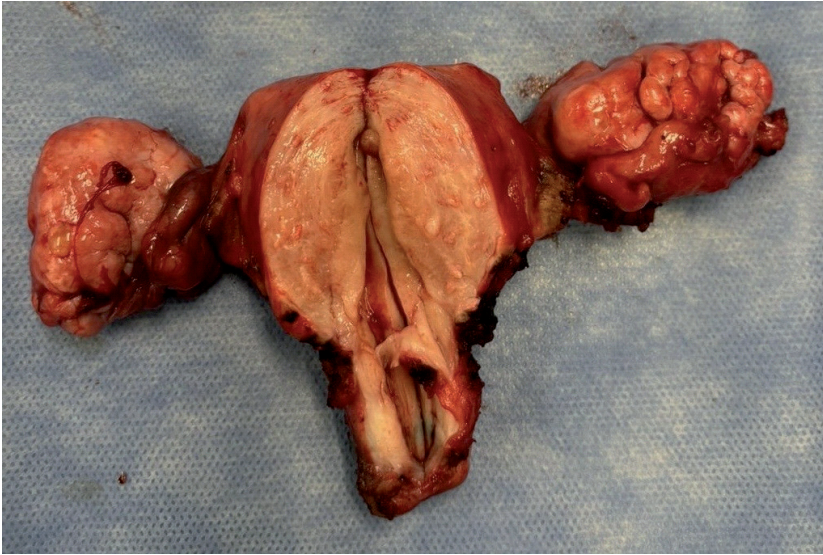
Puntuación  $\geq 8$ : Indica alta probabilidad de cirugía subóptima (de dejar tumor residual macroscópico). En este caso, se decide finalizar la intervención y derivar a Oncología para iniciar Quimioterapia Neoadyuvante.

**3. Manejo terapéutico: cirugía de intervalo****A. Fase 1: Quimioterapia Neoadyuvante**

La paciente recibe 3 ciclos de Carboplatino + Paclitaxel cada 21 días, con el objetivo de reducir el volumen tumoral, facilitar la cirugía radical y mejorar el estado nutricional y general de la paciente para que la tolere.

**B. Fase 2: Cirugía Citorreductora del Intervalo**

Tras la respuesta a la quimioterapia, se realiza la cirugía buscando citorreducción óptima (R0: sin enfermedad macroscópica residual). Se realizó un abordaje por laparotomía mediana con una incisión sobrepasando 4 cm el ombligo. Al ingresar a cavidad, no se evidenció enfermedad macroscópica remanente a nivel abdominal; a nivel pelviano se hallaron ambos ovarios de características tumorales, de 5 cm. Se realiza anexohisterectomía total, epiplenectomía y resección de áreas de peritoneo despolido. El resultado patológico solo encontró lesión remanente a nivel ovárico.



*Pieza quirúrgica de anexohisterectomía con tumores remanentes tras la quimioterapia neoadyuvante*

### C. Fase 3: Consolidación

Tras la recuperación, la paciente completa otros 3 ciclos del mismo esquema de quimioterapia.

## **4. Marco teórico**

El concepto de citorreducción en el cáncer de ovario, es la extirpación de mayor volumen de masa tumoral, mejora la supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad. El pronóstico está directamente relacionado con el tamaño del tumor residual al final de la cirugía.

La citorreducción, requiere a menudo procedimientos en diversos sitios y órganos abdominales:

- Peritonectomía parcial (extirpación del peritoneo parietal afectado).
- Omentectomía (extracción del epiplón mayor).
- Anexohisterectomía total bilateral.
- Eventuales resecciones intestinales si existe compromiso intestinal extenso que amerite.

### **Terapia de Mantenimiento (Inhibidores de PARP):**

A pesar que este manual está destinado a estudiantes, deben conocer este tipo de tratamientos, ya que este es el avance más importante de la última década en cuanto al manejo del cáncer epitelial de ovario. Tras terminar la quimioterapia, si la paciente tiene una mutación en BRCA1/2 o inestabilidad genómica (estudio específico que se realiza), debe recibir Olaparib o Niraparib. Esto ha duplicado la supervivencia libre de progresión de enfermedad.

En particular el manejo “del intervalo”, ha logrado realizar procedimientos iniciales menos mórbidos (con menos complicaciones, menos índice de cirugías más agresivas por las excelentes respuestas a quimioterapia basada en platino), siendo iguales los resultados que con la gran cirugía inicial es por ello que se prefiere en muchas ocasiones realizar el manejo en 2 tiempos, con la laparoscopia para diagnóstico y estadificación. De esta manera, la paciente se recupera rápidamente, inicia el tratamiento oncológico y luego de finalizado, se completa la cirugía con criterio de citorreducción: dejar la enfermedad a la mínima expresión desde lo macroscópico en cirugía.

# CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

## CITORREDUCCIÓN PRIMARIA

### 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 56 años, G2 P2, postmenopáusica. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución de distensión abdominal progresiva, saciedad precoz y estreñimiento crónico agudizado.

#### Antecedentes:

- Factores de Riesgo: menarca a los 11 años, menopausia a los 53 años. No utilizó anticonceptivos hormonales. Antecedente familiar de cáncer de colon (padre a los 60 años).

#### Examen Físico:

- General: paciente delgada, en excelente estado general. Abdomen algo distendido con matidez, signo de la onda (+).
- Ginecológico: al tacto vaginal combinado se palpan masas anexiales bilaterales sólidas, la mayor de 10 cm a la derecha, semi-móviles. El fondo de saco de Douglas impresiona libre.

### 2. Metodología diagnóstica y evaluación de resecabilidad

#### A. TC de Tórax, Abdomen y Pelvis (Multicorte):

Masas anexiales complejas con tabiques gruesos y áreas solidas en su interior de 6 y 7 cm (derecha e izquierda respectivamente). Ascitis moderada, asociada a engrosamiento del epiplón mayor de 3 cm de grosor (torta omental). Se observan implantes menores de 1 cm en la serosa del intestino delgado, pero sin evidencia de obstrucción intestinal ni compromiso del hilio hepático ni esplénico. Tórax: sin alteraciones evidentes.

#### B. Marcadores Tumorales:

- CA-125: 890 UI/mL. CEA, Ca 19-9 y alfa feto proteína: normales.

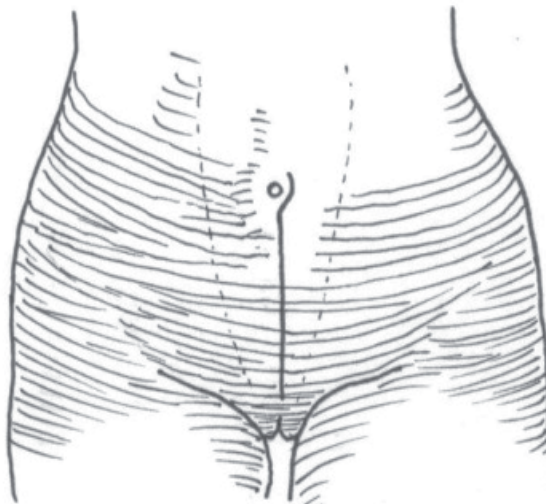
- **Toma de Decisión:** a diferencia del caso anterior (intervalo), en esta paciente se decide intentar citorreducción primaria debido a:
  - a. **Buen Estado Funcional de la paciente:** tolera una cirugía prolongada y agresiva.
  - b. **Criterios de Resecabilidad:** en el examen físico las masas peritoneales impresionan semi-móviles. En la TC no se observa invasión masiva de la raíz del mesenterio, ni compromiso de grandes vasos, ni metástasis parenquimatosas hepáticas. La enfermedad impresiona ser factible de resección completa (macroscópica).

### 3. Manejo terapéutico: citorreducción primaria

El objetivo es no dejar enfermedad macroscópica residual.

#### A. Tiempos Quirúrgicos para una cirugía estándar por cáncer de ovario

- **Laparotomía mediana** (pudiendo llegar hasta la apófisis xifoides): cuando es por debajo de ombligo es infraumbilical, aunque en la mayoría de los casos debe ser supraumbilical, hasta en determinados casos xifopúbica para lograr un correcto acceso a todo el abdomen.



*Incisión mediana*

- Muestreo citológico: Aspiración de líquido ascítico para estudio y se los envía a estudio de citología de ese líquido de manera diferida.
- Exploración abdominal sistemática: se examina todo el abdomen, las superficies peritoneales, el intestino, hígado, bazo, parietocólicos y cúpulas diafragmáticas en búsqueda de implantes. Se debe confirmar que no hay enfermedad irreseccable.
- Omentectomía radical: extirpación del epiplón mayor desde el borde inferior del colon transversos. Se evidencian implantes de 2 cm en la pieza.
- Cirugía en la pelvis: se realiza anexohisterectomía total. Ante la invasión del fondo de saco de Douglas y la cara posterior del útero, se realiza la exéresis del peritoneo afectado en el fondo de saco de Douglas.



- Quimioterapia adyuvante: tras la cirugía R0, la paciente debe iniciar en 3 a 6 semanas el esquema: Paclitaxel + Carboplatino. Debido a que es un Estadio III, actualmente se puede considerar la adición de Bevacizumab, que es un antiangiogénico que se ha demostrado recientemente que es útil para prolongar la supervivencia libre de progresión.

#### 4. Marco teórico

En este caso, se realizó una cirugía de inicio y con el criterio de citorreducción. Definiciones de Citorreducción:

- Óptima (R0): Sin enfermedad macroscópica visible. Es el único escenario que ofrece una sobrevida a largo plazo.
- Óptima (R1): Nódulos residuales <1 cm.
- Subóptima: Nódulos residuales >1 cm.

El cáncer de ovario es una enfermedad fundamentalmente peritoneal. Las células se desprenden del tumor primario y son transportadas por el líquido peritoneal siguiendo la circulación fisiológica (del fondo de saco, por los espacios parietocólicos, hacia el diafragma derecho-cúpula diafragmática. Por ello, el diafragma es un sitio de revisión quirúrgica, además de la superficie hepática.

#### Perlas para el Estudiante:

Debe ponerse en relieve el manejo integral por un equipo multidisciplinario en las patologías oncológicas, y en el cáncer de ovario en particular: desde la decisión del manejo a realizar, las drogas a utilizar y el equipo que intervenga en cirugía. En estos casos, si no se considera factible lograr R0, es mejor optar por el manejo de intervalo. El equipo debe contar con un equipo de cirugía general, además de los ginecólogos oncólogos, para facilitar el procedimiento de eventual resección intestinal o de lesiones del abdomen superior. En casos de afectación urológica, intervendrá el equipo pertinente. El concepto es que el manejo del cáncer de ovario es multidisciplinario y con un soporte institucional que sea acorde a este tipo de intervenciones importantes.

# MIOMATOSIS UTERINA

## 1. Presentación del Caso:

Paciente femenina de 38 años, nuligesta, con deseos de fertilidad futura. Acude a consulta por aumento del volumen de sangrado menstrual de 1 año de evolución, refiere sensación de pesadez pélvica y polaquiuria de 1 año de evolución. Además, refiere SUA en más en sus ciclos menstruales (hipermenorrea) que le ha provocado anemia crónica (Hb de 10,5 g/dL en laboratorio previo de 3 meses).

### Examen Físico:

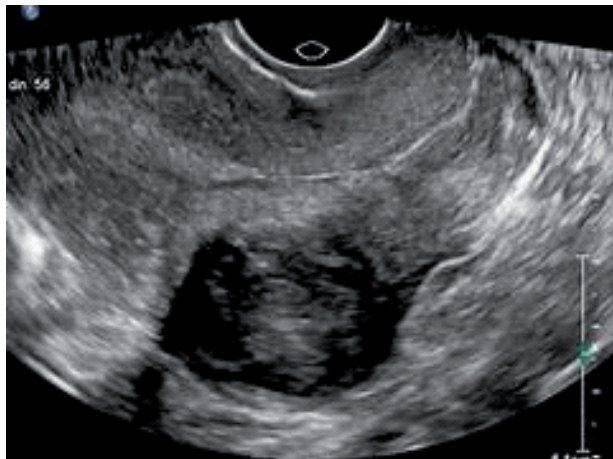
- Palpación Abdominal: Se palpa masa sólida, móvil, no dolorosa, que emerge de la pelvis y alcanza 2 cm por arriba del pubis (paciente magra, con IMC de 20).
- Tacto vaginal combinado: útero aumentado de tamaño, asimétrico, con una prominencia dura en la cara lateral derecha que hace cuerpo con el útero y mide aproximadamente 6 cm.

## 2. Proceso Diagnóstico

Ante una masa de este tamaño, el equipo médico tratante debe seguir estos pasos:

### A. Ecografía Transvaginal:

- Es el estudio inicial. Reporta útero con masa sólida, hipocoi-ca, de 72 x 65 mm que se ubica en cara lateral derecha a altura del istmo. Sospecha: mioma uterino intramural con proyección subserosa.



**B. Clasificación de FIGO:**

Según la imagen, el mioma deforma el contorno seroso del útero, pero parece tener un componente intramural importante.

- Clasificación probable: FIGO 4 (Intramural) o FIGO 5 (Subseroso con más 50% intramural). Este tamaño y localización explican tanto el efecto de masa (compresión vesical) como la hipermenorrea (alteración de la contractilidad uterina).

**C. Resonancia Magnética (RM):**

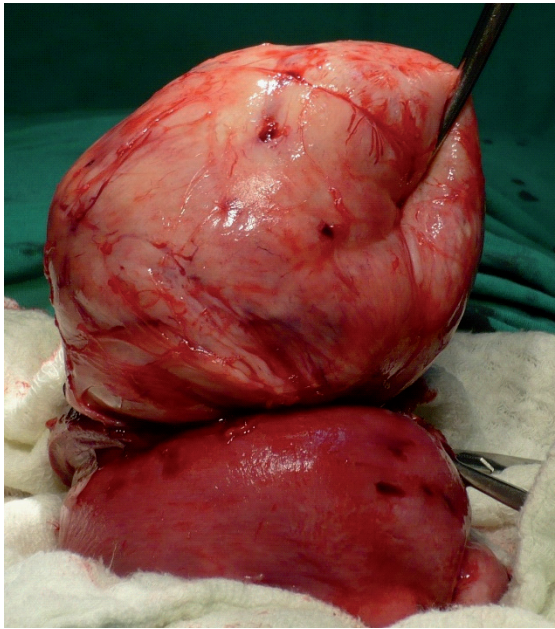
- Recomendada en este caso específico para mapear la relación del mioma con la cavidad endometrial y descartar otros miomas más pequeños, dado que la paciente desea conservar su fertilidad.

**D. Laboratorio:**

- Hemoglobina de 9,2 g/dL (Anemia ferropénica moderada).

**3. Manejo Terapéutico**

- Manejo Inicial (Pre-quirúrgico): Se realiza tratamiento de la anemia con hierro oral o parenteral.
- Opcional: Uso de análogos de la GnRH por 3 meses para reducir el volumen tumoral y la vascularización antes de la cirugía (aunque en miomas de 7 cm el beneficio es relativo frente al riesgo de perder el plano de clivaje).
- Tratamiento Quirúrgico conservador: miomectomía por Laparotomía. Dada la dimensión (7 cm) y la localización, se puede optar por un abordaje abierto para asegurar una correcta síntesis del miometrio y evitar riesgos de rotura uterina en un futuro embarazo. Sería factible utilizar un abordaje laparoscópico morcelando el mioma con un dispositivo para tal fin y realizando suturas intracorpóreas. En el caso que la paciente no tenga deseos gestacionales, el tratamiento puede ser una histerectomía total simple.



*Miomectomía laparotómica.*



*Pieza de histerectomía por mioma subseroso.*

- Cuidados Post-operatorios:

- Recomendación de esperar entre 6 a 12 meses para buscar embarazo, permitiendo la cicatrización completa de la pared uterina.
- Advertencia: se le explica cuidadosamente a la paciente que, ante la necesidad de la ubicación del mioma, la intervención incidió el miometrio, por lo que el parto futuro deberá ser por cesárea (indicación de absoluta de cesárea).

**Perla para el Examen:**

En la imagen, la asimetría del útero es clave. Cuando un mioma subseroso mide más de 6-7 cm, los síntomas compresivos (vejiga, recto) suelen ser la indicación quirúrgica principal, incluso por encima del sangrado. La clasificación FIGO es lo que determinará si entras por histeroscopia (FIGO 0-2) o por vía abdominal (FIGO 3-7). En este caso la indicación fundamental fue el SUA.



*Pieza quirúrgica de histerectomía con mioma cervical. En este caso claramente el síntoma compresivo puede haber llevado a la paciente a consulta: polaquiria, disuria, tenesmo.*

## **Escenario: Paciente con Deseo Gestacional**

Paciente de 32 años, nuligesta, busca embarazo desde hace 1 año sin éxito. Presenta hipermenorrea y dismenorrea.

- Hallazgos: Ecografía transvaginal muestra un mioma de 3 cm submucoso (FIGO 1) que deforma la cavidad.

### Proceso Diagnóstico:

A. Histerosonografía: Para evaluar el grado de protrusión del mioma en la cavidad endometrial. Se evidencia el mioma

A. RM de pelvis: Si hay múltiples miomas, para mapeo exacto antes de la cirugía.

Tratamiento: Se indica Miomectomía Histeroscópica, resección de la lesión en múltiples fragmentos con resectoscopio. Es el procedimiento ideal por edad y deseos reproductivos de la paciente.

## **Escenario: Paciente sin Deseo Gestacional (Paridad Satisfecha)**

Paciente de 45 años, G3P3. Consulta por anemia ferropénica secundaria a hemorragias uterinas severas. Refiere sensación de peso pélvico y polaquiuria (necesidad frecuente de orinar).

### Proceso Diagnóstico:

A. Hemograma: valorar grado de anemia.

B. Examen ginecológico completo, citología cervical, y eventual biopsia de endometrio de rutina (algunos centros y protocolos lo proponen): en pacientes >45 años con SUA para descartar patología cervical - endometrial.

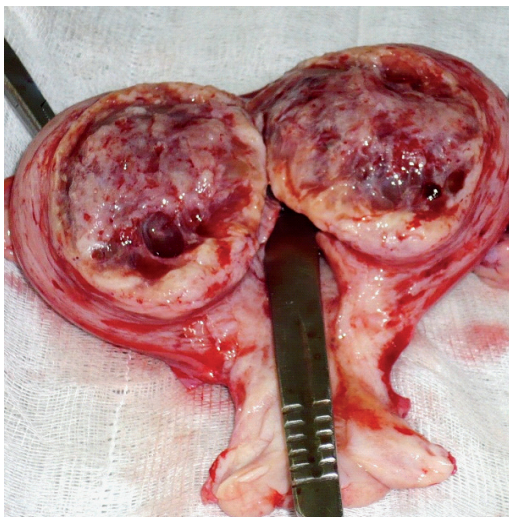
C. Ecografía transvaginal: mioma en cavidad (FIGO 1) de 5 cm que la ocupa en su totalidad. Resto sin particularidades.

### Tratamiento sugerido:

El enfoque es resolver los síntomas de forma definitiva ante una paciente sin deseos de fertilidad:

Se realizó una Histerectomía total simple (en este caso lapa-

rotómica). Es la solución definitiva para el SUA que produce el síndrome anémico, además de la distensión abdomino-pélvica.



*Pieza de histerectomía total simple, evidenciando el mioma submucoso*

## Comparativa de Manejo de los casos presentados

Característica	Con Deseo Gestacional	Sin Deseo Gestacional
<b>Objetivo</b>	Preservar útero y fertilidad	Resolución de síntomas y calidad de vida
<b>Cirugía de elección</b>	Miomectomía (preservadora)	Histerectomía (definitiva)
<b>Riesgos específicos</b>	Rotura uterina en embarazo, adherencias	Complicaciones quirúrgicas estándar
<b>Manejo Médico</b>	Indicación de cesárea ACOs, hierro.	ACOs, DIU-LNg, Análogos GnRH

## 2. Marco teórico

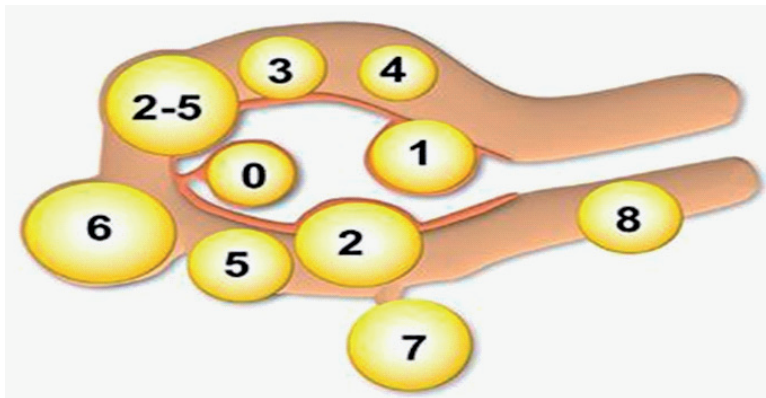
El leiomioma se define fisiopatológicamente como un tumor monoclonal (surge de una sola célula progenitora), que presenta una

proliferación celular excesiva y una acumulación desproporcionada de matriz extracelular, la cual constituye gran parte del volumen tumoral y le confiere su consistencia fibroelástica característica.

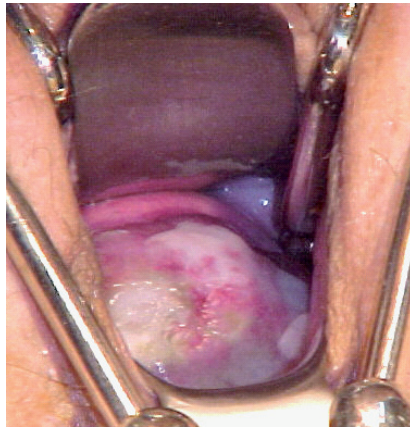
Se considera una patología hormonodependiente, cuya prevalencia alcanza hasta el 70-80% en mujeres al llegar a la menopausia, siendo la indicación más frecuente de histerectomía en el mundo. No es solo “dependiente de estrógenos”. La evidencia actual demuestra que la progesterona es el principal motor de la proliferación celular a través de la vía de la ciclina D1 y los receptores de progesterona.

### Clasificación FIGO

La conducta quirúrgica está dictada por la profundidad del mioma en la pared uterina, para ello se utiliza la clasificación de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia):



- Intracavitarios (0, 1, 2): Cursan SUA e infertilidad. Manejo preferente: Histeroscopia.
- Intramurales (3, 4, 5): Pueden causar dolor y aumento del tamaño uterino.
- Subserosos (6, 7): Suelen ser asintomáticos o causar síntomas de compresión (vejiga/recto).
- Cervical (8). Puede crecer hacia cualquier dirección, incluso evolucionar por el canal y ser nascens. Algunos de los miomas paridos son submucosos desde cavidad (0) con un pedículo.



*Mioma cervical nascens*

### Diagnóstico Diferencial:

Es relevante diferenciar el leiomioma del leiomiosarcoma. Aunque la transformación maligna es extremadamente rara (<0,3%), se debe sospechar ante:

- Crecimiento rápido.
- Crecimiento en la menopausia.
- Ecografía con Doppler positivo, imágenes de RM con señal heterogénea.

### Nota de interés:

Ante un mioma sospechado en métodos complementarios y clínica, pero de crecimiento rápido, se sugiere realizar una cirugía laparotómica. Ante estos casos, y ante la imposibilidad de una eventual punción diagnóstica (como en patología mamaria) previa a la intervención quirúrgica, se indica una cirugía abierta. La laparoscopia, en el caso de miomas de cierto tamaño, necesita partir la lesión para lograr extraerla. En el caso de una cirugía conservadora como la miomectomía o en la histerectomía también. En estos casos en los que se realizó partición de la lesión en la cavidad con su ulterior extracción (aun con morceladores, que son dispositivos para ello), el grado de riesgo de diseminación es elevado, empeorando el pronóstico de la enfermedad.

### Razonamiento para el Estudiante

Ante una paciente con un mioma de determinado tamaño, la primera pregunta debe ser: “¿Dónde está localizado?” y la segun-

da: “*¿Desea tener hijos en el futuro?*”. Un mioma submucoso de 2 cm afecta la fertilidad y es sintomático más tempranamente que uno subseroso de 4 cm, y su manejo quirúrgico será totalmente distinto: el submucoso lo trataremos con histeroscopia, mientras que el segundo es pasible de control.

# PÓLIPO ENDOMETRIAL

## 1. Presentación del Caso

Paciente de 39 años, nuligesta, consulta por “spotting” o manchado intermenstrual de 4 meses de evolución. Refiere que sus menstruaciones siguen siendo regulares en ritmo, pero presenta un sangrado leve, de color rojo rutilante, que aparece aproximadamente en el día 14-16 del ciclo (post-ovulatorio) y dura 2 a 3 días.

### Antecedentes de relevancia:

- **Ginecológicos:** ciclos regulares 28x5. No utiliza anticonceptivos hormonales. Deseo de fertilidad a corto plazo (planea búsqueda de embarazo en 6 meses).
- **Factores de Riesgo:** obesidad leve (IMC 28). No fuma. No refiere antecedentes de importancia ni cirugías previas.
- **Medicación:** ingesta ocasional de AINEs por dismenorrea leve.

### Examen Físico:

- **Ginecológico:** Especuloscopía: Cérvix rosado, orificio puntiforme. No se observan pólipos cervicales en el canal. Tacto vaginal combinado: Útero de tamaño, forma y consistencia normal. Anexos libres y no dolorosos.

## 2. Metodología diagnóstica

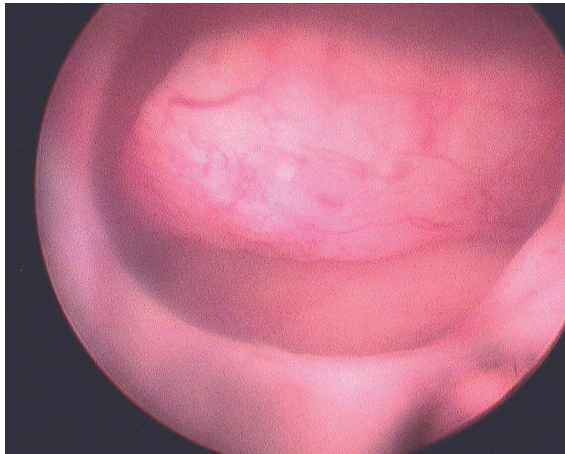
Se solicitan métodos de diagnóstico por imágenes:

### A. Pruebas de Imagen

- **Ecografía Transvaginal:** Se observa una formación hiperecogénica, de bordes regulares, situada en el fondo uterino, de 12 x 8 mm. El endometrio circundante es de aspecto proliferativo normal. Al Doppler Color se identifica pedículo vascular; hallazgo sugestivo de pólipo.

### 3. Manejo terapéutico

Se indica histeroscopia terapéutica. El legrado uterino a ciegas es posible que no logre realizar la extracción de la lesión, por lo que el ideal es una histeroscopia realizando la resección del pólipo con un resectoscopio.



*Pólipo endometrial en histeroscopia*

### 4. Marco teórico

Un pólipo endometrial es una excrecencia del estroma y glándulas endometriales recubierta de epitelio, que contiene vasos sanguíneos de paredes gruesas (arterias de resistencia).

#### Clasificación Histopatológica:

- a. Funcionales: responden a las hormonas del ciclo (secretores o proliferativos).
- b. Afuncionales: no responden a la progesterona.
- c. Atróficos: comunes en la postmenopausia.
- d. Malignizados: contienen focos de adenocarcinoma endometroide; son a pesar de ello, de excelente pronóstico.

En pacientes premenopáusicas asintomáticas con pólipos <10 mm, se puede considerar la conducta expectante realizando controles periódicos anualmente, ya que hasta el 25% pueden involucionar espontáneamente. Sin embargo, si se evidencian cambios en el tamaño o sangrado, se debe realizar la histeroscopia para extracción. En

mujeres con deseos reproductivos, lo ideal es realizar la polipectomía al diagnóstico.

**Perlas para el Estudiante:**

Diagnóstico Diferencial: Siempre diferenciar un pólipo de un mioma submucoso (FIGO 0 o 1). El mioma es de consistencia firme, mientras que el pólipo es blando y friable; estas diferencias las notamos en el mismo momento en que estamos realizando la histeroscopia. Suele ser más tedioso el procedimiento de miomectomía histeroscópica, ya que el ansa del aparato es pequeña y se realiza la extracción en porciones (lonjas) de tejido con corte y coagulación mono o bipolar dependiendo del dispositivo.

# METRORRAGIA EN LA POSTMENOPAUSIA

Se define como cualquier sangrado uterino que ocurre tras 12 meses de amenorrea confirmada. Lo primero que debe realizar el profesional es un adecuado interrogatorio, evaluando además los medicamentos que utiliza la paciente y sus comorbilidades. Luego, un prolijo examen físico con inspección externa de genitales y especuloscopia, para evidenciar el sitio de origen del sangrado.

## 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 58 años, G2P2 (partos vaginales); menopausia a los 52 años. Antecedentes de hipertensión arterial y obesidad (IMC 34). Acude por presentar sangrado vaginal escaso, de color rojo rutilante, de 3 días de evolución. No presenta dolor asociado.

### Examen Físico:

- TA 140/90 mmHg. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo.

### Especuloscopia:

- Se observa escaso sangrado proveniente del orificio cervical externo (OCE). Paredes vaginales con signos de atrofia (mucosa pálida y lisa). No se observan lesiones en el cérvix.

## 2. Proceso Diagnóstico Clínico

El razonamiento debe orientarse a descartar malignidad, considerando los factores de riesgo de la paciente (obesidad, HTA, edad).

- **Anamnesis:** Investigar uso de THR sin oposición de progestágenos, uso de Tamoxifeno (por cáncer de mama) y antecedentes oncológicos familiares.

## 3. Métodos por Imágenes y Complementarios - algoritmo de decisión

- **Ecografía Transvaginal (ETV):** El objetivo principal es medir el

**Grosor Endometrial.** Si el endometrio mide >4 mm o es heterogéneo, es obligatorio realizar una toma de muestra histológica. En este caso, el grosor endometrial fue de 5 mm.

- **Histeroscopia con Biopsia Dirigida (Gold Standard):** por ser un endometrio de 5 mm, pero con sangrado, se decide histeroscopia para tener diagnóstico. Este procedimiento permite visualizar la cavidad y tomar muestras de zonas de sospechosa. En la histeroscopia se evidencia mucosa endometrial pálida, sin áreas de sospecha. Se obtiene material con resectoscopio, cuya biopsia informa: endometrio atrófico.

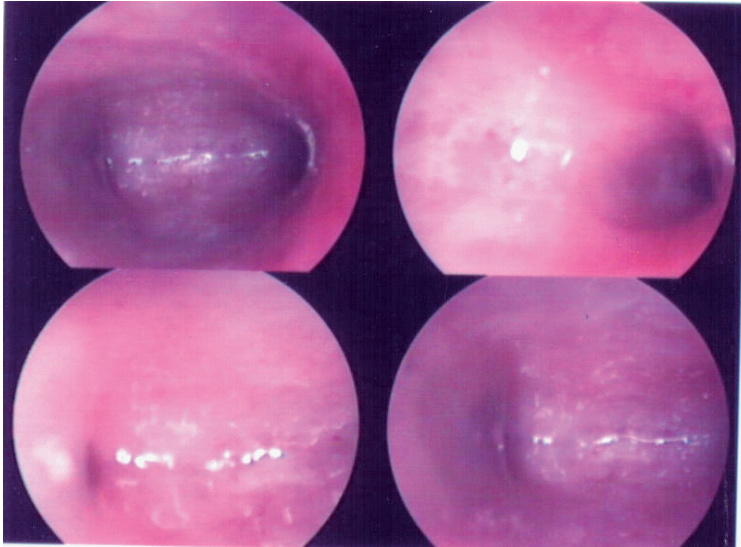
#### 4. Factores Etiológicos de la Metrorragia Postmenopáusica

Causa	Frecuencia	Características
<b>Atrofia Endometrial</b>	60-80% (Más común)	Endometrio fino (<4 mm), sangrado escaso por fragilidad capilar.
<b>Pólipos Endometriales</b>	10-15%	Causa benigna más frecuente de engrosamiento focal.
<b>Hiperplasia Endometrial</b>	5-10%	Lesión precursora, mayor riesgo si hay atipia celular.
<b>Cáncer de Endometrio</b>	10% (Más grave)	Generalmente adenocarcinoma tipo I (asociado a estrógenos).
<b>Terapia Hormonal</b>	Variable	Sangrado por privación o desajuste de dosis.

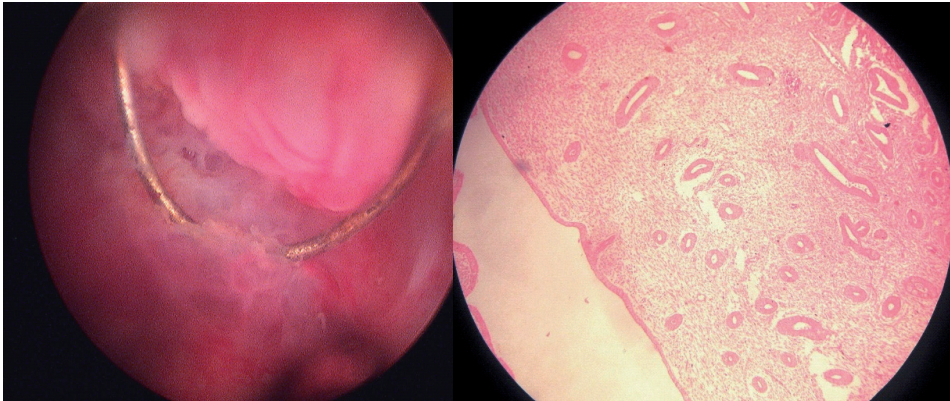
#### 5. Manejo Terapéutico

El tratamiento depende estrictamente del diagnóstico histopatológico:

- **Atrofia Endometrial:** Se realiza solo observación. Si el sangrado es molesto o hay sequedad vaginal extrema, se pueden utilizar estrógenos locales (cremas/óvulos) de baja dosis por vagina.

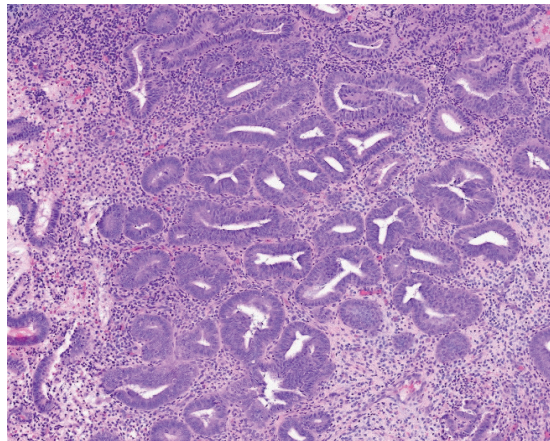


*Histeroscopia que muestra atrofia endometrial*



*Resección histeroscópica y la histología de atrofia endometrial*

Si se hubiera hallado una Hiperplasia sin Atipia, el manejo se puede realizar con progestágenos (orales o DIU-Levonorgestrel) y control en 6 meses o de acuerdo a síntomas.



*Hiperplasia endometrial sin atipia*

### **Perla para el Examen**

Un endometrio de **5 mm** en una mujer joven es normal, pero en una mujer postmenopáusica con **sangrado** es una indicación absoluta de **biopsia**. No olvide que la obesidad es un factor de riesgo mayor debido a la conversión periférica de andrógenos en estrógenos (estrona) en el tejido adiposo.

# HIPERPLASIA ENDOMETRIAL CON ATIPIA

## 1. Presentación del Caso

Paciente de 48 años, multípara (G2 P2), consulta por un cuadro de hipermenorrea y bache de amenorrea. Refiere que en los últimos 6 meses sus ciclos se han vuelto impredecibles, con periodos de 45 a 60 días seguidos de sangrados muy abundantes con coágulos que duran hasta 10 días.

### Antecedentes de relevancia:

- Factores metabólicos: obesidad mórbida (IMC 41), Sedentarismo marcado.
- Endocrinológicos: antecedente de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) desde la adolescencia, tratado de forma irregular con anticonceptivos. Resistencia a la insulina en tratamiento con Metformina.
- Ginecológicos: no utiliza métodos anticonceptivos actualmente. Ciclos históricamente oligoovulatorios.

### Examen Físico:

- General: presencia de Acantosis nigricans en cuello y axilas (insulinorresistencia). Tensión arterial: 145/90 mmHg.
- Ginecológico: especuloscopia muestra vagina con restos hemáticos oscuros, cuello uterino sin lesiones macroscópicas. Al tacto vaginal combinado, el útero se palpa de tamaño normal, consistencia algo blanda, anexos no palpables, sin dolor a la movilización.

## 2. Metodología diagnóstica y toma de decisiones

A. **Ecografía Transvaginal**: se observa un endometrio de 22 mm, marcadamente engrosado, con ecogenicidad heterogénea y múltiples áreas microquísticas.

B. **Biopsia por aspiración (Pipelle)**: realizada en la primera consulta.  
- Resultado Histopatológico: proliferación glandular con pérdida

de la relación estroma-glándula, presencia de pleomorfismo nuclear y pérdida de la polaridad celular. Diagnóstico: Hiperplasia Endometrial con Atipia.

C. *Histeroscopia*: Se solicita para realizar un mapeo visual y asegurar que no existan áreas exofíticas sospechosas de carcinoma franco que requieran una biopsia dirigida más profunda: confirma el hallazgo previo.

### 3. Tratamiento

#### Escenario A: Paciente con Paridad Cumplida (Tratamiento Estándar)

Debido al riesgo de progresión a adenocarcinoma endometroide (30% en 5 a 10 años), el tratamiento de elección es quirúrgico. **El procedimiento realizado fue una anexohisterectomía total.**

Comentario sobre la anexectomía: En pacientes perimenopáusicas como esta (48 años), se recomienda la salpingo-ouferectomía bilateral para disminuir el riesgo de afecciones anexiales, sin agregar mayor morbilidad a la intervención.

#### Escenario B: Deseo de Preservación de Fertilidad (Manejo Conservador)

Si la paciente fuera más joven y deseara embarazo:

- a. **Tratamiento Médico: DIU de Levonorgestrel (Mirena®)** como primera línea, o Megestrol 160 mg/día.
- b. **Seguimiento estricto:** Biopsia endometrial (preferentemente por histeroscopia) cada 3 meses. Luego de 2 biopsias negativas consecutivas, se permite la búsqueda de embarazo.

### 4. Marco teórico

En la fisiopatología de la hiperplasia endometrial por estímulo estrogénico, la falta del efecto antagónico de progesterona (ciclos anovulatorios en SOP o perimenopausia) deja al endometrio bajo un

estímulo mitogénico constante de los estrógenos. Esto produce una sobreexpresión de receptores y mutaciones tempranas (como en el gen PTEN), que llevan a la arquitectura glandular anómala. La historia natural de la evolución.

## ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO (TIPO I)

### 1. Presentación del caso

Paciente femenina de 62 años, postmenopáusica (FUM hace 10 años).

Acude a la consulta por presentar un cuadro de genitorragia de la postmenopausia de 3 semanas de evolución, caracterizado por sangrado vaginal escaso pero persistente, de color amarronado-rojo, sin relación con esfuerzos físicos.

#### Antecedentes Personales:

- Comorbilidades: obesidad Grado II (IMC 36), Hipertensión Arterial mal controlada y Diabetes Mellitus Tipo 2 en tratamiento con Metformina.
- Gineco-obstétricos: nuligesta. Menarca temprana (11 años). No THR.
- Antecedentes Familiares: madre fallecida por cáncer de colon a los 55 años.

#### Examen Físico:

- General: distribución de grasa de predominio abdominal.
- Ginecológico: genitales externos de aspecto trófico. Especuloscopia: Cérvix normotrófico, se observa salida de escaso contenido hemático a través del orificio cervical externo (OCE). No se observan lesiones vaginales. Tacto vaginal combinado: Útero aumentado de tamaño (equivalente a gestación de 8-10 semanas), móvil, no doloroso.

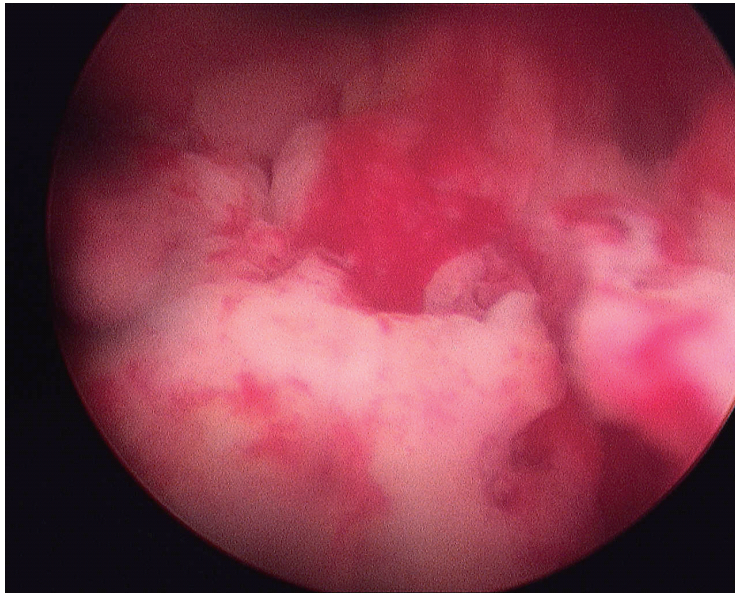
## 2. Abordaje diagnóstico y métodos complementarios

### A. Pruebas de Primera Línea

a. Ecografía Transvaginal: es el método inicial de elección. En esta paciente, se informa un endometrio de 18 mm de espesor, heterogéneo, con áreas quísticas y flujo Doppler central aumentado (índice de resistencia bajo).

*Punto clave: En postmenopáusicas con sangrado, el punto de corte (cut-off) normal es <4 mm.*

b. Histeroscopia: realizada en consultorio. El informe histopatológico revela: Adenocarcinoma endometrioide, FIGO Grado 1 (G1).



*Histeroscopia del cáncer de endometrio*

### B. Pruebas de Extensión y Estadificación

- Resonancia Magnética (RM): Es fundamental para la estadificación local prequirúrgica, evaluando la invasión miometrial, el compromiso del estroma cervical y la presencia de adenopatías pélvicas. Resultado en este caso: Invasión miometrial aparente del 30% (Estadio IA presuntivo).

### 3. Tratamiento

Dada la histología G1 y la RM que sugiere estadio inicial, se propone un abordaje por **Laparoscopia**, realizando una Anexohisterectomía Total + **Evaluación de Ganglio Centinela**; para este se realiza una inyección cervical con azul patente durante la cirugía para evidenciar los ganglios pelvianos que se tiñen y se los extrae.

- **Informe Patológico**: invasión endometrial superficial, G1, 1 ganglio centinela derecho y 2 izquierdos: negativos.

En cuanto al tratamiento ulterior, se deriva a Oncología Clínica. Se discute el caso en equipo y se decide control expectante

### 4. Marco Teórico

Se reconocen 2 tipos según la fisiopatología del cáncer de endometrio:

- **Tipo I (adenocarcinoma Endometroide)**: representa el 80% de los casos. Suele estar asociado a una tríada clásica: obesidad, HTA, DBT (también SOP, nuliparidad, siendo parte en realidad de un síndrome metabólico). Progresa desde una hiperplasia con atipia y además acompañarse de receptores de estrógeno/progesterona positivos.
- **Tipo II (Carcinoma Seroso Papilar y Células Claras)**: no asociado a hormonas, ocurre en endometrios atróficos, frecuente asociación con la mutación de p53. Se suele asociar a peor pronóstico por afectación peritoneal, ganglionar, recaídas locorregionales y a distancia.

#### Clasificación Molecular

El manejo actual del cáncer de endometrio se realiza, similar a lo visto en cáncer de mama, ya no solo de acuerdo a los factores morfológicos, sino también el perfil biológico de la lesión. De acuerdo a estos parámetros se definen los siguientes tipos biológicos:

1. **POLE mutado**: pronóstico excelente, incluso en grados altos. Se puede considerar desescalar tratamiento.
2. **dMMR (Deficiencia en reparación de bases)**: asociado a Síndrome de Lynch. Sensible a inmunoterapia.

3. *NSMP (Perfil inespecífico)*: el más común, pronóstico intermedio.
4. *p53 anormal*: pronóstico desfavorable, requiere quimioterapia intensiva.

De acuerdo a los hallazgos patológicos, estadio tumoral y del tipo molecular, se indicará el tratamiento adyuvante correspondiente luego de la cirugía.

### Seguimiento

Control cada 3-4 meses los primeros 2 años con examen físico y citología de cúpula. El 70% de las recidivas ocurren en este periodo. La RM se solicita de manera anual o ante presencia de sintomatología de sospecha: genitorragia, dolor o palpación de área de sospecha en cúpula vaginal.

## Descripción del Algoritmo Diagnóstico en Cáncer de Endometrio

### A. Síntoma de Sospecha

El caso típico es una mujer en postmenopausia que presenta SUA. En la paciente postmenopáusica, cualquier sangrado (por mínimo que sea) es cáncer de endometrio hasta que se demuestre lo contrario (por más que el sangrado por atrofia es frecuente). En la premenopáusica, la sospecha surge en pacientes con factores de riesgo (SOP, obesidad, nuliparidad) y sangrados intermenstruales.

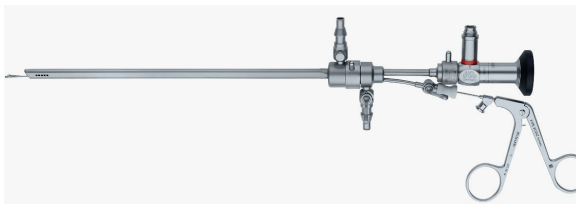
### B. Evaluación de Primera Línea

- Ecografía Transvaginal (ETV): Es el “filtro”. Buscamos el grosor endometrial.
  - Postmenopausia: si es >4-5 mm, la probabilidad de patología aumenta significativamente. Si es <4 mm y el sangrado persiste, se debe investigar atrofia o causas vaginales, pero si el sangrado es recurrente, se procede a histeroscopia.
  - Premenopausia: No hay un punto de corte establecido, pero

debe evaluarse en el postmenstruo inmediato y no suele ser más grueso de 5 a 6 mm.

### C. Confirmación Histológica

- Biopsia por Aspiración (Pipelle): Se realiza en consultorio y tiene alta sensibilidad (>90%) para procesos difusos.
- Histeroscopia con Biopsia Dirigida: es el ideal, ya que se observa toda la cavidad endometrial y se puede obtener una biopsia dirigida.



*Histeroscopio de consultorio con una pinza para obtener biopsia de endometrio.*

- Legrado Uterino Fraccionado: Si no tenemos disponible la histeroscopia, se realiza este procedimiento.

## **4. Estadificación Pre-quirúrgica**

Una vez confirmado el adenocarcinoma, el algoritmo se divide según la agresividad:

- Resonancia Magnética (RM) de Pelvis con contraste: Evalúa la profundidad de invasión miometrial (Estadio IA vs IB), el compromiso cervical o de órganos pélvicos.
- TC de Tórax/Abdomen/Pelvis: es parte de la estadificación a distancia para descartar metástasis pulmonares y adenopatías pélvicas y lumboaórticas.

## **5. Clasificación de Riesgo**

Como hemos mencionado previamente, tras la cirugía (Anexo-Histerectomía + Ganglio Centinela pélvico), el algoritmo terapéutico finaliza con la integración de los hallazgos para decidir la **Adyuvancia**:



# CÁNCER DE CUELLO UTERINO

## 1. Presentación del caso

Paciente femenina de 42 años, G4P4 (partos vaginales). Acude a consulta por presentar sangrado genital tras las relaciones sexuales (sinusorragia) de 3 meses de evolución y flujo vaginal fétido persistente. No se realiza PAP desde hace 10 años.

### Examen Físico:

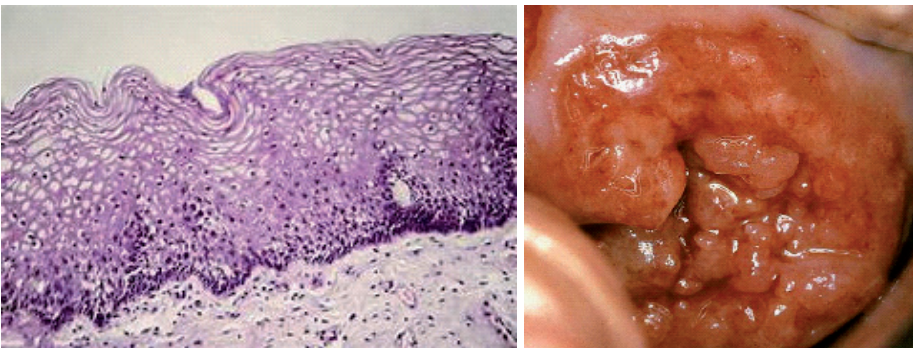
- Al realizar la especuloscopia, se observa una lesión exofítica, friable que sangra al contacto, de aproximadamente 3 cm, que sustituye parte del labio anterior del cuello uterino.

### Tacto Vaginal y Rectal:

- Parametrios elásticos (libres). Vagina sin compromiso de los fondos de saco. Útero móvil.

## 2. Proceso Diagnóstico

Ante una lesión sospechosa, se realiza una biopsia dirigida con pinza sacabocados, que informa: Carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado.



*Carcinoma epidermoide.*

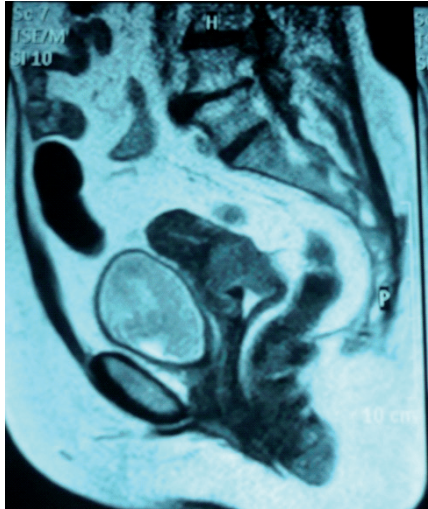
## 3. Tratamiento

Por RM se confirma un tumor de 24 mm, parametrios libres y sin adenopatías de sospecha. Se indica, tras discusión en equipo, rea-

lizar una histerectomía radical ampliada a parametrios y 1/3 superior de vaginal, además de linfadenectomía pelviana bilateral.

En el informe patológico definitivo, informa tumor de 25 mm, con 10 mm de profundidad de invasión, 12 ganglios en total negativos y sin invasión linfovascular

Se discute nuevamente en equipo, decidiéndose control expectante: PAP - colposcopia cada 4 meses los 2 primeros años y RM anual.



*RM de pelvis de un carcinoma de cérvix avanzado localmente*

#### 4. Marco Teórico

El punto fundamental del manejo terapéutico inicial para el cáncer de cuello uterino es determinar **si la paciente es quirúrgica o no**. Esto lo logramos con un examen físico completo, evaluando con un espejo y un tacto recto-vaginal la vagina, el cérvix y el eventual compromiso de los parametrios laterales y posteriores. El método complementario por excelencia para obtener una correcta estadificación es la RM con gel intravaginal. Esto hace que las lesiones cervicales puedan separarse de la vagina y así realizar un acertado diagnóstico de la eventual afección vaginal o no; esto suele confundirnos en masa cervicales exofíticas, lo cual se evidencia correctamente con la especuloscopia. En casos de sospecha de afección a otros órganos pélvicos como vejiga o recto, puede complementarse con cisto o rectoscopia.

En caso de afección de algunos de los órganos mencionados, la paciente se encuentra en un estadio avanzado y el tratamiento se debe discutir en equipo para lograr el mejor resultado, aunque en ocasiones son cuidados paliativos.

Estadio FIGO	Descripción	Tratamiento Sugerido
<b>IA</b>	Microinvasión	Conización cervical o Histerectomía simple. Biopsia de ganglio centinela (IA2)
<b>IB1 - IIA1</b>	Tumor < 4 cm limitado al cuello o vagina superior.	Histerectomía radical ampliada a parametrios y 1/3 superior de vagina + Linfadenectomía pélvica).
<b>IB3 IIB</b>	Compromiso de Parametrios o tumor > 4 cm.	Quimio-Radioterapia Concurrente. (Ya no es candidata a cirugía).
<b>IVB</b>	Metástasis a distancia (pulmón, hígado).	Cuidados paliativos / Quimioterapia sistémica.



*Histerectomía radical ampliada a parametrios y 1/3 de vagina para el tratamiento de cáncer de cuello uterino.*

## Prevención y Tamizaje (*Screening*)

Es el conocimiento preventivo que todo médico general debe dominar:

- **Prevención Primaria:** Vacuna contra el VPH (idealmente antes del inicio de vida sexual).
- **Prevención Secundaria:**
  - PAP (Citología): Iniciar a los 21-25 años (según guías locales).
  - Test de VPH: Más sensible que el PAP en mujeres >30 años.

## Seguimiento

Una vez tratada, la paciente requiere citología y exploración física cada 3-6 meses durante los primeros 2 años, que es cuando ocurre la mayoría de las recurrencias.

## Tener en cuenta:

1. **Sinusorragia:** Es el síntoma más característico del cáncer de cuello uterino invasor.
2. **Parametrios:** Si el tacto recto-vaginal detecta que alguno de los parametrios está afectado (estadio IIB), la paciente pasa tratarse con Radioterapia + Quimioterapia concurrente, la cirugía está contraindicada.
3. **VPH 16 y 18:** Son los responsables de la gran mayoría de los carcinomas escamosos y adenocarcinomas cervicales.
4. **Hidronefrosis:** Si una paciente con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino tiene hidronefrosis, se clasifica automáticamente como Estadio IIB-renal (compromiso de pared pélvica).

# PATOLOGÍA VULVAR

## CASO 1: LESIÓN VULVAR BENIGNA (LIQUEN ESCLEROSO)

### 1. Presentación del caso

Paciente de 65 años con prurito vulvar crónico e intenso que no cede con antimicóticos ni cremas multipropósito. A la inspección, se observa piel blanquecina a nivel de periné, con pérdida de la arquitectura de los labios menores y estenosis del introito, a su vez se evidencia eritema de labios menores y en menor medida de labios mayores.



### 2. Manejo Clínico y Métodos Complementarios:

Se realiza biopsia por punch, obligatoria ante cualquier placa blanquecina o sospechosa para descartar malignidad: Liquen escleroso y atrófico (LEA).



### 3. Manejo Terapéutico:

Corticoides de alta potencia (Clobetasol 0,05%) en pauta descendente (diario por 1 mes, luego 3 veces por semana).

### 4. Marco Teórico:

El Liquen Escleroso es una enfermedad inflamatoria crónica. Aunque benigna, tiene un riesgo de 3-5% de progresar a Cáncer de Vulva (vía dVIN). El seguimiento debe ser anual por tiempo prolongado

## CASO 2: VIN (NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR)

### 1. Presentación del Caso

Paciente de 42 años, fumadora, con lesiones multifocales, sobreelevadas y pigmentadas en labios mayores. Antecedente de CIN 2 cervical.

### 2. Manejo y Toma de decisiones:

Se realiza vulvoscopia, aplicando ácido acético al 5%. Se evidencian un total de 6 lesiones pigmentadas y sobreelevadas, 3 de cada lado. Se obtienen fotografías para mapeo de las lesiones. En el mismo acto, previa infiltración con anestesia local, se realiza biopsia dirigida con punch: Confirmación de VIN de tipo usual (asociado a VPH).



*Punch para biopsia.*

### 3. Manejo terapéutico:

Escisión local con márgenes de 0,5 - 1 cm. Patología definitiva: VIN usual. En lesiones muy extensas, se puede valorar Imiquimod al 5% con seguimiento estricto.

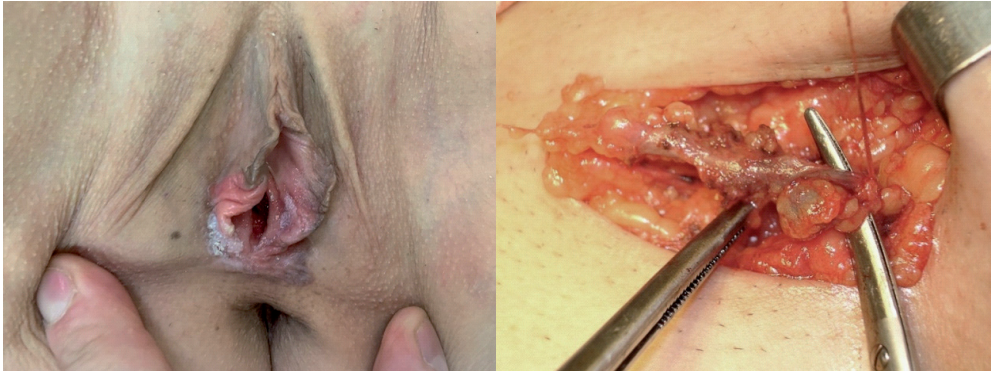
### 4. Marco teórico:

El VIN de tipo usual (HSIL vulvar) está fuertemente asociado a genotipos de VPH de alto riesgo (16, 18). El tabaquismo es el principal cofactor de progresión.

## CASO 3: CÁNCER DE VULVA

### 1. Presentación del caso

Paciente de 72 años con lesión en alas de mariposa a nivel perineal bilateral de 2,5 cm. No se evidencian adenopatías de sospecha en ambas ingles.



### 2. Manejo Clínico

El examen físico es fundamental para la estadificación y la inspección es fundamental, que puede ser complementado en casos de sospecha de extensión locorregional con RM de pelvis y TAC de tórax/abdomen para descartar metástasis a distancia.

### 3. Tratamiento

Tratamiento conservador con escisión local radical (hemivulvectomía inferior con márgenes libres) y biopsia de ganglio centinela bilateral. Se realiza colgajo de cierre en y-v para lograr un cierre sin riesgos de apertura y reconstrucción de la anatomía vulvar.



### 4. Marco Teórico

El Carcinoma Epidermoide es el tipo histológico más común

(90%). El factor pronóstico más importante es el estado de los ganglios inguinales, relacionado con la infiltración. En afecciones mayores a 1 mm de infiltración, se debe investigar el ganglio centinela. Esta técnica se realiza inyectando azul patente peritumoral y buscando el ganglio teñido entre los ganglios superficiales de la ingle.

# PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA 1

## 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 26 años, nuligesta, sin antecedentes personales de importancia. No refiere antecedentes familiares de primer grado de cáncer de mama. Usaria de anticonceptivos orales combinados desde hace 2 años.

### Motivo de Consulta:

- Hallazgo incidental de un “nódulo” en la mama izquierda durante la ducha hace 2 semanas.

### Examen Físico:

- Inspección: Mamas simétricas, sin alteraciones cutáneas ni retracciones.

- Palpación: En el cuadrante superior externo (CSE) de la mama izquierda, se palpa una formación de aproximadamente 2 cm, de consistencia firme-elástica, superficie lisa, bordes netos, muy móvil y no dolorosa. No se palpan adenopatías axilares.

## 2. Proceso Diagnóstico: La Triple Evaluación

### a. Examen clínico:

Las características (movilidad, bordes definidos, consistencia elástica) sugieren una etiología benigna, probablemente un **fibroadenoma**.

### b. Imagen (Ecografía Mamaria)

Es el método de elección inicial en menores de 35-40 años.

- *Hallazgo:* Imagen sólida, ovalada (eje mayor paralelo a la piel), circunscrita, hipoecoica y con refuerzo acústico posterior leve. No presenta sombras acústicas ni microcalcificaciones.
- *Categorización:* BI-RADS 3 (Probablemente benigno).

c. Histología:

En pacientes jóvenes con clínica e imagen concordante de benignidad, se puede optar por seguimiento. En este caso, ante la ansiedad de la paciente, se realiza una biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF) o biopsia Core.

**3. Marco teórico**

El fibroadenoma es el tumor benigno más común en mujeres <30 años. Se origina en la unidad ducto-lobulillar terminal por una proliferación del estroma y del epitelio.

Densidad Mamaria:

Según el *American College of Radiology (ACR)*, la mamografía en menores de 30 años tiene una baja sensibilidad (cercana al 25%) debido al tejido denso, mientras que la ecografía alcanza una sensibilidad superior al 90% para detectar masas.

Seguimiento BI-RADS 3:

Una lesión BI-RADS 3 tiene un riesgo de malignidad <2%. El manejo estándar es el seguimiento ecográfico en 6 meses.

BI-RADS	Significado	Riesgo de Cáncer	Conducta
0	Estudio incompleto	No específico	Necesita pruebas adicionales (eco, compresiones).
1 y 2	Normal / Benigno	~ 0%	Seguimiento habitual según screening.
3	Probablemente benigno	< 2%	Seguimiento estricto cada 6 meses (2 años).
4	Sospecha de malignidad	2 - 95%	Biopsia obligatoria.
5	Altamente sugestivo	> 95%	Biopsia y planificación quirúrgica.
6	Malignidad confirmada	100%	En tratamiento.

#### 4. Tratamiento

El manejo de un nódulo benigno como el fibroadenoma puede ser conservador o quirúrgico:

- **Conducta Expectante:** Si el nódulo es <2 a 3 cm, asintomático y el diagnóstico histológico/ecográfico es claro, se recomienda observación periódica. Evaluar crecimiento, ubicación y síntomas que produce. Es relevante evaluarlo con la paciente y de acuerdo a la relación mama/tumor.
- **Tratamiento Quirúrgico (nodulectomía):** Se indica la extirpación si:
  - a. Crecimiento rápido: aumento de tamaño en los controles semestrales.
  - b. Tamaño: nódulos >3 cm (descartar tumor Phyllodes).
  - c. Síntomas: dolor persistente o deformidad estética de la mama.
  - d. Preferencia de la paciente: deseo de extraer el nódulo por ansiedad o antecedentes.

#### Resolución del caso

El estudio histológico confirmó un fibroadenoma simple. Debido al tamaño de 2 cm y la ausencia de síntomas, se le comentan las opciones a la paciente un seguimiento ecográfico a los 6 meses.

#### **Perlas para el Examen**

- En mujeres <35 años con un nódulo palpable, la primera prueba de imagen siempre es la Ecografía.
- Discordancia: Si el examen físico sugiere malignidad (nódulo pétreo, fijo), pero la ecografía es normal, se debe proceder a la biopsia de todas formas. La clínica manda sobre la imagen negativa.
- La PAAF (punción con aguja fina) solo da citología (células); la Biopsia Core (con tru-cut) da histología (tejido y arquitectura), siendo esta última preferible. Las biopsias se guían con ecografía.

## PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA 2

### 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 30 años, soltera, de profesión abogada. Acude a la consulta de mastología derivada por su ginecólogo de cabecera tras el hallazgo de un nódulo en la mama derecha durante un autoexamen de rutina hace aproximadamente 2 meses.

#### Motivo de Consulta:

- Nódulo mamario indoloro.

#### Antecedentes de relevancia:

- Gineco-obstétricos: menarca a los 12 años. Nuligesta. Ciclos regulares 28x5. Utiliza anticonceptivos orales combinados (AOC) desde los 22 años de forma ininterrumpida.
- Hábitos: no fumadora. Realiza actividad física regular.
  - La paciente refiere que el nódulo no ha cambiado de tamaño significativamente durante los últimos dos ciclos menstruales y no presenta dolor premenstrual asociado específicamente a la lesión. Presenta una marcada ansiedad por el antecedente de su tía.

#### Antecedentes Familiares:

- Madre con diagnóstico de quistes mamarios simples (benignos). Una tía materna con cáncer de mama diagnosticado a los 62 años.

### 2. Examen Físico Dirigido

- Inspección: mamas simétricas, sin alteraciones cutáneas (no hay retracción, eritema ni edema en piel de naranja). Complejo pezón-areola (CAP) sin desviaciones ni secreciones.
- Palpación Superficial y Profunda:
  - Mama Derecha: en el cuadrante superior externo (CSE), hora 10, a unos 3 cm de la areola, se palpa un nódulo de aproxima-

damente 3 cm de diámetro. Su consistencia es firme-elástica, límites muy netos, superficie lisa y móvil respecto a los planos profundos y la piel (signo de la “cola de ratón”). No es doloroso a la palpación.

- *Mama Izquierda*: Sin hallazgos de relevancia.

- Áreas Ganglionares: No se palpan adenopatías a nivel axilar ni regiones supraclaviculares bilaterales.

### 3. Proceso diagnóstico

Se debe realizar la Triple Evaluación: Clínica, Imágenes y Patología.

#### A. Diagnóstico por Imágenes

Dada la edad de la paciente (30 años) y la densidad del tejido glandular, el estudio inicial de elección es la Ecografía Mamaria.

#### Ecografía Mamaria:

Se identifica una imagen nodular sólida, de 32 x 15 mm, de contornos regulares y definidos, con una cápsula fina ecogénica. Su eje mayor es paralelo a la piel (signo de benignidad). Es hipoeoica de forma homogénea y presenta refuerzo acústico posterior leve. No hay sombras laterales ni distorsión de la arquitectura circundante. **BI-RADS 3.**

#### Mamografía:

En pacientes menores de 35 años, la mamografía no se indica de rutina a menos que haya sospecha clínica de malignidad o la ecografía sea no concluyente. En este caso, por la edad y las características ecográficas, se decide diferir o realizar solo si fuera estrictamente necesario tras la biopsia (aunque en este perfil de paciente suele mostrar una masa circunscrita radio-opaca que no aporta datos adicionales a la ecografía).

Procedimiento Intervencionista: Aunque el BI-RADS 3 sugiere seguimiento, la ansiedad de la paciente y el tamaño del nódulo (>2

cm) justifican una confirmación histológica. En la mayoría de los casos que manejamos como este, no se utiliza la punción biopsia, salvo algún signo de sospecha que no sea un nódulo benigno. Si en el control a los 3 a 6 meses existen cambios imagenológicos, sí solicitamos realizar la biopsia por punción eco-guiada. Se realiza punción biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía para obtener cilindros de tejido.

#### 4. Manejo terapéutico

El informe de patología revela: “Proliferación de estroma fibroblástico sin atipias que comprime conductos galactóforos (patrón intracanalicular) y áreas de proliferación glandular pericanalicular. Compatible con **Fibroadenoma simple**”.

#### Opciones Terapéuticas

Para una paciente de 30 años con un fibroadenoma confirmado de 3 cm, existen dos caminos:

- a. Manejo Expectante: control
- b. Tratamiento Quirúrgico (nodulectomía).

Debido al tamaño y la preocupación de la paciente por su antecedente familiar, se opta por la exéresis quirúrgica. El procedimiento se realiza sin complicaciones, con un resultado estético satisfactorio con un abordaje periareolar y confirmación de benignidad en la pieza quirúrgica total.

#### 5. Marco teórico

El fibroadenoma es el tumor benigno más común de la mama femenina. Es una lesión fibroepitelial bifásica (compuesta por elementos epiteliales y estromales). Es más frecuente entre los 15 y 35 años.

Se considera una aberración del desarrollo normal de los lobulillos mamarios más que una neoplasia verdadera. Es altamente sensible a las hormonas:

- **Estrógenos:** estimulan su crecimiento.
- **Regresión:** suelen involucionar y calcificarse en la postmenopausia (calcificaciones en “palomitas de maíz” o popcorn).

### Diagnóstico Diferencial: El Tumor Phyllodes

El tumor *Phyllodes* tiene una celularidad estromal mucho más elevada y un potencial de crecimiento rápido y recurrencia local (o incluso malignidad). Se debe sospechar *Phyllodes* si el nódulo crece en pocos meses. La edad de presentación suele darse más tardío que los fibroadenomas.

### Clasificación de los Fibroadenomas

1. Simple: el más común (como el del presente caso).
2. Complejo: presenta quistes (>3 mm), adenosis esclerosante o calcificaciones epiteliales. Tienen un riesgo levemente aumentado de cáncer de mama a futuro (riesgo relativo 2,3-3,1).
3. Juvenil/Gigante: superan los 5 cm de diámetro, frecuentes en adolescentes.

## NÓDULO MAMARIO BI-RADS 5

### 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 52 años, G2P2, menopausia a los 50 años. Sin antecedentes de terapia de reemplazo hormonal. Refiere que su madre fue diagnosticada con cáncer de mama a los 60 años.

#### Motivo de Consulta:

- Hallazgo de un nódulo duro en la mama derecha durante el control ginecológico anual.

#### Examen Físico:

- A la inspección las mamas son medianas y péndulas, sin signos de retracciones ni abovedamientos. A la palpación en decúbito dorsal, se evidencia en el cuadrante superior externo (CSE) de la mama derecha, un nódulo de aproximadamente 1.5 cm, de consistencia dura, bordes irregulares, fija a planos profundos y no dolorosa. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares sospechosas.

### 2. Proceso Diagnóstico:

#### La Triple Evaluación en Sospecha de Malignidad

Ante una paciente de 52 años postmenopáusica con un nódulo pétreo, el algoritmo cambia radicalmente respecto a la paciente joven:

#### Imágenes (Mamografía + Ecografía):

- Mamografía: se observa una masa densa, de contornos espiculados (forma de estrella) con presencia de microcalcificaciones pleomórficas agrupadas; BI-RADS 5.
- Ecografía: imagen hipoecoica, de bordes mal definidos, con sombra acústica posterior marcada y eje vertical (más alta que ancha).
- Categorización: **BI-RADS 4B** (Sospecha moderada de malignidad, riesgo entre 10% y 50%).

### Histología:

- Carcinoma Ductal Infiltrante (Tipo no especial), Grado II de Nottingham.

### **Importancia de la edad:**

La mamografía es el estándar para el tamizaje en esta población debido a la sustitución grasa del tejido glandular.

### **Marcadores inmunohistoquímicos:**

Es imperativo solicitar en la pieza de biopsia, ante un hallazgo de carcinoma invasor, la expresión de Receptores de Estrógeno (RE), Progesterona (RP), HER2 y el índice de proliferación Ki-67. Esto define el tratamiento a seguir: tiempo de cada tratamiento y adyuvancia. En este caso, se informa un tumor con receptores hormonales altamente positivos (80% ambos), Her2Neu negativo y ki 67 de 10 % (negativo)

### **3. Manejo Terapéutico**

Una vez confirmado el diagnóstico de carcinoma, el manejo es multidisciplinario presentándose el caso en Comité de Tumores: se decide realizar cirugía conservadora y biopsia de ganglio centinela. El resultado patológico fue el esperado en la evaluación inicial: tumor de 16 mm resecado con márgenes libres, 2 ganglios centinelas negativos.

Como tratamiento adyuvante, se indicó Radioterapia y Hormonoterapia por 10 años con Tamoxifeno.

### **Perlas para el Examen**

1. **BI-RADS 4-5 = Biopsia:** Nunca se debe diferir el diagnóstico histológico en esta categoría.
2. **Sombra acústica posterior:** En ecografía, es un signo clásico de que el tejido es muy denso o fibrótico, sugiriendo malignidad (a diferencia del refuerzo posterior de los quistes).
3. **Relación eje vertical/horizontal:** Los tumores malignos crecen rompiendo los planos tisulares (verticales), mientras que los benignos suelen crecer a lo largo de ellos (horizontales).

## MICROCALCIFICACIONES MAMARIAS

### 1. Presentación del Caso

Paciente femenina de 48 años, asintomática, que acude a su control ginecológico anual. No refiere nódulos palpables, secreciones por el pezón, ni cambios en la coloración de la piel.

#### Antecedentes de relevancia:

- Gineco-obstétricos: Menarca 12 años, G2 P2 (partos eutócicos). Lactancia materna prolongada (12 meses por hijo). Uso de anti-conceptivos orales por 5 años en la juventud.
- Hábitos: No fumadora, consumo ocasional de alcohol. Sin antecedentes quirúrgicos mamarios.

#### Antecedentes Familiares:

- Madre diagnosticada con cáncer de mama a los 58 años (postmenopáusica).

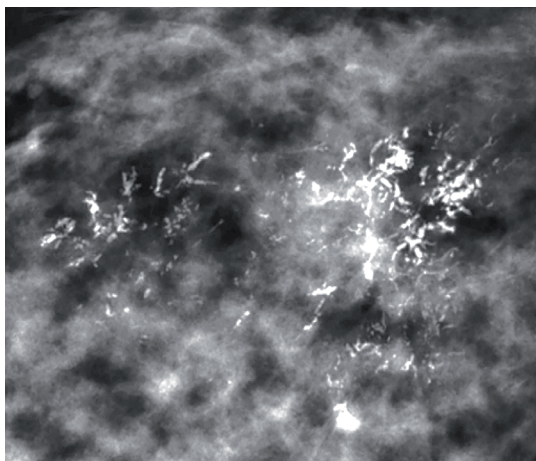
#### Examen Físico

- Inspección y Palpación: Mamas simétricas, sin evidencia de lesiones cutáneas. A la palpación sistemática, no se perciben nódulos ni áreas de predominio glandular en ninguna de las dos mamas. Axilas y regiones supraclaviculares libres de adenopatías palpables.

## 2. Proceso diagnóstico

### A. Mamografía

Al realizar la mamografía de screening (proyecciones CC y MLO), se identifican en la mama izquierda, cuadrante superior externo (CSE): Grupo de microcalcificaciones pleomórficas irregulares, de morfología heterogénea, dispuestas en un área de 15 mm, con una distribución agrupada/segmentaria. Categorización Inicial: BI-RADS 4C (Sospecha alta).



### **Evaluación Adicional: se solicitan para confirmar el hallazgo**

#### A. Magnificación de Microcalcificaciones:

- Se realiza proyección de magnificación para definir mejor la morfología. Se confirman calcificaciones irregulares, agrupadas de alta sospecha.

#### B. Ecografía Mamaria:

- Se realiza para buscar un nódulo asociado. En este caso, la ecografía es completamente normal, confirmando que se trata de una lesión no palpable y puramente radiológica.

#### C. Confirmación Histológica

- Dado que las lesiones no son visibles por ecografía, se indica una Punción Estereotáxica con Biopsia Asistida por Vacío (BAV).
- Procedimiento: Se utilizan coordenadas radiológicas para localizar el grupo. Se toman muestras con aguja 9G.



#### D. Punción bajo guía estereotáxica

- Control Post-punción: Se realiza mamografía de la muestra (para confirmar que se han extraído las calcificaciones) y se coloca un clip metálico de marcación en el sitio de la biopsia.
- Resultado de Patología: Carcinoma Ductal In Situ (CDIS), de grado nuclear intermedio, con focos de necrosis tipo comedo.

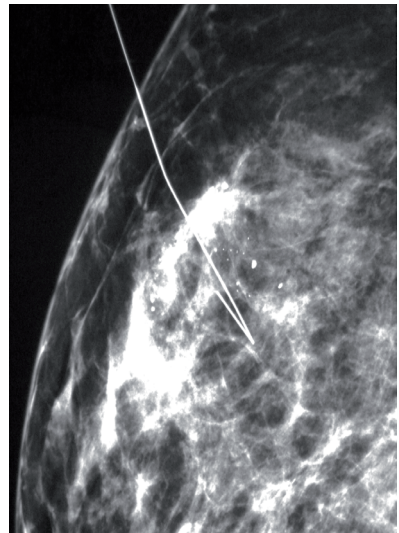
### 3. Manejo terapéutico

El objetivo es la exéresis completa con márgenes libres, pero como no se palpa, se requiere localización preoperatoria.

#### Marcación Prequirúrgica:

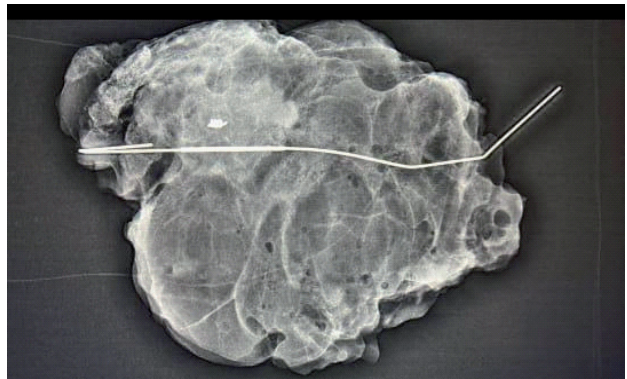
El día de la cirugía, se coloca un arpón metálico guiado por mamografía (estereotaxia), posicionando el extremo en el clip metálico colocado previamente.

*Colocación de arpón bajo guía estereotáxica*



Tratamiento Quirúrgico: Se realiza una Cirugía Conservadora (cuadrantectomía). Es imperativo realizar una mamografía de la pieza quirúrgica en quirófano para asegurar que el grupo de calcificaciones y el clip están incluidos en el tejido extirpado.

*Mamografía de una pieza de biopsia radioquirúrgica con el clip metálico y el arpón*



### Manejo Axilar en CDIS

En el CDIS puro no está indicada de rutina la linfadenectomía ni la biopsia de ganglio centinela. Sólo se realiza si se indica una Mastectomía (ya que, si la patología final revela microinvasión, no se podrá realizar el centinela después) o si la lesión es muy extensa (>5 cm).

### Tratamiento Adyuvante

- Radioterapia: Indicada tras cirugía conservadora para reducir el riesgo de recidiva local (que en el 50% de los casos puede ser invasora).
- Hormonoterapia: Si los receptores de estrógeno son positivos, se indica Tamoxifeno por 5 años para reducir el riesgo en la mama ipsilateral y contralateral.

## **4. Marco teórico**

El CDIS es una proliferación de células epiteliales malignas que se encuentran confinadas dentro de la unidad ducto-lobulillar terminal, sin atravesar la membrana basal. Por definición, no tiene capacidad de dar metástasis linfáticas o a distancia mientras permanezca in situ.

### Clasificación Histológica y Grado Nuclear

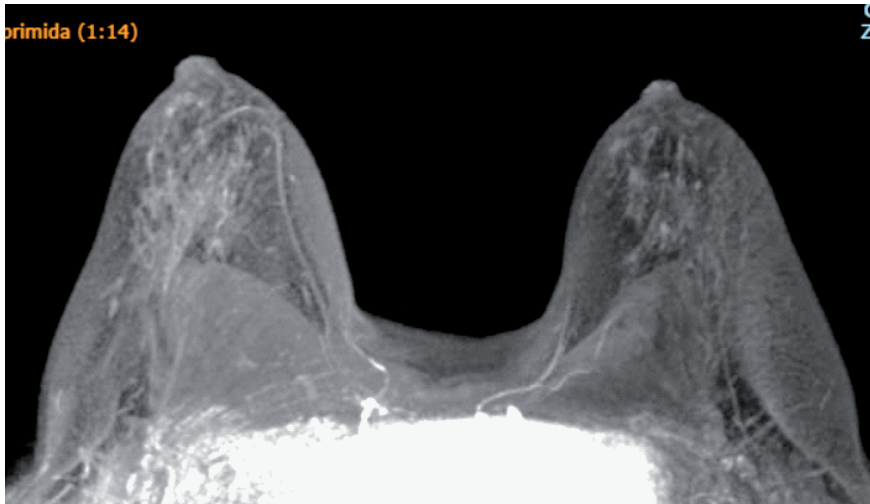
Se clasifica según el grado nuclear (Bajo, Intermedio, Alto) y la presencia de necrosis:

- Tipo Comedo: Se caracteriza por necrosis central masiva. Es el subtipo más agresivo y con mayor riesgo de transformarse en cáncer invasor si no se trata.
- Patrones de Crecimiento: Sólido, cribiforme, papilar o micropapilar.

## **El Concepto de Multicentricidad y Márgenes**

El CDIS suele tener un crecimiento arboriforme o segmentario a lo largo de los conductos. Por ello, un margen quirúrgico “negativo” se define clásicamente como  $\geq 2$  mm de distancia entre el tumor y el borde de la pieza. Si se realiza la intervención y el margen es negativo,

es decir 1 célula libre de margen, no se reinterviene la paciente, aunque es preferible los 2 mm mencionados anteriormente. Para valorar extensión, el método diagnóstico fundamental es la RM con gadolinio.



*Evaluación de extensión con RM de un CDis.*

# TÓPICOS PARA EL EXAMEN DE GINECOLOGÍA

## 1. Hemorragia y Miomatosis

- **SUA:** la causa más frecuente de sangrado uterino en la postmenopausia es la **atrofia endometrial**, pero la primera causa a descartar siempre es el **adenocarcinoma de endometrio**.
- **Miomas:** el síntoma más frecuente es el sangrado (hipermenorrea). El mioma que más sangra es el **submucoso (FIGO 0-2)**. **Tratamiento:** La miomectomía es para deseos genésicos; la histerectomía es el tratamiento definitivo en paridad satisfecha.

## 2. Abdomen Agudo y Embarazo Ectópico

- **Embarazo ectópico:** La triada es amenorrea + dolor + sangrado. El sitio más frecuente de rotura temprana es el **istmo**. El de mayor mortalidad es el **intersticial/cornual**.
- **Zona discriminatoria:** subunidad  $\beta$ -hCG entre 1500-2000 mUI/mL. Si por ECO TV no se ve saco intrauterino con estos niveles, sospecha EE.
- **Torsión anexial:** el síntoma cardinal es el dolor súbito asociado a **náuseas y vómitos** (reflejo autonómico); puede ser subagudo por torsión-destorsión. El Doppler no siempre es diagnóstico (puede haber flujo residual).

## 3. Infecciones (ETS y EPI)

- **Vaginosis:** No es una inflamación, es un cambio de flora. Células clave (clue cells) + KOH (+) = **Gardnerella**. Tratamiento: Metro-nidazol.
- **Tricomoniasis:** Única vulvovaginitis que se considera ETS y requiere tratar a la pareja. Cérvix en fresa.
- **EPI:** La complicación crónica más frecuente es el dolor pélvico crónico y la más grave es la infertilidad/embarazo ectópico; todos por alteración de la anatomía por adherencias, pudiendo producir también obstrucción tubaria.

#### 4. Patología Cervical y Mamaria

- **VPH:** Los serotipos **16 y 18** son los oncogénicos más frecuentes en nuestro medio (causan el 70% de los cánceres). El 6 y 11 causan condilomas (verrugas).
- **BI-RADS 0:** Significa que necesitamos otro estudio para categorizar la imagen.
- **BI-RADS 3:** Significa seguimiento a los 6 meses.
- **BI-RADS 4:** Significa biopsia.
- **Cáncer de Mama:** El tipo histológico más frecuente es el **Carcinoma Ductal Infiltrante**. Los factores pronósticos más importantes son el estadio tumoral junto con el perfil molecular. El 15% tiene una mutación heredable comprobada.

#### 5. Endocrinología Ginecológica

- **SOP:** No se necesita ecografía para el diagnóstico si hay clínica de anovulación e hiperandrogenismo (Criterios de Rotterdam). Dependiendo si la paciente tiene deseos de fertilidad o no será el tratamiento.
- **Menopausia:** El síntoma más temprano del climaterio es la irregularidad menstrual; el más característico son los sofocos. Fundamental modificar hábitos, realizar ejercicio y optimizar dieta. Primera línea del tratamiento de sofocos es no hormonal, que sí lo es para la sequedad vaginal (local en crema-óvulos). La THR está contraindicada si hay antecedentes de cáncer de mama o eventos trombóticos.
- **Amenorrea Primaria:** Si hay caracteres sexuales presentes, pero no hay útero, pensar en **Síndrome de Rokitansky (46,XX)** o **Insensibilidad a Andrógenos (46,XY)**.

#### 6. Oncología Ginecológica

- **Cáncer de ovario:** es el “asesino silencioso”. El marcador **CA-125** es útil para seguimiento, no tanto para screening.
- **Cáncer de cuello uterino:** se estadifica con tacto recto-vaginal y

RM (con gel vaginal) para valorar parametrios y vagina.

- **Cáncer de vulva:** 2 etapas de la vida 2 presentaciones: jóvenes asociadas a VPH, pueden ser múltiples; añosas asociadas a atrofia, suelen ser únicas.
- **Mola hidatidiforme:** La mola completa tiene cariotipo 46 XX (**paterno**) y no tiene feto. La mola parcial es triploide y puede tener restos fetales. El seguimiento post-legrado con subunidad beta-hCG debe ser semanal.

## GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA GINECOLÓGICA

### A

- **Adenomiosis:** Presencia heterotópica de glándulas y estroma endometrial en el espesor del miometrio. Clínicamente cursa con útero de consistencia leñosa, aumentado de tamaño de forma difusa, dismenorrea secundaria y sangrado uterino anómalo (SUA).
- **Amenorrea:** Cese de la menstruación por un período equivalente a tres ciclos previos o 6 meses. Se categoriza según el compartimento afectado (I: Canalicular/Uterino, II: Gonadal, III: Hipofisario, IV: Hipotalámico).
- **Anexectomía:** Extirpación quirúrgica del complejo tubo-ovárico. Si es unilateral, se denomina salpingo-forectomía.
- **ASC-H (*Atypical Squamous Cells, cannot exclude H-SIL*):** Hallazgo citológico que describe células escamosas atípicas donde no se puede descartar una lesión intraepitelial de alto grado. Requiere colposcopia obligatoria.

### B

- **Bartholinitis:** Proceso infeccioso-inflamatorio de la glándula de Bartholino. El tratamiento en fase de absceso requiere incisión, drenaje y marsupialización para evitar recidivas.
- **Biopsia de Ganglio Centinela (BGC):** Técnica de estadificación axilar en cáncer de mama invasor que identifica el primer ganglio de drenaje linfático mediante radioisótopos (TAC99) o colorantes vitales.

### C

- **Cervicitis:** Inflamación del epitelio cervical, frecuentemente asociada a patógenos de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*). Se manifiesta por friabilidad tisular y descarga mucopurulenta.
- **Cistocele:** Prolapso de la pared vaginal anterior debido al fallo del soporte de la fascia pubocervical, resultando en el descenso de la base vesical.
- **Colposcopia:** Procedimiento diagnóstico que utiliza un sistema óptico de aumento para evaluar la zona de transformación cervical tras la aplicación de ácido acético del 3% al 5% (acetoblancura) y solución de Lugol (test de Schiller).
- **Conización:** Procedimiento escisional del cuello uterino que incluye la zona de transformación y parte del canal endocervical. Es diagnóstico y terapéutico para lesiones preneoplásicas (H-SIL: CIN 2-3) y también puede practicarse en estadios iniciales de carcinoma cervical (IA).

## D

- **Dispareunia:** Dolor asociado al coito. En ginecología técnica se diferencia entre dispareunia de intrusión (vulvar/ vestibular) y dispareunia profunda (asociada a endometriosis infiltrante, tumores anexiales o EPI).
- **Dismenorrea:** Dolor pélvico cíclico. La primaria se asocia a un exceso de prostaglandina F<sub>2</sub>-alfa; la secundaria suele ser marcador de patología orgánica (endometriosis, Adenomiosis, miomatosis entre otras etiologías).
- **Disquecia:** Dolor pelviano al defecar durante el ciclo menstrual.

## E

- **Ectopia Cervical:** Eversión del epitelio cilíndrico endocervical hacia el exocérvix. Es una variante fisiológica por hiperestrogenismo que desplaza la unión escamo-columnar (UEC).
- **Endometriosis:** Proliferación de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina. Se clasifica en peritoneal superficial, ovárica (endometriomas) e infiltrante profunda.
- **Enfermedad Pelviana Inflamatoria (EPI):** Síndrome clínico ascendente que compromete útero, trompas y ovarios. Su diagnóstico es clínico (Criterios de la CDC) y su complicación más severa es el absceso tubo-ovárico (ATO).

## F

- **Fibroadenoma:** Tumor bifásico benigno de la mama, compuesto por proliferación de elementos epiteliales y estromales. Es estrógeno-dependiente y presenta bordes netos en la ultrasonografía.
- **Frenkel (Signo de):** Dolor a la movilización cervical durante el tacto bimanual, indicativo de inflamación anexial o irritación peritoneal pélvica.

## G

- **Ginecorragia:** Sangrado genital de origen no determinado (uterino, vaginal o vulvar) que ocurre fuera del marco cronológico del ciclo menstrual.

## H

- **Hematocolpos:** Distensión vaginal por acumulación de detritos hemáticos menstruales, generalmente secundaria a himen imperforado o tabique vaginal transversal.
- **Histerometría:** Maniobra instrumental que permite determinar la longitud de la cavidad uterina y el eje longitudinal del órgano previo a procedimientos como la inserción de un DIU o legrado uterino.
- **Histerosalpingografía (HSG):** Estudio radiológico contrastado dinámico

para la evaluación de la arquitectura cavitaria uterina y la permeabilidad tubárica (Prueba de Cotte).

## L

- **Leucorrea:** Flujo vaginal no hemático. Su análisis microscópico busca diferenciar disbiosis (vaginosis bacteriana) de infecciones específicas (candidiasis, tricomoniasis).
- **Linfedema:** Complicación postquirúrgica o actínica caracterizada por la acumulación de linfa en el miembro superior tras linfadenectomía axilar en pacientes con cáncer de mama.

## M

- **Mastalgia:** Dolor mamario que se subdivide en cíclico (mastodinia, asociado a la fase lútea) y no cíclico (asociado a patología focal o dolor extramamario).
- **Metaplasia Escamosa:** Proceso fisiológico de sustitución del epitelio cilíndrico por epitelio escamoso estratificado en la zona de transformación cervical.
- **Miomatosis Uterina:** Neoplasias benignas de células musculares lisas (leiomiomas). Se clasifican según la FIGO (0-8) de acuerdo a su localización (submucosos, intramurales, subserosos).

## O

- **Oligomenorrea:** Ciclos menstruales con una periodicidad superior a 35 días, frecuentemente asociados a oligoovulación (ej. Síndrome de Ovario Poliquístico).

## P

- **PALM-COEIN:** Acrónimo de la FIGO para la clasificación etiológica del Sangrado Uterino Anómalo (*Polyp, Adenomyosis, Leiomyoma, Malignancy / Coagulopathy, Ovulatory, Endometrial, Iatrogenic, Not classified*).
- **Papiloma intraductal:** Lesión proliferativa benigna de los conductos galactóforos. Es la causa principal de telorragia (secreción hemática por el pezón) uniductal.
- **Polimenorrea:** Acortamiento de la periodicidad del ciclo menstrual a intervalos menores de 21 días.

## S

- **Sinusorragia:** Sangrado genital desencadenado por el coito. Es un signo clínico de sospecha para carcinoma de cuello uterino o cervicitis severa.

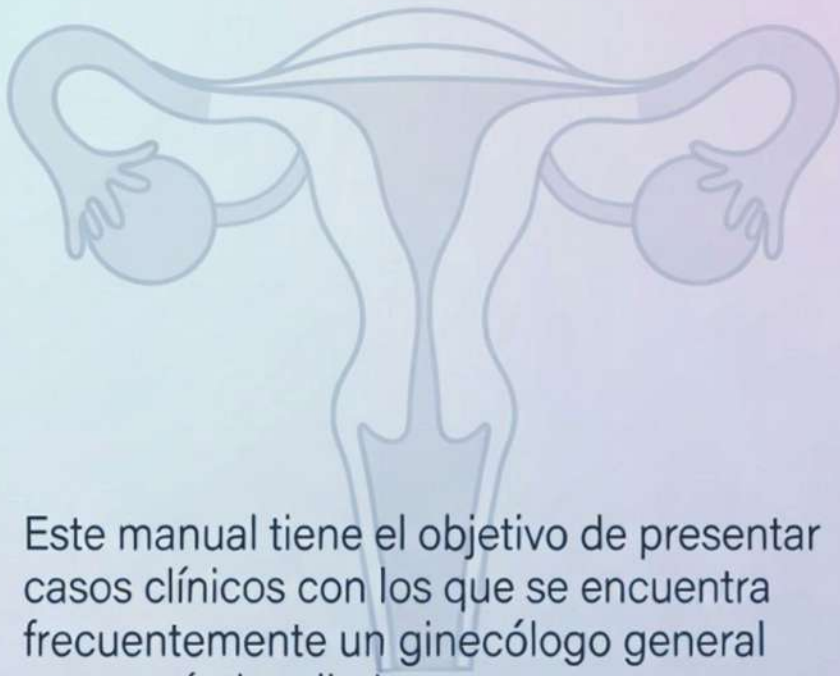
- **Spotting:** Sangrado intermenstrual de escasa cuantía, habitualmente asociado a la disrupción del endometrio por anticoncepción hormonal o bache estrogénico periovulatorio.

## T

- **Telarca:** Estadio de Tanner II que marca el inicio del desarrollo del botón mamario bajo influencia estrogénica.
- **Tumor *Phyllodes*:** Neoplasia fibroepitelial de la mama caracterizada por una alta celularidad estromal. Puede ser benigno, borderline o maligno y requiere márgenes quirúrgicos amplios por su alta tasa de recidiva.

## V

- **Vaginosis Bacteriana:** Sustitución de la microbiota saprófita (*Lactobacillus*) por polimicrobismo anaerobio (*Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*). Se diagnostica mediante los criterios de Amsel o el score de Nugent.



Este manual tiene el objetivo de presentar casos clínicos con los que se encuentra frecuentemente un ginecólogo general en su práctica diaria.

Pone el énfasis en la confección de la historia clínica, el examen físico y la utilización de métodos complementarios para llegar a un tratamiento.

Puede ser de utilidad no solo para el cursado de la materia, sino también a alumnos que se encuentren realizando su práctica final, e incluso para médicos generalistas.

Prof. Dr. José María Mariconde



**recursos**  
fotográficos  
EDITORIAL