

AMENORREA

- Interrupción o ausencia de la menstruación
- La primera causa global es el embarazo
- GnRH: hipotálamo
- LH y FSH: pituitaria
- Estradiol: ovarios

AMENORREA PRIMARIA

- Se da sin menstruación previa
- Ausencia de menarca a los 15 años en PRESENCIA de desarrollo de caracteres sexuales secundarios
- Ausencia de menarca a los 13 en AUSENCIA de caracteres sexuales secundarios
- La causa más frecuente son las disgenesias gonadales, la más común: Turner

AMENORREA PRIMARIA CON CARÁCTERES SEXUALES

- Realizar ecografía pélvica para determinar si hay canal vaginal y útero normal

Útero ANORMAL o AUSENCIA

- **Síndrome de Rokitansky o Agenesia Mulleriana 46 XX**
 - Cariotipo femenino 46 XX
 - Segunda causa de amenorrea primaria
 - Ausencia total o parcial de útero y/o vagina
 - Ovarios NORMALES y funcionales, desarrollo puberal normal
 - Asociado a anomalías renales y óseas
- **Síndrome de insensibilidad androgénica o Síndrome de Morris**
 - Cariotipo masculino 46 XY con fenotipo femenino
 - Desarrollo mamario normal
 - Ausencia de vello axilar y púbico
 - Ausencia de útero
 - Gónadas NO descendidas que producen andrógenos
 - Déficit de receptores androgénicos, por lo que hay fenotipo femenino
 - Se deben remover las gónadas quirúrgicamente

Útero NORMAL

- **Himen imperforado**
 - Desarrollo sexual normal
 - Dolor abdominal cíclico por acumulación de sangre
- **Agenesia cervical**

AMENORREA PRIMARIA SIN CARÁCTERES SEXUALES

- Se debe tomar FSH

FSH Alta: Hipogonadismo hipergonadotrófico

● Síndrome de Turner

- Cariotipo 45 XO
- Causa más frecuente de disgenesia gonadal: formación defectuosa
- Niveles elevados de FSH porque no hay feedback negativo
- Talla baja
- Infantilismo sexual
- Cuello palmeado o pliegue cervical: pterigium colli
- Paladar ojival, micrognatia
- Alteraciones renales y cardíacas

● Síndrome de Swyer o disgenesia gonadal pura

- Cariotipo 46 XY, mutación del gen SRY
- Fenotípicamente femeninos sin desarrollo de caracteres sexuales
- Estatura normal
- Se deben extirpar las gónadas, pueden tener genitales ambiguos

FSH BAJA: hipogonadismo hipogonadotrófico

- Se recomienda realizar RNM para descartar tumores hipotálamo hipofisarios

AMENORREA SECUNDARIA

- Interrupción de la menstruación
- Si ciclos regulares previos: ausencia de la menstruación por 3 meses o más
- Si ciclos irregulares: ausencia de la menstruación por 6 meses o más
- La causa más frecuente es el embarazo, la BhCG es el primer exámen a tomar

Hiperprolactinemia

- Segunda causa más común
- Medir prolactina
- La más común es por medicamentos: anticonceptivos, antihipertensivos y antidepresivos
- Pueden también tener un prolactinoma: alteraciones visuales, cefalea... RNM
- Galactorrea
- Signos de hipoestrogenismo y disminución de la líbido

Síndrome de ovario poliquístico

- Menstruación irregular o amenorrea
- Hirsutismo
- Alteraciones metabólicas

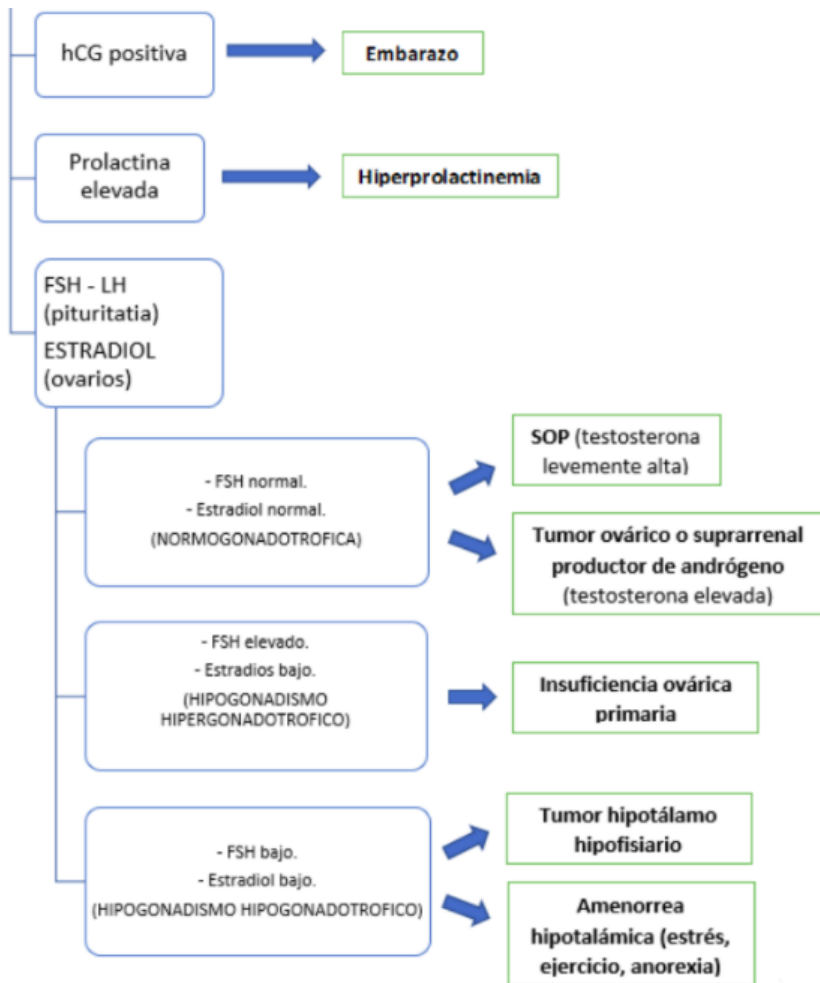
- Estradiol normal, FSH normal: amenorrea normogonadotrópica
- Testosterona puede estar elevada, si es mucho, tumor secretor

Insuficiencia ovárica prematura o menopausia precoz

- Agotamiento de reserva antes de los 40
- Hipoestrogenismo
- LH y FSH elevadas: hipogonadismo hipergonadotrópico

Hipogonadismos hipogonadotróficos hipotalámicos

- Pérdida de peso
- Ejercicio intenso
- Estrés
- Anorexia
- Síndrome de Kallman: anosmia por defectos del bulbo olfativo
 - Pueden tener paladar y labio hendido
 - Disquinesia
 - Ataxia
 - Sordera cerebelosa
 - Agenesia renal unilateral y anomalías endocrinas
 -



ANOMALÍAS DE RECEPTOR Y DEFICIENCIAS ENZIMÁTICAS

Síndrome de insensibilidad androgénica completa	5-alfa-reductasa deficiencia	Deficiencia de 17-alfa-hidroxilasa
<ul style="list-style-type: none"> Vagina corta. No vello púbico ni virilización. Hipertrofia del clítoris. Ausencia de útero. 46 XY. <p>LH TESTOSTERONA ↑ FSH NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> 46XY. No ginecomastia. Genitales externos femeninos o ambiguos. Acomulación de DHT. <p>TESTOSTERONA Alta LH normal DHT Baja</p>	<ul style="list-style-type: none"> Déficit de glucocorticoide. Hipogonadismo. Hipertensión Hipopotasemia grave. <p>TESTOSTERONA ↑ LH FSH</p>

Hormonas	Valores normales
FSH	3-9 mUI/ml
LH	2-10 mUI/ml
TSH	0,2-4,7 mUI/ml
Estradiol	27-161 pg/ml
Progesterona	5-20 ng/ml (en día 21)
Prolactina	0-20 ng/ml
AMH	0,7-3,5 ng/ml

Síndrome de Asherman

- Única causa uterina de amenorrea secundaria
- Cicatrización del lecho endometrial: infección, instrumentación

EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE ESTRÓGENOS

- Test de privación de progestinas
- Acetato de medroxiprogesterona 10 mg por 10 días
- Si sangra: presencia de estrógenos
- Si no sangra: hipoestrogenismo o alteraciones en el tracto de salida
- **Amenorrea hipotalámica:**
 - Cambios en el estilo de vida: ingesta calórica, asesoría nutricional.
 - Terapia cognitiva-conductual.
 - Manejo de baja masa ósea.
- **Hiperprolactinemia:** buscar la causa o agonistas de dopamina.
- **Falla ovárica prematura:** estrógenos para prevenir pérdida de masa ósea (ACOS vs TRH).
- **Sd. Asherman:** lisis histeroscópica de las adherencias → estrógenos.

ANTICONCEPCIÓN

- Los métodos hormonales se clasifican en:
 - Combinados: estrógeno + progestágeno
 - Sólo progestágenos

ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS

- El estrógeno inhibe la FSH y el gestágeno el pico de LH: no se ovula
- El gestágeno adelgaza el endometrio y espesa el moco cervical
- El estrógeno usualmente es etinilestradiol

	Actividad del gestágeno				
	Proges- tagénica	Andro- génica	Gluco- corticoide	Antian- drogénica	Antiminera- locorticoide
Progesterona	+	-	-	(+)	+
Drospirenona	+	-	-	+	+
Dienogest	+	-	-	+	-
Ciproterona	+	-	(+)	+	-
Medroxi- progesterona	+	(+)	(+)	-	-
Norestisterona	+	(+)	-	-	-
Tibolona	+	+	-	-	-
Levonorgestrel	+	(+)	-	-	-
Gestodeno	+	(+)	-	-	(+)
Desogestrel	+	(+)	-	-	-
Norgestimato	+	(+)	-	-	-
Trimegestona	+	-	-	(+)	(+)

[+ Efecto terapéutico / (+) Efecto insignificante a dosis terapéuticas / - Sin efecto]

Acetato de ciproterona

- Muy eficaz en el acné, hirsutismo e hipertrichosis
- Antiandrogénico por excelencia
- Preocupación respecto a riesgo de trombosis

Acetato de clormadinona

- Muy antiandrogénico
- Alternativa a la ciproterona en hiperandrogenismo

Drospirenona

- Tiene además actividad mineralocorticoide
- Puede mejorar la retención de líquidos y el SPM

Dienogest

- Gestágeno de efecto medio

Levonorgestrel

- Leve actividad antiandrogénica
- Puede aumentar el perfil lipídico y bajar el HDL
- Combinado con etinilestradiol parece tener menos riesgo de TEV

Efectos beneficiosos de AHC

- Efectos beneficiosos relacionados con la menstruación
 - Mejoría de la dismenorrea
 - Disminución del sangrado menstrual y del riesgo de anemia ferropénica
 - Mejoría del síndrome premenstrual
- Protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica
- Efectos beneficiosos en el tratamiento del dolor en la endometriosis
- Efectos beneficiosos sobre la piel: acné e hirsutismo
- Efectos beneficiosos sobre el hueso: reducción de la pérdida de DMO
- Efectos beneficiosos sobre las neoplasias
 - Cáncer de ovario
 - Cáncer de endometrio
 - Cáncer de colon

Contraindicaciones absolutas

- Lactancia en las primeras 6 semanas
- Tabaquismo >15 cigarrillos día en mayores de 35 años
- IMC >40
- Múltiples FR cardiovascular: edad, cigarrillo, DM, HTA...
- HTA no controlada con PAS >160 o PAD>100
- Antecedentes de TVP o TEP
- Cirugía mayor con inmovilidad: suspenderlos 4 semanas antes
- Trombofilia familiar diagnosticada
- Cardiopatía o ictus isquémico
- Valvulopatía complicada con hipertensión pulmonar
- Fibrilación auricular
- Endocarditis o prótesis metálicas
- Diabetes de más de 20 años de evolución con vasculopatía, nefropatía o neuropatía
- Migraña con aura
- Migraña sin aura en >35 años
- CA de mama en los últimos 5 años
- Hepatitis viral activa
- Cirrosis descompensada
- Adenoma o hepatocarcinoma

ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA

- 2% de expulsión de la T de cobre en el primer año, más común en nulíparas
- Mayor riesgo de infección en el primer mes de uso
- Se puede insertar en cualquier momento del ciclo
- El DIU de cobre es efectivo inmediatamente, el LNG tarda 7 días
- Se puede retirar en cualquier momento
- Se recomienda control 3 a 6 semanas post inserción
- Las anomalías menstruales pueden durar hasta 6 meses con la T de cobre
- No se aumenta el riesgo de ectópico sino su proporción

- El LNG no está contraindicado en las mujeres con historia de trombosis o riesgo aumentado ni en las que fuman

CITOLOGÍA

TAMIZACIÓN EN COLOMBIA

- <25 años NO se hace
- 25 a 29 años: cada 3 años. NO VPH porque la prevalencia es alta y suele desaparecer sola.
 - Solo se hace si la citología reporta ASC-US
- 30 a 65 años: ADN VPH, si es negativa, repetir a los 5 años

Figura 5. Recomendaciones de la GPC ante citología con ASC-US o LIE-BG

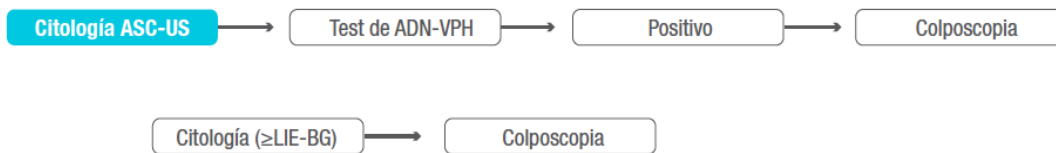


Figura 6. Tamización para cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 a 65 años con prueba de ADN-VPH

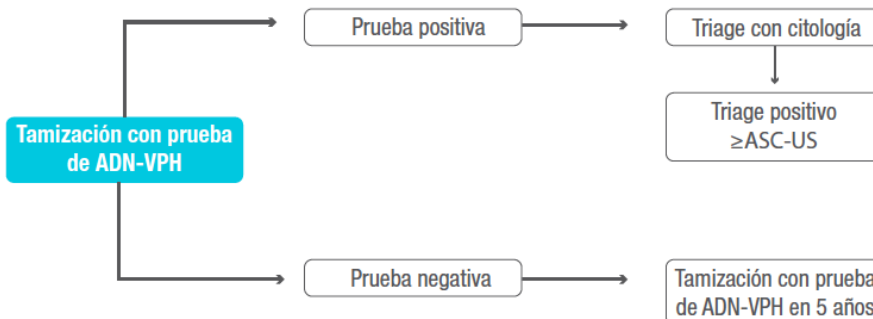
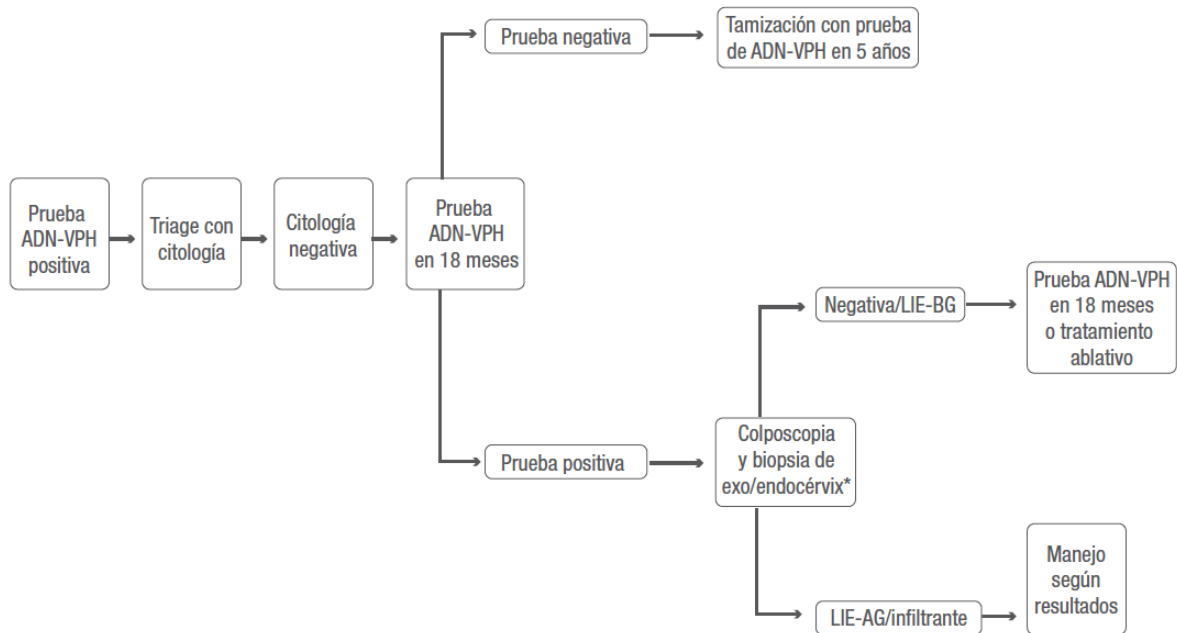


Figura 7. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage negativa

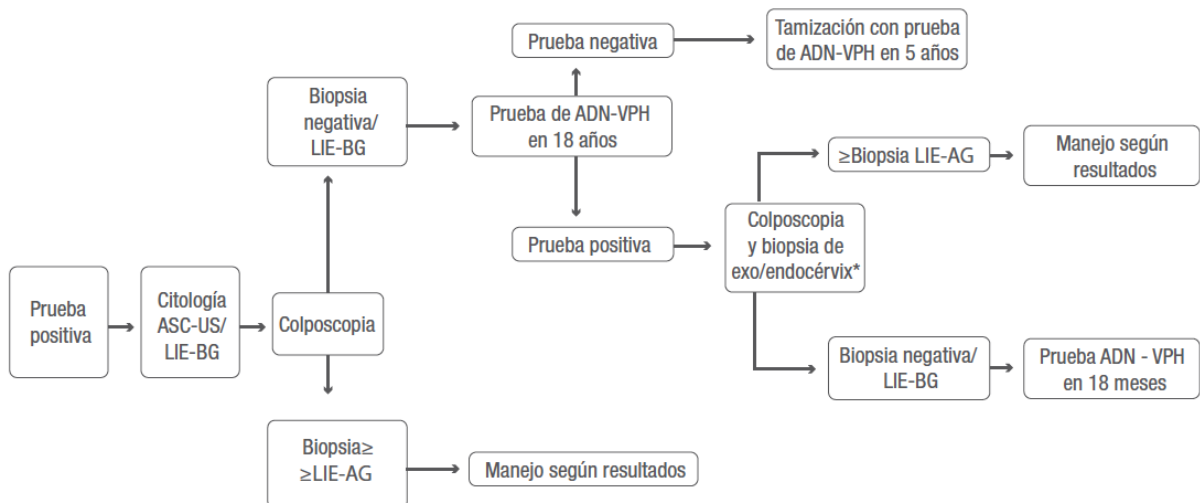


• >ASC-US se refiere a

- ASC-US
- LIE de bajo grado
- LIE de alto grado
- ASH-H
- AGC en favor de neoplasia
- AGC no especificado
- Los cambios inflamatorios no se consideran lesiones preneoplásicas

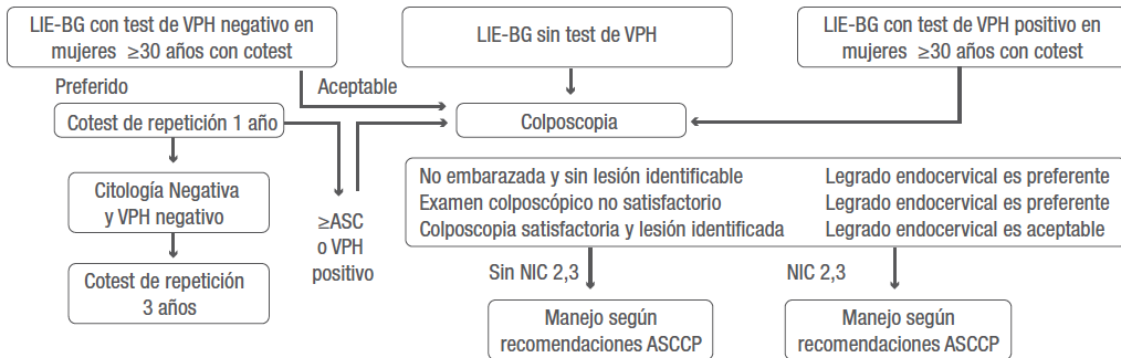
ASCUS O LIE DE BAJO GRADO

Figura 8. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage ASC-US o LIE-BG



- En Colombia NO se hace cotest, solo se usa la parte central del algoritmo: citología solamente
- Las pacientes con LIE de bajo grado deben ir a colposcopia
- Las LIE de bajo grado con VPH negativa también se remiten por el riesgo de progresión a NIC

Figura 9. Manejo de mujeres con LIE-BG*+

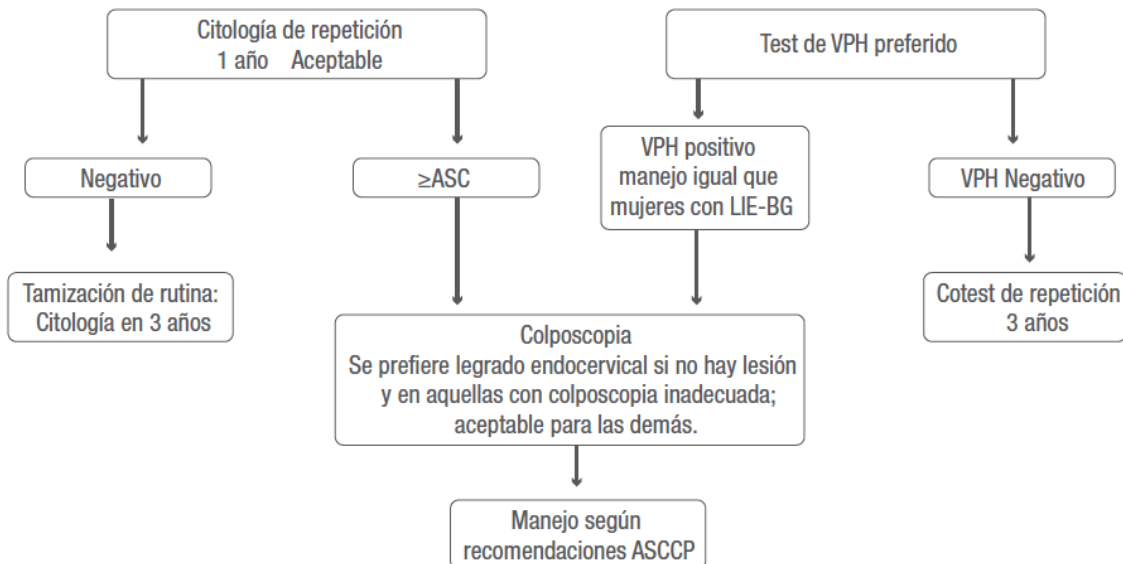


*El manejo varía si la mujer está embarazada o edad entre 21 a 24. +Manejo de mujeres de edad entre 25 a 29 no acompañada por prueba de VPH.

Fuente: adaptado de Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(5):1–27.

- No hace colposcopia de entrada si la PRIMERA citología tiene ASC-US, solo si luego se le hace prueba de VPH y sale positiva

Figura 10. Manejo de pacientes con ASC-US*



NIC 1

Figura 11. Manejo del NIC 1 según la GPC

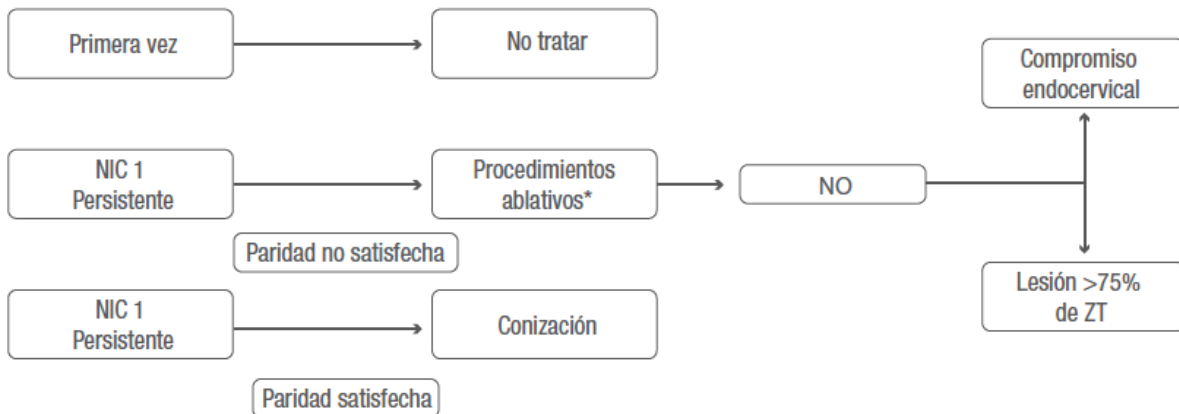
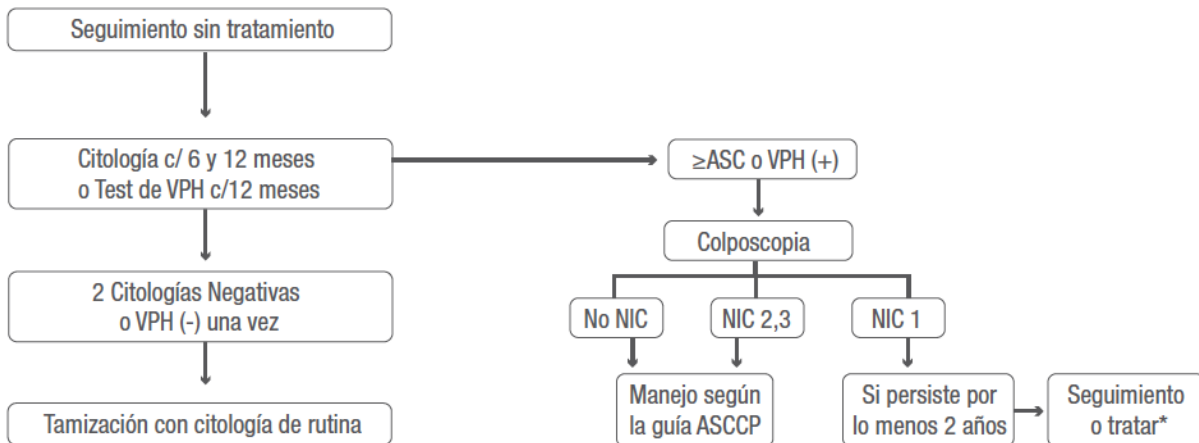
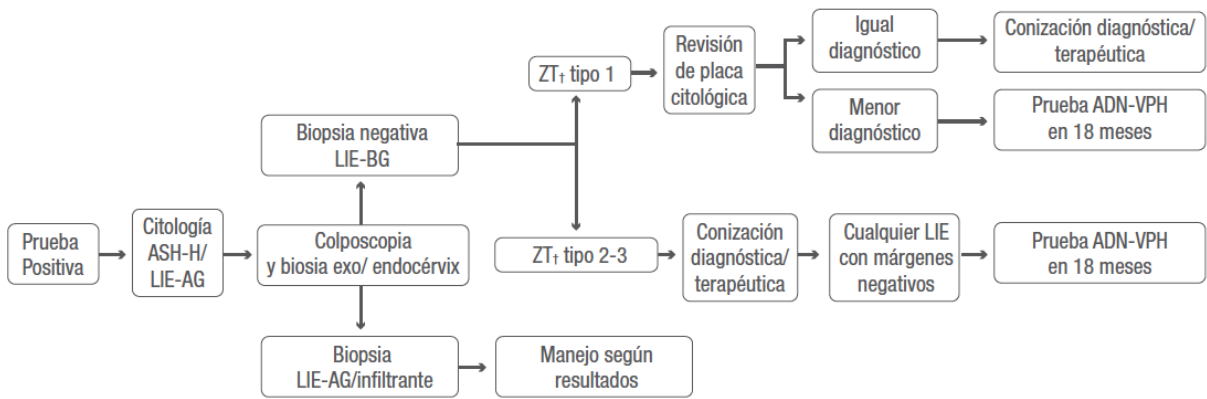


Figura 12. Manejo del NIC I, según ASCCP 2006



- NO tratar al diagnóstico de primera vez de NIC 1, puede desaparecer sola
- Se maneja si es persistente: hallazgo de DOS NIC 1 consecutivos con 18 meses de diferencia
- El primer resultado se obtiene por la colpo después de tamización positiva
- El segundo en la colpo en caso de que el seguimiento a los 18 meses con ADN sea positivo

Figura 13. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage ASC-H o LIE-AG

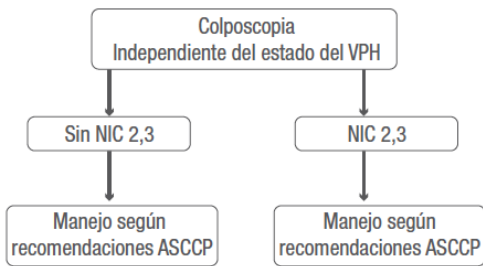


*Siempre excepto en embarazadas

Fuente: tomado del Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía completa. Bogotá: autor; 2014.

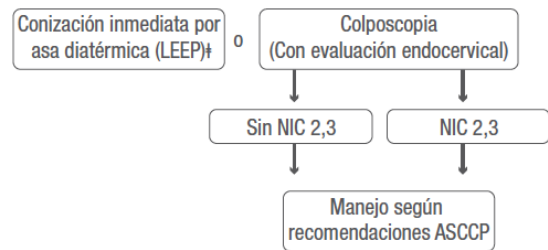
† Zona de transformación

Figura 14. Manejo de mujeres con ASC-H*



*Opciones de manejo puede variar si la mujer está embarazada o tiene entre 21 a 24 años.

Figura 15. Manejo de mujeres con LIE-AG*



* Opciones de manejo puede variar si la mujer está embarazada o tiene entre 21 a 24 años.

‡ No aplica en embarazadas o mujeres entre 21 a 24 años.

Figura 16. Manejo de mujeres con NIC 1 precedido de una citología con ASC-H o LIE-LIE-AG*

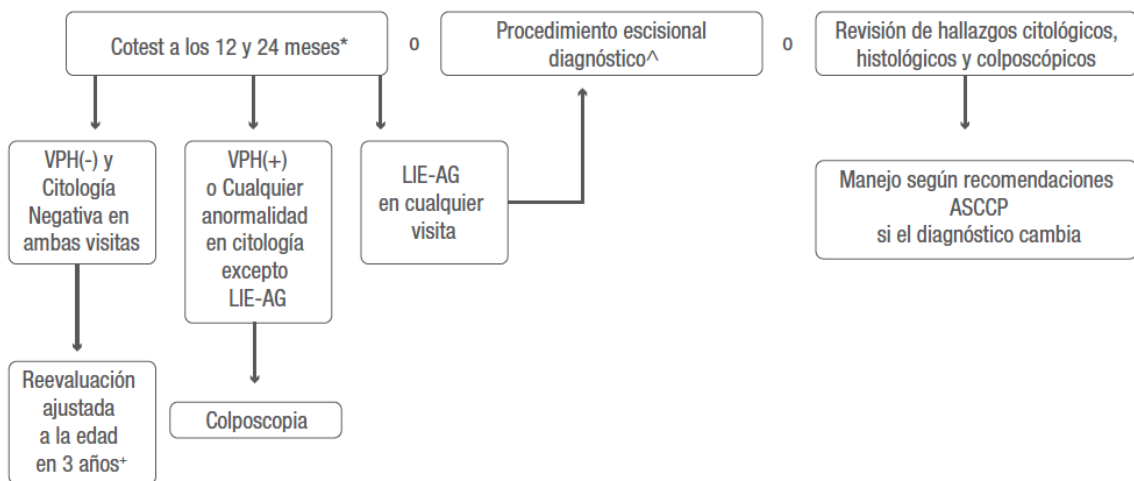


Figura 17. Manejo de mujeres con NIC 1 precedido de una citología con ASC-H o LIE-AG

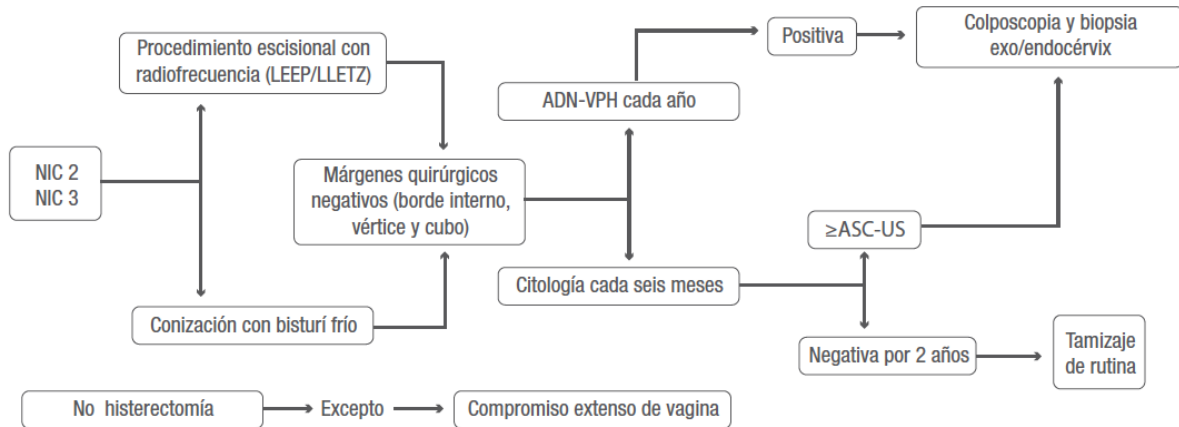


Figura 18. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage AGC-NOS

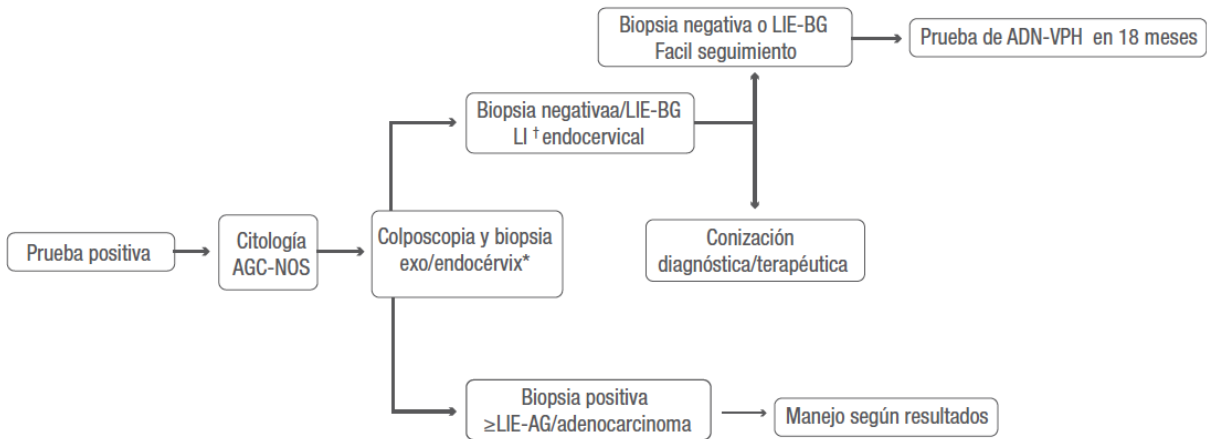


Figura 19. Prueba ADN-VPH positiva con citología de triage AGC-NEO

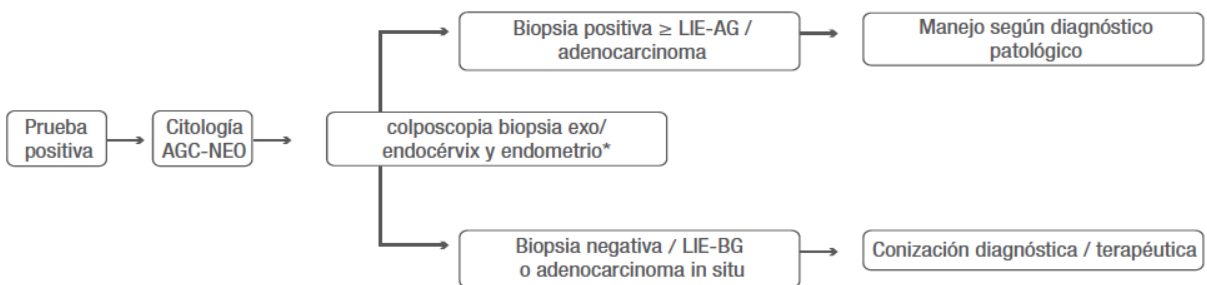


Figura 20. Evaluación de la mujer con AGC-NOS

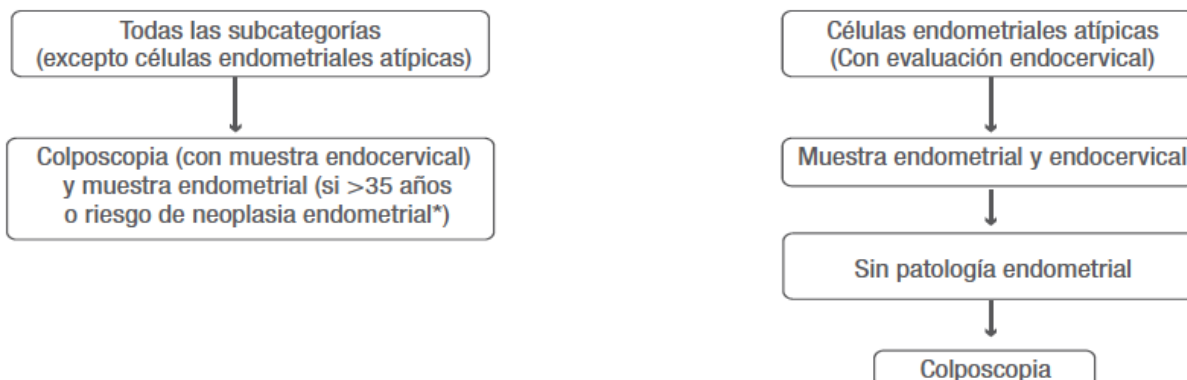


Figura 21. Evaluación de mujeres con AGC

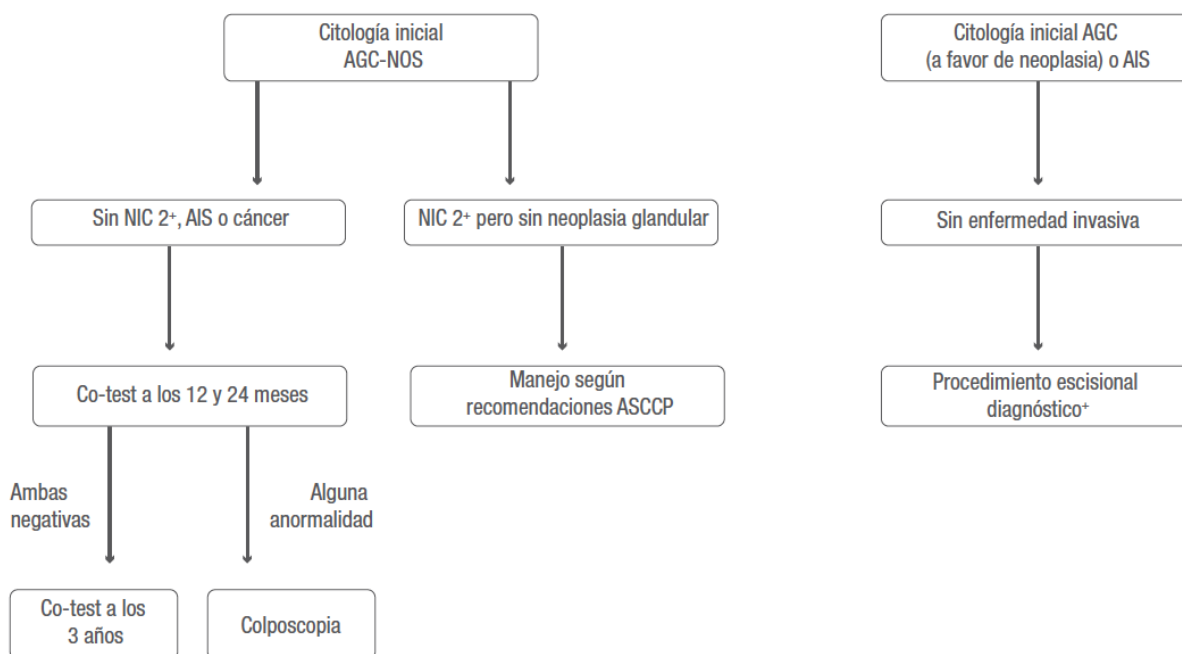


Figura 22. Manejo en mujeres entre 21 y 24 años con ASC-US o LIE-BG

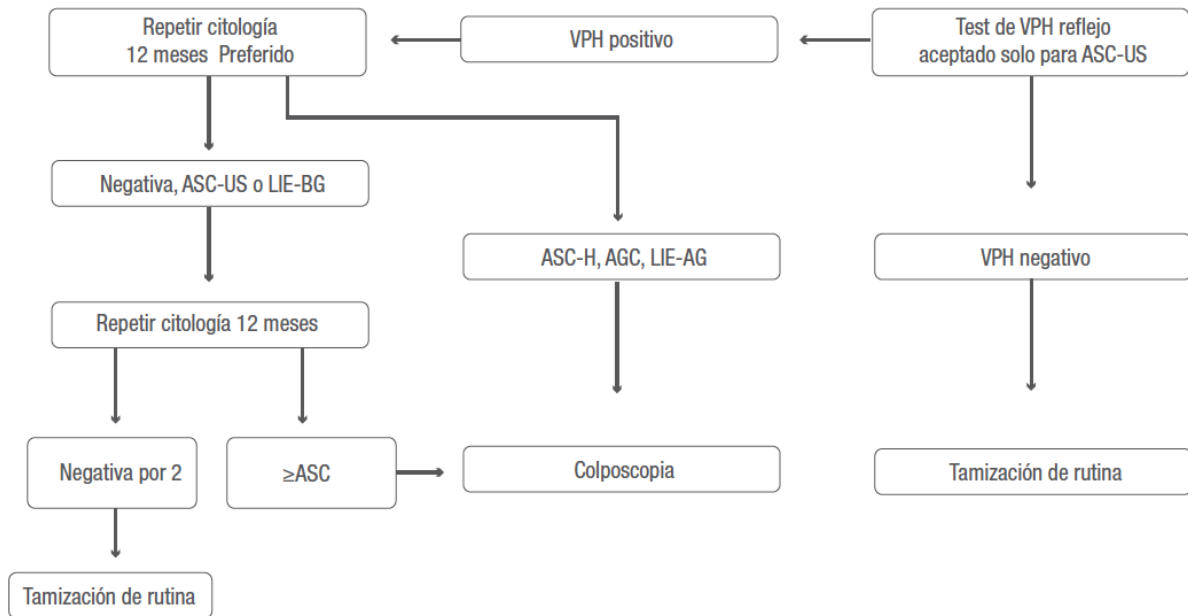


Figura 23. Manejo en mujeres entre 21 y 24 años con ASC-H

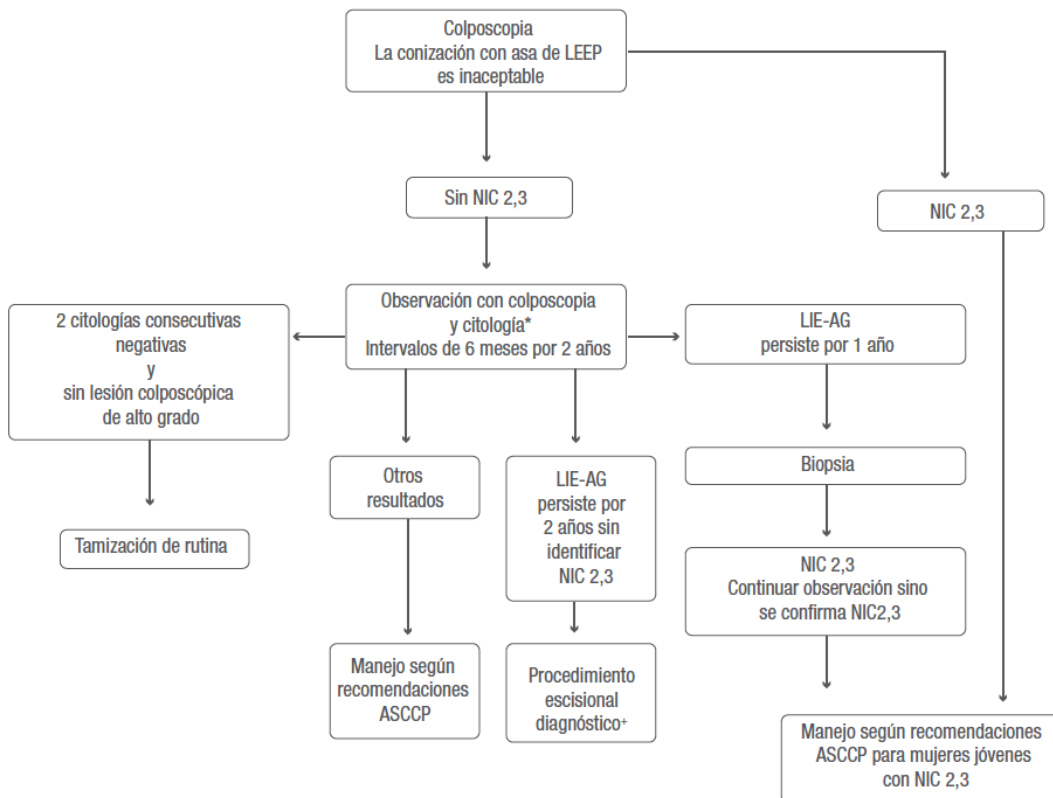


Figura 24. Manejo de mujeres entre 21 y 24 años, con NIC 1

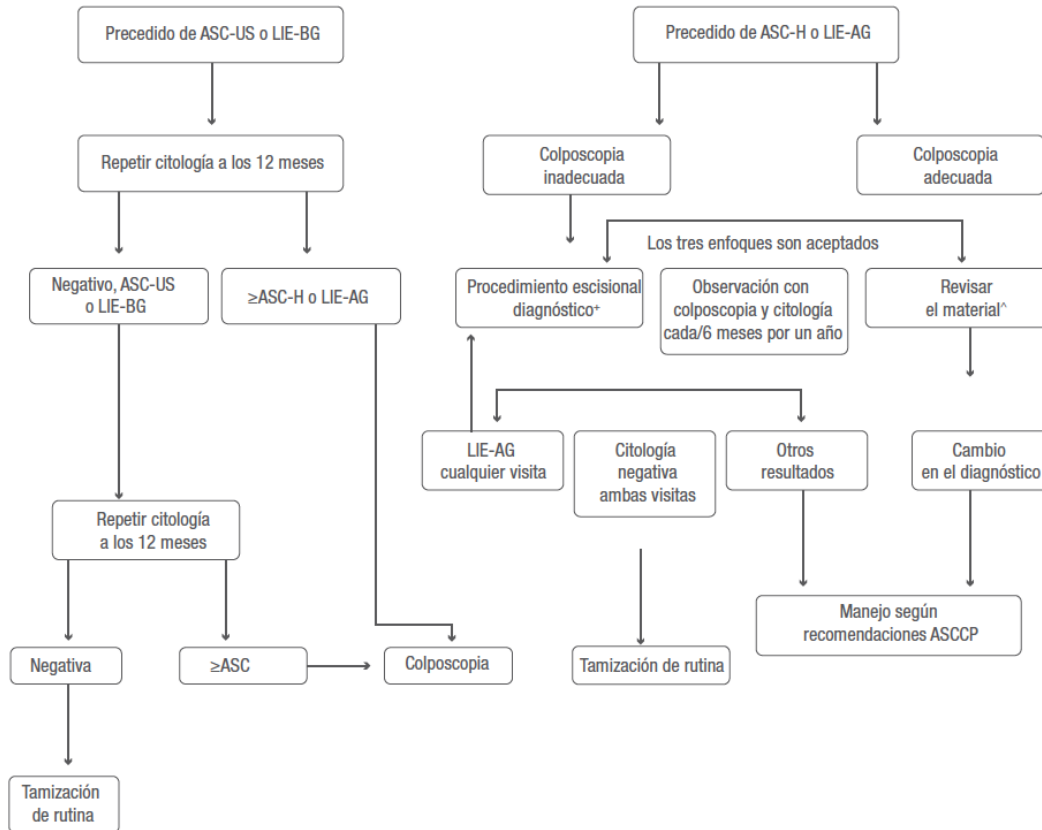


Figura 25. Manejo de mujeres jóvenes con NIC 2,3

Si la colposcopia es adecuada, el tratamiento o la observación son aceptables. Si se especifica NIC 2 se prefiere la observación. Si se especifica NIC 3 o la colposcopia es inadecuada, se prefiere el tratamiento.

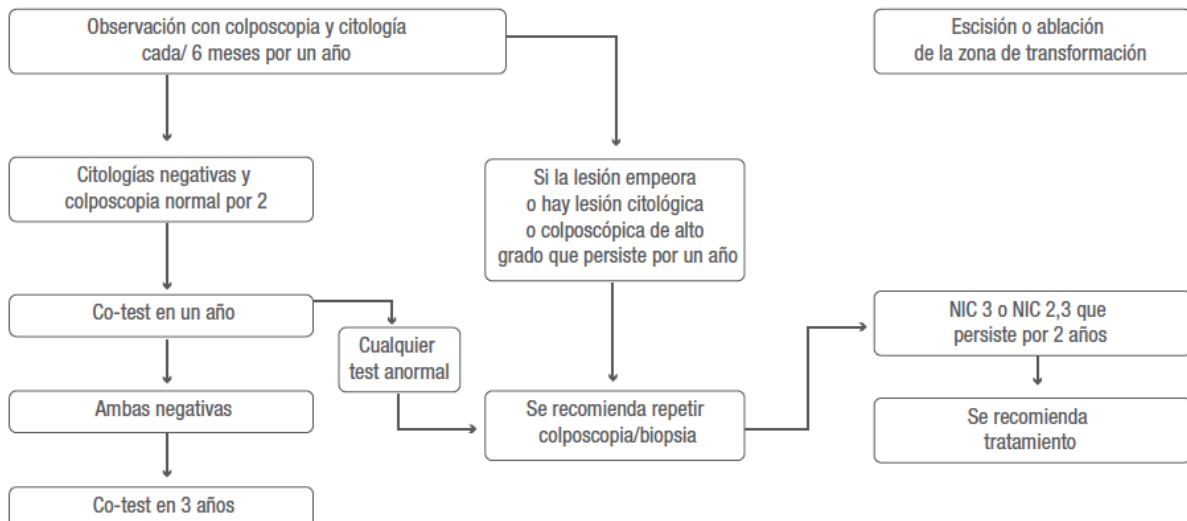
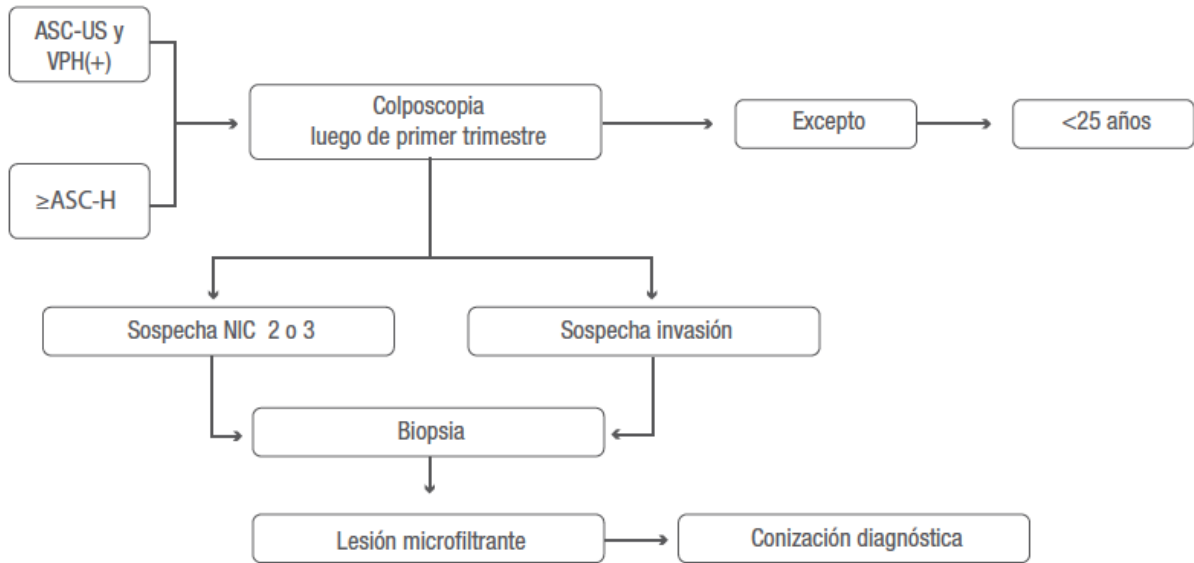


Figura 26. Tamización en mujeres embarazadas



- Reevaluar 6 a 8 semanas posparto a las de bajo o alto grado con colpo + biopsia

EJEMPLOS

1. 32 años, sin hijos, planifica con tubectomía, la citología de rutina reporta ASCUS, las anteriores han sido normales. La conducta acertada es:
 - Control citológico en 12 meses O prueba de VPH
 - La guía prefiere la prueba de VPH porque muchas mujeres NO tienen el virus, así que no tendrán cáncer
 - La prueba detecta al 30% que sí tendrá el virus y que se beneficiarían de colposcopia
 - Es aceptable vigilar con citología porque la probabilidad de que una ASCUS con VPH desarrolle un NIC 3 es de 3% a los 5 años
 - Si la citología reporta cualquier cosa, incluso ASCUS: colposcopia
2. 40 años, 3 hijos, consulta por citología con LIE de bajo grado, las anteriores han sido normales. Lo correcto sería:
 - Remitir a colposcopia
 - En >25 años con LIE de bajo grado, la probabilidad de NIC es del 25%
 - NO se recomienda vigilancia citológica
 - La prueba de VPH en LIE de bajo grado no es práctica porque casi siempre será positiva
 - La crioterapia solo se hace en pacientes que ya tienen biopsia

3. La anterior paciente es remitida a colposcopia, reportan cambios en la unión escamocolumnar visible en su totalidad, con cambios menores a las 12. Reportan biopsia NIC 1. Para esta paciente recomendaría:

- Vigilar con prueba de ADN en 1 año O control en 6 y 12 meses con citología.
 - Si son normales, control de rutina
 - Si no, regresa a colposcopia.
 - Si VPH: a los 12 a 18 meses
 - Si es negativa: control de rutina
 - Si es positiva: colposcopia
- La probabilidad de regresión de NIC 1 es del 90%, NO se trata, se vigila
- El tratamiento se da si hay persistencia por 18 meses según la guía colombiana o 24 meses según la americana

4. 21 años, partos ni embarazos, su primera citología reporta ASCUS. La conducta apropiada es:

- Citología de control en 1 año
- Recordar que en Colombia no se tamiza a <25 años, si se hace y ASCUS o LIE de bajo grado: citología en 12 meses
- Si la citología reporta otra vez lo mismo: citología en 12 meses
- Si la segunda citología sigue igual: colposcopia
- Recordar que CUALQUIER alteración mayor que ASCUS o LIE de bajo grado va a colposcopia de inmediato
 - AGC: células glandulares atípicas
 - ASC-H: células escamosas atípicas
 - LIE de alto grado

5. 43 años, 2 hijos, antecedente de tubectomía, la citología le reporta LIE de alto grado. La conducta adecuada es:

- Se podría remitir a colposcopia y biopsia para confirmar PERO es aceptable realizar de una vez la conización con radiofrecuencia porque el 70% de los LIE de alto grado van a tener NIC 2 o peor
- NO hacer prueba de ADN

6. Se remitió a colposcopia y biopsia a la paciente anterior. La colposcopia reporta Zona de Transformación 1 (unión escamocolumnar visible en su totalidad) con cambios menores a las 12. La biopsia reporta NIC 1 y en endo exocérvix es normal. La conducta adecuada es:

- Conización
- Control citológico colposcópico en 6 y 12 meses, si ambos normales: control de rutina
- Revisar hallazgos de patología, citología y colposcopia para proceder.
- ¡Cualquiera de las opciones es correcta!

- Este es un caso de disociación citológico colposcópica: la citología muestra anomalía severa y la biopsia es leve o negativa
 - Como la citología tiene POCOS falsos positivos cuando reporta anomalías severas, es aceptable hacer conización
 - La revisión de los hallazgos también es aceptable, si se ve un diagnóstico diferente, se redirige el manejo
 - También se puede hacer vigilancia si la colposcopia es satisfactoria como en este caso y hay una biopsia endocervical negativa
 - Si no hay ADN disponible, hacer cito + colpo a los 6 y 12 meses
 - Si hay ADN, vigilancia con ADN + colposcopia a los 12 y 24 meses
 - Si ambos controles son normales, sigue tamización de rutina
 - Si la anomalía persiste: conización
7. 57 años, menopausia a los 50 años, niega sangrado y otros síntomas. Citología de rutina reporta AGC-neo, las anteriores habían sido normales. La conducta adecuada es:
- Colposcopia + biopsia cervical + cepillo endocervical + biopsia endometrial
 - Se debe descartar patología endometrial en mayores de 35 años
 - El ADN no descarta patología endometrial
 - La atipia de células glandulares NO se puede vigilar con citología
8. A la anterior paciente se le hizo colposcopia que reporta unión escamocolumnar no visible con cambios mayores en el labio posterior. La biopsia reporta adenocarcinoma in situ. La endocervical es negativa y el endometrio muestra atrofia. Se le debe ofrecer:
- Conización para descartar el componente invasor
 - Si se descarta invasión, se debe proceder con histerectomía simple
 - Si hay invasión: histerectomía radical y radioterapia
9. 33 años, trigestante, semana 16 de embarazo de bajo riesgo, la citología reporta LIE de alto grado. El manejo indicado es:
- Colposcopia + biopsia AHORA
 - Ninguna paciente con alteración mayor puede esperar
 - La conización está contraindicada en el embarazo a menos que haya sospecha de carcinoma invasor
 - La crioterapia NO se hace en embarazadas
10. La colposcopia de la paciente anterior muestra cambios mayores con unión escamocolumnar visible totalmente. Se toma biopsia y reporta NIC 3. El manejo adecuado es:
- Citología + colposcopia 6 semanas posparto
 - Se hace control posparto y no conización porque hasta el 30% revierten
 - La única indicación para terminar el embarazo y tratar es CA invasor
 - Conización contraindicada en el embarazo

11. 32 años, sin hijos, ADN positivo en genotipos de alto riesgo. La citología fue negativa, es su primera prueba de VPH y las citologías anteriores también fueron normales. La conducta adecuada es:

- Prueba de ADN en 18 meses
- Prueba de ADN en 12 meses
- Ambas respuestas son correctas según la guía que se use
- NO se hace colposcopia si la citología fue normal
- Si el control es positivo, se remite a colposcopia independiente del resultado de citología

12. 49 años, le hacen su primera prueba de VPH que es positiva para genotipos de alto riesgo. La citología reporta ASCUS, las anteriores fueron normales. La conducta adecuada es:

- Colposcopia y biopsia
- Toda paciente con ADN positiva que tenga ASCUS o > (LIE de bajo o alto grado, ASC H o AGC) debe ir a colposcopia

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

- No cíclico de 6 meses de duración, en la pelvis, la pared abdominal, región lumbosacra o las caderas
- Causa incapacidad funcional o la búsqueda de atención médica
- Preguntar si ha alterado sueño y apetito, estrés y ansiedad
- Preguntar antecedentes de radio y quimio
- Endometriosis, adherencias, síndrome de intestino irritable y cistitis intersticial son las más frecuentes.
- No olvidar abuso sexual, herpes zóster y porfirias.

Sistema	Diagnósticos diferenciales
Ginecológico	Endometriosis, adherencias, enfermedad inflamatoria pélvica, síndrome de congestión pélvica, adenomiosis, endometritis crónica, quistes anexiales, cáncer ginecológico, miomatosis, síndrome de retención ovárica, síndrome de ovario remanente, salpingitis tuberculosa
Gastrointestinal	Síndrome de intestino irritable, constipación, colitis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, cáncer de colon
Urinario	Cistitis intersticial/vejiga dolorosa, infección urinaria crónica, urolitiasis, cáncer de vejiga, cistitis por radiación
Músculo-esquelético	Dolor miofascial en pared abdominal, lumbago, fibromialgia, posturas inadecuadas, dolor coccígeo, síndrome del elevador del ano, mialgia del piso pélvico, enfermedad degenerativa de disco vertebral, fractura por estrés
Psiquiátrico-neurológico	Depresión, ansiedad, somatización, neuralgia, atrapamiento de nervio cutáneo abdominal en cicatriz quirúrgica, epilepsia abdominal, migraña abdominal

Endometriosis

- Dismenorrea, dispareunia, infertilidad y hemorragia uterina asociada a dolor crónico.

Adherencias

- Preguntar por instrumentación previa, dolor post quirúrgico, especialmente en apendicectomía, EPI y embarazo ectópico roto.

EPI crónica

- Vida sexual activa, **Actinomyces** y **TB**, también una Chlamydia que fue asintomática pudo dejar secuelas como hidrosalpinx.

Síndrome de congestión pélvica

- Sensación de peso que empeora estando de pie y mejora acostada
- Puede estar asociada a várices glúteas y perianales
- Pueden tener dolor postcoital, dolor en puntos ováricos.
- Cotejar con examen musculoesquelético.
- Remitir al ginecólogo, manejo por radiología intervencionista.

Sacroileítis

- Dolor en arcos de movimiento, parestesias, cojera, dolor en área lumbar que se refiere.
- Se pueden hacer rayos X inicialmente y remitir a fisioterapia.

Intestino irritable

- Dolor abdominal recurrente en los últimos 3 meses por 3 días al mes, asociado a:

- Mejoría con la defecación
- Cambio en frecuencia o forma y apariencia de las heces.
- Puede empeorar con el período.

Falta de apoyo pélvico

- Síntomas similares a congestión + sensación de que va a orinar durante el coito + historia de multiparidad.

Cistitis intersticial

- Vejiga dolorosa, empeora cuando se llena mucho y alivia con el vaciamiento, puede tener síntomas irritativos.
- Remitir a urología.

ENDOMETRIOSIS

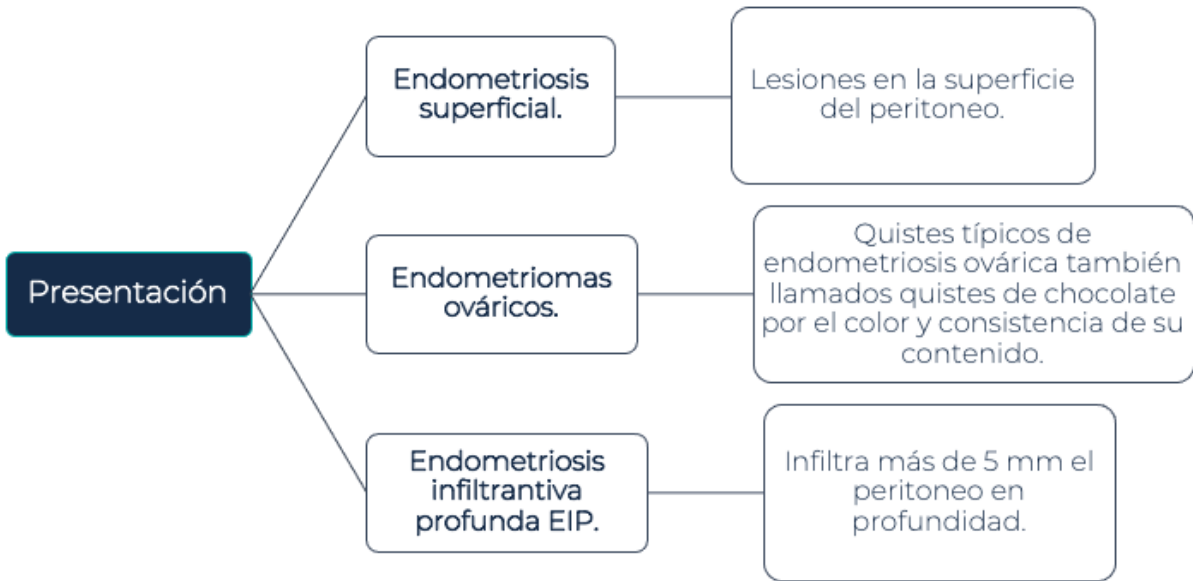
- Presencia de tejido endometrial implantado fuera del útero
- Puede provocar dolor pélvico e infertilidad
- Es una enfermedad crónica, recurrente, dependiente de hormonas y progresiva
- Teoría de menstruación retrógrada y metaplasia celómica

EN QUIÉN SOSPECHARLA

- Dolor pélvico crónico
- Dismenorrea que afecta su calidad de vida
- Dolor profundo durante o después del sexo
- Síntomas gastrointestinales cíclicos o relacionados con el período, deposición dolorosa
- Síntomas urinarios: sangre en la orina o dolor al orinar cíclico
- Infertilidad asociada a los anteriores

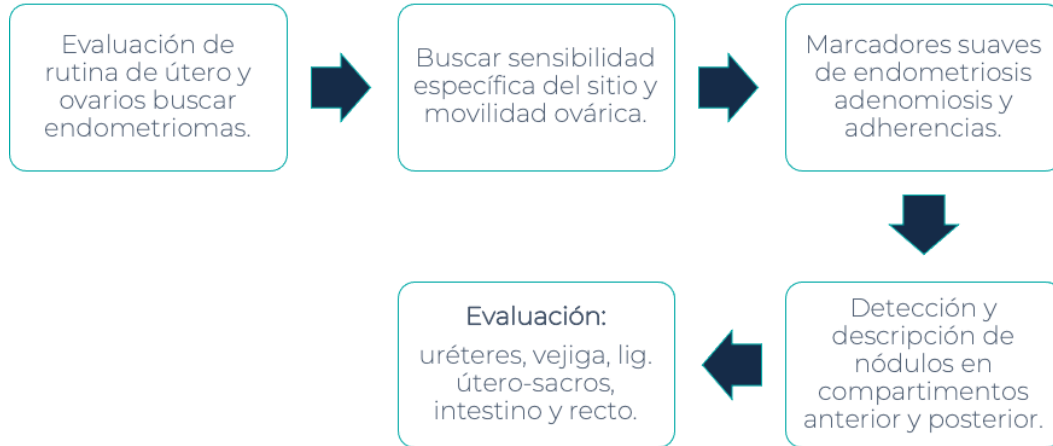
FACTORES DE RIESGO

- Menarca temprana
- Dismenorrea de inicio temprano
- Anomalías obstructivas de Muller
- Prematuridad
- Bajo IMC
- Menstruación prolongada de más de 5 días con intervalo <28 días
- Pariete de primer grado



El gold estándar es la laparoscopia con biopsias

Diferencia entre un mapeo de endometriosis y una ecografía TV



Tratamiento hormonal



Manejo quirúrgico

- No eficacia después de 4-6 meses o no tolerancia
- Contraindicación para los manejos
- Endometriomas >10 cms aunque no haya dolor ni infertilidad
- Todas las pacientes igual deben seguir con manejo médico

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

- Infección polimicrobiana que produce inflamación del tracto genital superior
 - Endometrio
 - Trompas
 - Ovarios
 - Peritoneo
- Especialmente asociada a Neisseria y Chlamydia

CLÍNICA

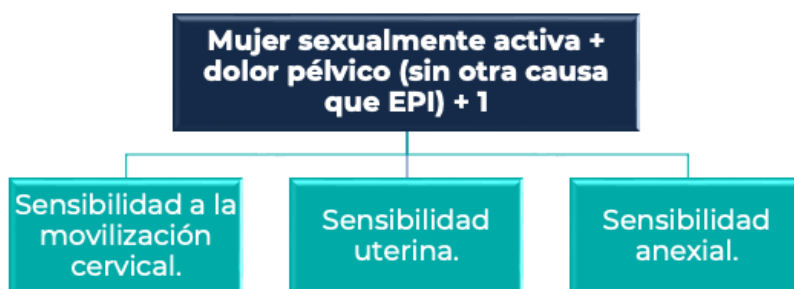
- Aguda: menos de 30 días
- 60% asintomáticas o con presentación atípica: sangrado o disuria
- 4% síntomas sistémicos: náuseas, fiebre, flujo, dolor abdominal
- Síndrome de Fitz Hugh Curtis: inflamación de la cápsula hepática
- El dolor pélvico es el síntoma cardinal
- Generalmente bilateral, no suele durar más de 2 semanas
- Empeora con el coito y movimientos bruscos
- Si es por actinomyces o tuberculosis: fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal

EVALUACIÓN

- Movilización de anexos y especuloscopia
- Pedir siempre prueba de embarazo para descartar ectópico
- Directo y gram de flujo
- Gram de cérvix y exámenes específicos para Neisseria y Chlamydia
- VIH, serología y uroanálisis
- Las imágenes se reservan para sospecha de complicación

DIAGNÓSTICO

Criterios mínimos



Criterios adicionales

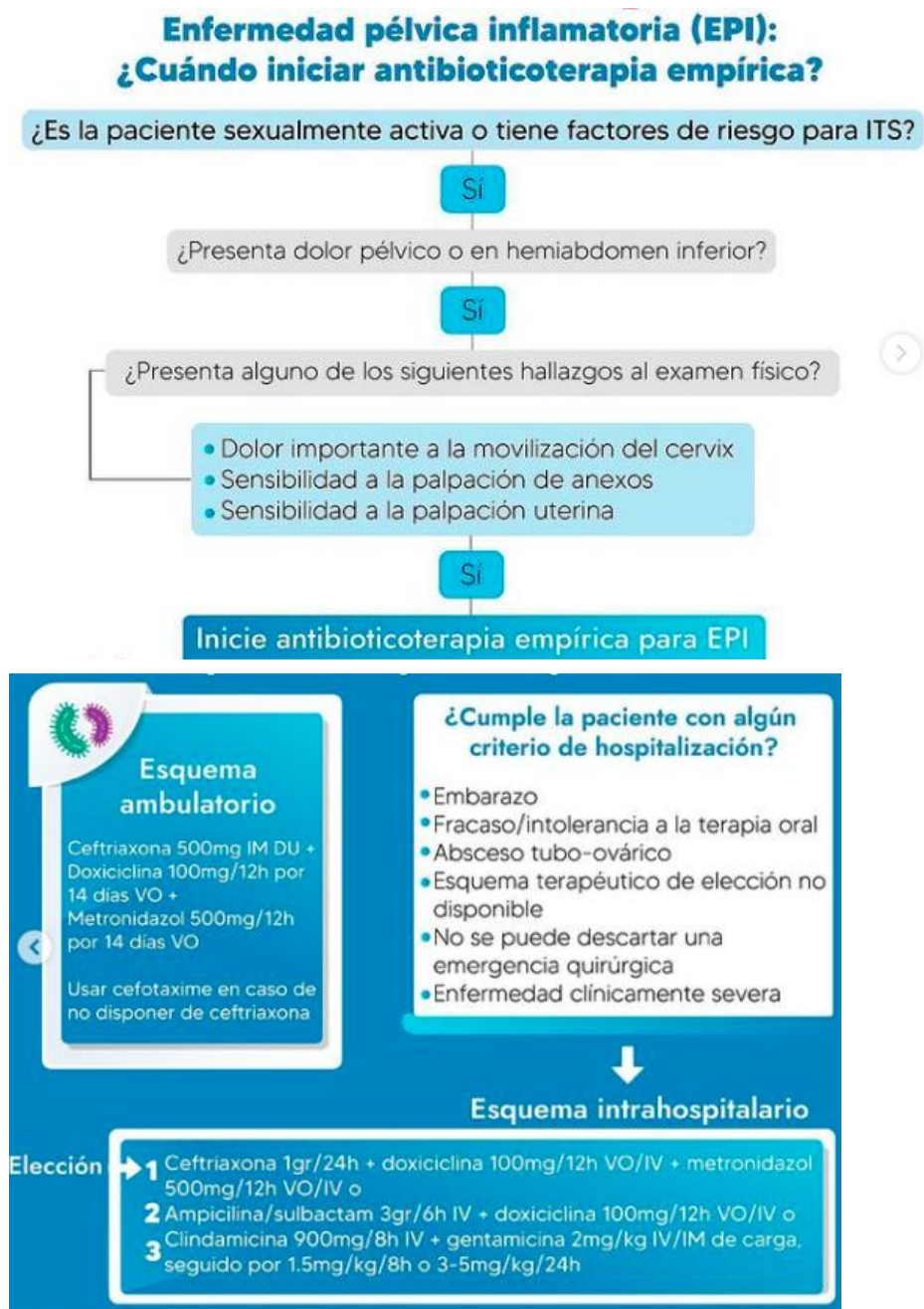
- Presencia de leucocitos en flujo
- Fiebre >38
- Aumento de PCR o VSG
- Infección por Neisseria o Chlamydia

Criterios definitivos

- Evidencia histopatológica de endometritis
- Eco TV o RM: engrosamiento, líquido en trompa con o sin líquido libre
- Doppler sugestivo de infección por hiperemia tubárica
- Laparoscopia: Gold estándar, se deja para diagnóstico dudoso

MANEJO

- Empírico que cubra los microorganismos



- El DIU no se retira de inmediato, solo si no hay mejoría en 48-72 horas
- Tratar a la pareja

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

CICLOS NORMALES

Parámetro	Valor normal
Frecuencia	24–38 días
Duración	<8 días
Regularidad	Del más corto al más largo <9 días
Volumen	5–80 mL

PALM: causas estructurales	COEIN: causas no estructurales
Pólipos	Coagulopatías
Adenomiosis	Disfunción Ovulatoria
Leiomiomas	Endometrial
Malignidad	Iatrogénicas
	No clasificadas

Paraclínicos: se ordenan según la sospecha

- Hemograma con plaquetas
- Prueba de embarazo
- Función tiroidea
- Biopsia endometrial
- Tamización de cérvix
- Eco transvaginal
- Pruebas de coagulación

Imágenes

- La eco TV permite evaluar causas estructurales
- En premenopáusicas hacerla en fase folicular del ciclo
- La histerosonografía e histeroscopia se dejan para dx de miomas submucosos y pólipos endometriales

PÓLIPOS

- Protrusión nodular benigna de la superficie endometrial
- Tiene glándulas, estroma y vasos sanguíneos

- Son causa común en pre y posmenopáusicas
- **Riesgo**: obesidad, tamoxifeno, terapia hormonal, Síndrome de Lynch
- La mayoría son asintomáticos y se encuentran de forma incidental
- **Clínica**
 - Sangrado anormal intermenstrual
 - Puede estar asociado a esfuerzos y coito
- Pueden tener regresión espontánea si son <1cm
- El diagnóstico se hace por eco TV
- 99% benignos, riesgo en uso de tamoxi, posmenopáusicas y >1.5 cms

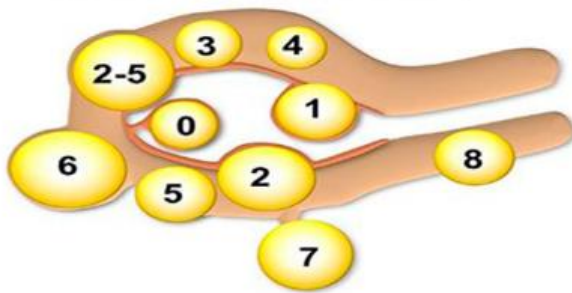
ADENOMIOSIS

- Glándulas endometriales y endometrio que invaden el miometrio
- Genera hipertrofia y a veces aumento del tamaño del útero
- La incidencia aumenta con la edad
- Puede estar asociado a endometriosis y leiomiomas
- **Clínica**
 - Útero aumentado de tamaño y blando
 - Sangrado abundante
 - Dismenorrea
 - Dispareunia
 - Dolor pélvico crónico
 - A veces pueden ser asintomáticas
- Diagnóstico con eco TV
- **Terapia definitiva con histerectomía**
- Se pueden usar los ACOS, progestinas, agonistas del GnRH y DIU hormonal

LEIOMIOMAS

- Tumores benignos fibromusculares del miometrio
- Clasificados por la FIGO
- **La mayoría son asintomáticos, si sangran es porque cambian el endometrio**
- Los que suelen sangrar son los FIGO 0, 1 y 2
- **Riesgo**: raza negra, menarca temprana, nuliparidad, HTA y obesidad
- **Clínica**
 - Sangrados abundantes
- Diagnóstico por eco TV
- La histerosonografía puede ser útil para el diagnóstico de los submucosos
- Manejo médico, por radiología intervencionista o quirúrgico
- En el manejo médico se busca disminuir el sangrado
 - AINES, antifibrinolíticos, progestinas, ACOS
 - Disminuyen el mioma: agonistas GnRH y Ulipristal
 - La embolización de arterias uterinas reduce el tamaño y el sangrado
- El manejo quirúrgico incluye la miomectomía si quieren gestar

FIGO leiomyoma subclassification system



Tipo de mioma		Localización
Submucoso	0	Intracavitario pediculado
	1	<50 % intramural
	2	≥50 % intramural
	3	Contacto con el endometrio, 100 % intramural
Otros	4	Intramural
	5	Subseroso ≥50 % intramural
	6	Subseroso <50 % intramural
	7	Subseroso pediculado
	8	Otros (cervical, parásito)
Híbridos	2-5	Submucoso y subseroso

MALIGNIDAD E HIPERPLASIA

- Pueden haber sangrados abundantes o intermenstruales
- **Realizar biopsia endometrial en HUA a**
 - Mayores de 45 años
 - Menores de 45 con factores de riesgo
 - Obesidad, SOP, falla en el manejo, tamoxifeno, Lynch

COAGULOPATÍA

- La más frecuente es Von Willebrand: 1% de la población
- Se da en el 13% de las pacientes con sangrados abundantes
- Siguen las disfunciones plaquetarias
- **Tamización de la FIGO: Sangrados abundantes desde la menarca MÁS**
 - Uno de los siguientes
 - Hemorragia posparto
 - Sangrado en cirugía
 - Sangrado en procedimiento odontológico
 - Dos o más de los siguientes

- Equimosis 1-2 veces por mes
- Epistaxis 1-2 veces por mes
- Sangrado frecuente por las encías
- Historia familiar de sangrado

DISFUNCIÓN OVULATORIA

- Más frecuente cerca a la menarca y a la menopausia
- Puede darse por hipotiroidismo e hiperprolactinemia
- Sangrados infrecuentes e irregulares

ENDOMETRIAL

- Trastorno primario del endometrio
 - Deficiencia de vasoconstrictores y aumento de plasminógeno y PE2
- Sangrado abundante
- No hay pruebas de laboratorio para este grupo, es un diagnóstico de exclusión

IATROGÉNICO

- DIU, anticonceptivos hormonales, anticoagulantes: mayor con Rivaroxabán

NO CLASIFICADO

- Se incluyen malformaciones arteriovenosas, istmocele (defecto de cicatriz de cesárea que produce sangrado posmenstrual)
- Se diagnostica por evo y se hace manejo quirúrgico

Tipo de HUA	Patrón	Causas potenciales	Opciones de tratamiento
Cíclico	Sangrado menstrual abundante	Adenomiosis, leiomiomas, coagulopatías, dispositivo intrauterino.	Terapia hormonal (oral – intrauterino). AINES. Ácido tranexámico. Ablación endometrial. Embolización de arterias uterinas. Histerectomía.
No cíclico	Disfunción ovulatoria	Síndrome de ovario poliquístico	Terapia hormonal
	Iatrogénico	Anticonceptivos hormonales	Manejo expectante – hormonal
	Intermenstrual	Pólipos endometriales, endometritis	Histeroscopia – Antibiótico
	Postcoital	Pólipo endocervical, cervicitis, malignidad	Polipectomía, antibiótico

MANEJO

- Irregular o prolongado: terapia hormonal

Terapia NO hormonal

- **AINES:** reducen hasta en 40% el sangrado y la dismenorrea
 - Ácido mefenámico y naproxeno
- **Ácido tranexámico:** previene degradación de la fibrina, reduce hasta 60% y es superior a los AINES y a los progestágenos orales
 - 1 gramo cada 6-8 horas durante la menstruación
 - Puede dar vómito, diarrea y cefalea

Terapia hormonal

- **ACOS:** incluyen la píldora, el parche y el anillo
 - Mejoran el sangrado y la dismenorrea
 - Menos efectivo que el DIU hormonal
 - El aprobado es valerato de estradiol + dienogest, pero se usa cualquiera
- **Progestágenos orales**
 - Si están contraindicados los estrógenos
 - Medroxiprogesterona 2.5 a 10 mg día en HUA ovulatoria
 - En anovulatoria: ciclo de 10-12 días para que regulen el ciclo
 - Causan acné, náuseas y cefalea
- **Acetato de medroxiprogesterona de depósito**
 - Amenorrea en el 50% de las pacientes después de un año
 - No hay evidencia en HUA crónica
- **DIU de levonorgestrel**
 - Es superior a todo
 - Es la primera línea en menstruación abundante que no quieran gestación
- **Agonistas GnRH**
 - Se usa en HUA por miomatosis, especialmente preoperatorio
 - Tiene muchos efectos adversos

Manejo quirúrgico

- Falla de respuesta al manejo
- Imposibilidad de manejo médico
- Anemia significativa
- Fuerte impacto en la calidad de vida
- Miomas >3 cms, hiperplasia endometrial o pólipos sintomáticos
- Histeroscopia: polipectomía, biopsia endometrial, miomectomía FIGO 0,1 y 2
- Ablación: falla en manejo, paridad satisfecha y no candidatas a histerectomía

SANGRADO AGUDO

- Si tolera VO: 2 a 3 píldoras por 5 a 7 días
- Ácido tranexámico: 1 gramo cada 6 horas

INCONTINENCIA URINARIA

- Pérdida involuntaria de orina que genera un problema higiénico y social
- 44-57% de las mujeres en edad media y posmenopáusicas
- **Predisponentes:** raza negra, defectos congénitos, anomalías neurológicas
- **Factores gineco obstétricos:** Parto - paridad, radiación, cirugía pélvica
- **Promotores:** edad, obesidad, ITU, deterioro cognitivo, menopausia
- Ojo con la vejiga hiperactiva, aumenta con la edad

GENERALIDADES

- **La continencia** depende de la viscoelasticidad del detrusor (acomodación) y la coaptación (resistencia pasiva) del tracto de salida.
 - No deben haber contracciones vesicales
 - Debe haber cierre esfinteriano activo
- **La fase miccional** depende de la viscoelasticidad del detrusor y la conductancia del tracto de salida
 - Requiere contracción del detrusor y apertura del esfínter

TIPOS DE INCONTINENCIA

Incontinencia de esfuerzo

- Fuga involuntaria por un esfuerzo como estornudar o toser
- En la urodinamia: pérdida de orina con aumento de la presión abdominal en ausencia de contracción del detrusor

Incontinencia de urgencia

- Fuga involuntaria acompañada o inmediatamente precedida de urgencia
- Se puede presentar como pequeñas pérdidas frecuentes entre micciones o como fuga con vaciamiento completo de la vejiga
- En la urodinamia: contracción involuntaria del detrusor

Incontinencia mixta

- Fuga involuntaria con urgencia y asociada también a esfuerzo
- En la urodinamia: la suma de las 2 anteriores
- Está presente en el 40% de las mujeres con incontinencia de esfuerzo

EVALUACIÓN

- Además de la exploración general, se indica un diario miccional por 3 días
- Uroanálisis: si es negativo, no pedir urocultivo
- **Residuo postmiccional:** en pacientes con sensación de vaciado incompleto, el residuo normal es <150 mL
- **No se recomiendan las imágenes de rutina**
- La cistoscopia no se recomienda en incontinencia no complicada, tampoco la urodinamia

- La urodinamia se ordena en incontinencia mixta con predominio de urgencia
 - Disfunciones del vaciado
 - Prolapso apical
 - Antes de cirugía para incontinencia
 - Cuando no se logra clasificar la incontinencia
 - Vejiga neurogénica
 - Prolapso de alto grado

MANEJO

- Se recomienda siempre primero el manejo conservador
- Entrenamiento vesical con micción por horario y control de volúmenes
- Disminuir el consumo de cafeína
- Reducción del peso
- Si hay constipación se debe manejar
- Se ordena terapia de piso pélvico, hacerla mínimo durante 3 meses

Tratamiento médico

- Para incontinencia de urgencia: antimuscarínicos
- Oxibutinina, propiverine, tolterodina, trospio
- Mejor liberación extendida que inmediata
- Se debe probar durante 8 a 12 semanas para evaluar eficacia
- Manejar la constipación, boca seca e ingesta de líquidos
- Si los RAM no se controlan bien, modificar dosis o sumarle agonistas beta adrenérgicos
- Los efectos empiezan a las 4 semanas
- NO oxibutinina en ancianos
- Se contraindican los antimuscarínicos en glaucoma de ángulo estrecho, alteración del vaciamiento gástrico e historia de retención urinaria
- Desmopresina reduce nocturia, ojo en fibrosis quísticas o >65 con enfermedad cardiovascular

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

HERPES GENITAL

- Si hay lesiones, confirmar el diagnóstico con pruebas de la lesión si es posible
- Si no hay lesiones, las pruebas serológicas para VHS tipo 1 y 2 son útiles
- Anticuerpos contra tipo 1: oral o genital
- Anticuerpos contra tipo 2: infección anogenital
 - Usarlo en síntomas genitales recurrentes o atípicas con PCR -
 - No a la población general
- NO aciclovir 200 mg
- Esquema actual, cualquiera:
 - Aciclovir 400 mg día VO 3 veces al día

- Valaciclovir 1 gramo VO 2 veces al día
- Ambos todos los días por 7 a 10 días
- Si hay retención urinaria puede ser una radiculitis sacra

Suppressive therapy for recurrent genital herpes (HSV-2)	acyclovir 400 mg orally 2x/day OR valacyclovir 500 mg orally 1x/day ⁹ OR valacyclovir 1 gm orally 1x/day OR famciclovir 250 mg orally 2x/day
Episodic therapy for recurrent genital herpes (HSV-2) ¹⁰	acyclovir 800 mg orally 2x/day for 5 days OR acyclovir 800 mg orally 3x/day for 2 days OR famciclovir 1 gm orally 2x/day for 1 day OR famciclovir 500 mg orally once, FOLLOWED BY 250 mg 2x/day for 2 days OR famciclovir 125 mg orally 2x/day for 5 days OR valacyclovir 500 mg orally 2x/day for 3 days OR valacyclovir 1 gm orally 1x/day for 5 days
Daily suppressive therapy in persons with HIV infection	acyclovir 400-800 mg orally 2–3x/day OR famciclovir 500 mg orally 2x/day OR valacyclovir 500 mg orally 2x/day
Episodic infection in persons with HIV infection	acyclovir 400 mg orally 3x/day for 5–10 days OR famciclovir 500 mg orally 2x/day for 5–10 days OR valacyclovir 1 gm orally 2x/day for 5–10 days
Daily suppressive therapy of recurrent genital herpes in pregnant women ¹¹	acyclovir 400 mg orally 3x/day OR valacyclovir 500 mg orally 2x/day

SÍFILIS

- Recordar que el chancro típico es indoloro, único, con bordes duros y fondo limpio y se acompaña de linfadenopatía local indolora
- Puede presentarse como úlceras múltiples y dolorosas como forma atípica
- El diagnóstico se hace con 2 pruebas serológicas: trepo y no treponémica
- NO usar FTA-ABS
- Preferir el TPPA, inmunoensayo o quimioluminiscencia
- El tamizaje puede ser inverso: primero una treponémica y luego confirmar con no treponémica
- **La punción lumbar se indica en:**
 - Signos de neurosífilis: disfunción de pares, meningitis, ACV, pérdida de sensación vibratoria, alteración del estado mental
 - Síntomas oculares con serología positiva SIN hallazgos oculares en el EF
 - Falla luego del manejo, con signos o síntomas persistentes o recurrentes luego de un tratamiento adecuado
 - Aumento de títulos 4 veces por más de 2 semanas

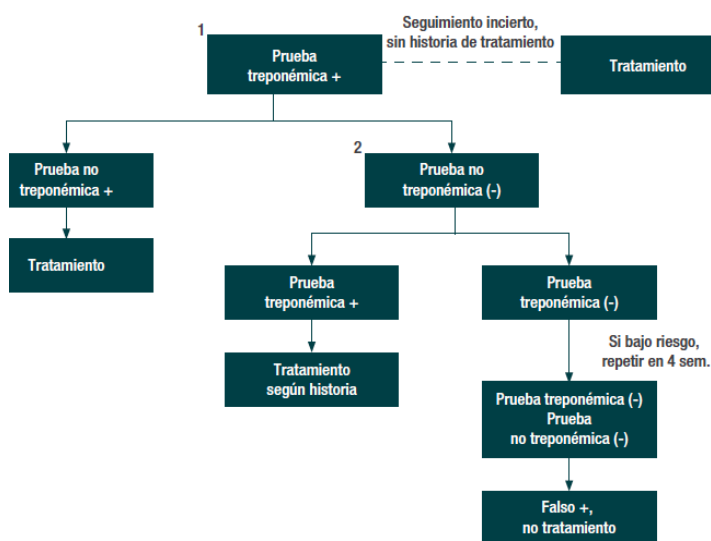
- Tardía: >32 diluciones que no disminuyen 4 veces luego de 24 meses

● Tamización de sífilis gestacional

- Primera visita
- Repetir a las 28 semanas y al parto si hay riesgo
- Si se pasa de 9 días entre una y otra dosis de penicilina, reiniciar manejo
- Si el tratamiento fue a las 24 o menos, no repetir nuevamente la serología hasta que hayan pasado 8 semanas del tratamiento
- Si fue >24, repetir al momento del parto

● Paraclínicos en neonatos

- Todos los bebés con diagnóstico de sífilis congénita se les debe descartar hiperbilirrubinemia directa (>2 mg/dL) o que corresponda a más del 20% de la total
- LCR: <19 leucocitos, <118 de proteínas
- Escenario 1: penicilina cristalina o procaínica
- Escenario 2: las anteriores o benzatínica
 - Si cualquier evaluación fue anormal, no se pudieron hacer paraclínicos, LCR contaminado, seguimiento incierto.... penicilina cristalina por 10 días
- Escenario 3: benzatínica
- Escenario 4: benzatínica si no se puede hacer seguimiento



- Si el bebé tuvo LCR alterado, NO hacer punción a los 6 meses de rutina
- Solo hacerla para quienes tienen títulos reactivos a los 6 y 12 meses

VAGINOSIS BACTERIANA

- Metronidazol 500 mg VO 2 veces al día por 7 días
- Clindamicina crema 2% 5 gramos diario por 7 días

TRICHOMONIASIS VAGINAL

- Metronidazol 500 mg VO 2 veces al día por 7 días
- En hombres sí es dosis única de 2 gramos

GONOCOCO Y CHLAMYDIA

- Cervicitis clínica con flujo purulento y friabilidad: doxiciclina 100 mg VO 2 veces al día por 7 días
- La azitromicina queda como régimen alternativo
- Gonococo no complicado: Ceftriaxona 500 mg IM dosis única si <150 kg y 1 gramo si más que eso
- Si alergia a la Ceftriaxona: Gentamicina 240 mg IM DU + Azitromicina 2 gr VO DU

Epididymitis

Risk Category	Recommended Regimen
For acute epididymitis most likely caused by sexually transmitted chlamydia and gonorrhea	ceftriaxone 500 mg IM in a single dose ⁶ PLUS doxycycline 100 mg orally 2x/day for 10 days
For acute epididymitis most likely caused by chlamydia, gonorrhea, or enteric organisms (men who practice insertive anal sex)	ceftriaxone 500 mg IM in a single dose ⁶ PLUS levofloxacin 500 mg orally 1x/day for 10 days
For acute epididymitis most likely caused by enteric organisms only	levofloxacin 500 mg orally 1x/day for 10 days

VERRUGAS GENITALES POR VPH

Genital Warts (Human Pap)

Risk Category	Recommended Regimen
External anogenital warts ¹²	<p>Patient-applied</p> <p>imiquimod 3.75% or 5%¹³ cream</p> <p>OR podofilox 0.5% solution or gel</p> <p>OR sinecatechins 15% ointment¹³</p> <p>Provider-administered</p> <p>cryotherapy with liquid nitrogen or cryoprobe</p> <p>OR surgical removal either by tangential scissor excision, tangential shave excision, curettage, laser, or electrocautery</p> <p>OR trichloroacetic acid (TCA) or bichloroacetic acid (BCA) 80%–90% solution</p>
Urethral meatus warts	<p>cryotherapy with liquid nitrogen</p> <p>OR surgical removal</p>
Vaginal warts ¹⁴	<p>cryotherapy with liquid nitrogen</p> <p>OR surgical removal</p> <p>OR TCA or BCA 80%–90% solution</p>

LINFOGRANULOMA VENÉREO POR CHLAMYDIA

- Úlcera pequeña e indolora en genitales
- Dolor y supuración por ganglios inguinales, surco doloroso
- Pruebas serológicas para chlamydia

Recommended Regimen	Alternatives
doxycycline 100 mg orally 2x/day for 21 days	<p>azithromycin 1 gm orally 1x/week for 3 weeks²⁰</p> <p>OR erythromycin base 500 mg orally 4x/day for 21 days</p>

Pediculosis Pubis

Recommended Regimen	Alternatives
<p>permethrin 1% cream rinse applied to affected area, wash after 10 minutes</p> <p>OR pyrethrin with piperonyl butoxide applied to affected area, wash after 10 minutes</p>	<p>malathion 0.5% lotion applied to the affected areas, wash after 8–12 hours</p> <p>OR ivermectin 250 µg/kg repeated in 7–14 days</p>

Scabies

Recommended Regimen	Alternatives
<p>permethrin 5% cream applied to all areas of the body (from neck down), wash after 8–14 hours²¹</p> <p>OR ivermectin 200 µg/kg body weight orally, repeated in 14 days²²</p> <p>OR ivermectin 1% lotion applied to all areas of the body (from neck down), wash after 8–14 hours; repeat treatment in 1 week if symptoms persist</p>	<p>lindane 1% 1 oz. of lotion or 30 gm of cream applied thinly to all areas of the body (from neck down), wash after 8 hours²³</p>

Syphilis²⁴

Risk Category	Recommended Regimen	Alternatives
Primary, secondary, and early latent: adults (including pregnant women and people with HIV infection)	benzathine penicillin G 2.4 million units IM in a single dose	
Late latent adults (including pregnant women and people with HIV infection)	benzathine penicillin G 7.2 million units total, administered as 3 doses of 2.4 million units IM each at 1-week intervals	
Neurosyphilis, ocular syphilis, and otosyphilis	aqueous crystalline penicillin G 18–24 million units per day, administered as 3–4 million units by IV every 4 hours or continuous infusion, for 10–14 days	procaine penicillin G 2.4 million units IM 1x/day PLUS probenecid 500 mg orally 4x/day, both for 10–14 days



CHANCROIDE O CHANCRO BLANDO

- Haemophilus ducreyi
- Úlceras múltiples dolorosas y pápulas que se ulceran
- Son profundas y desiguales con base de color gris amarillento y borde violáceo
- Cultivo con PCR y gram del fondo de la úlcera

GRANULOMA INGUINAL

- Poco común
- Klebsiella granulomatis

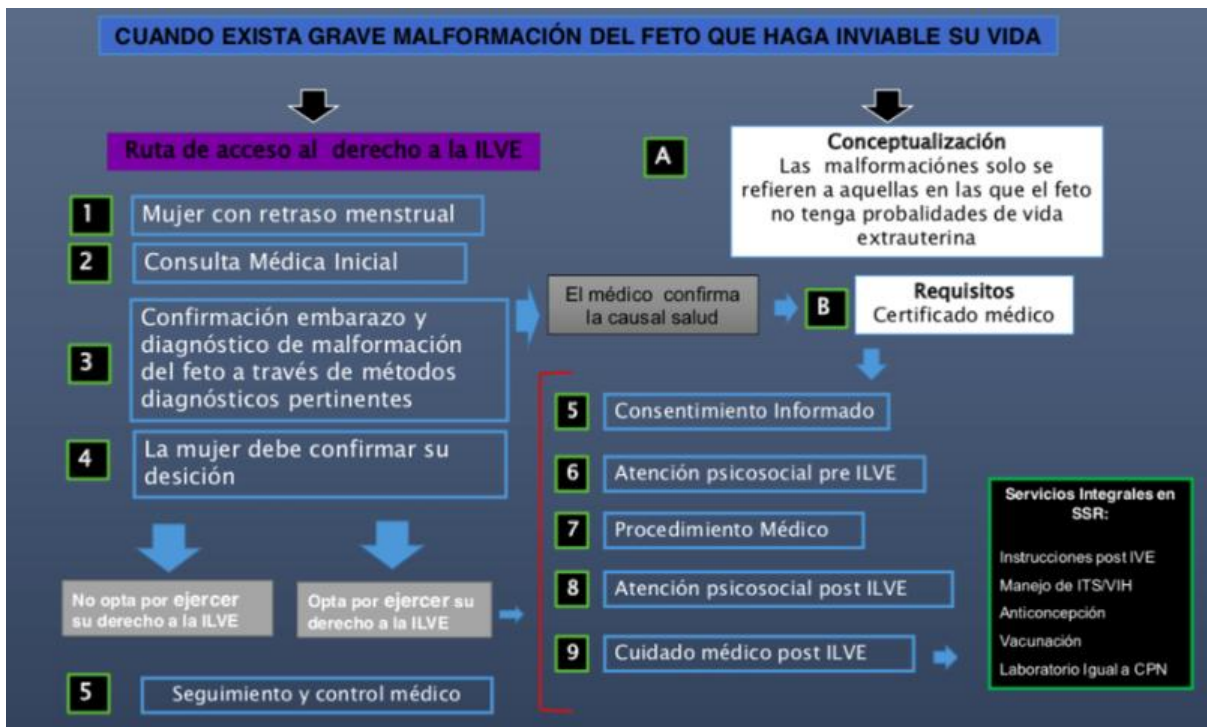
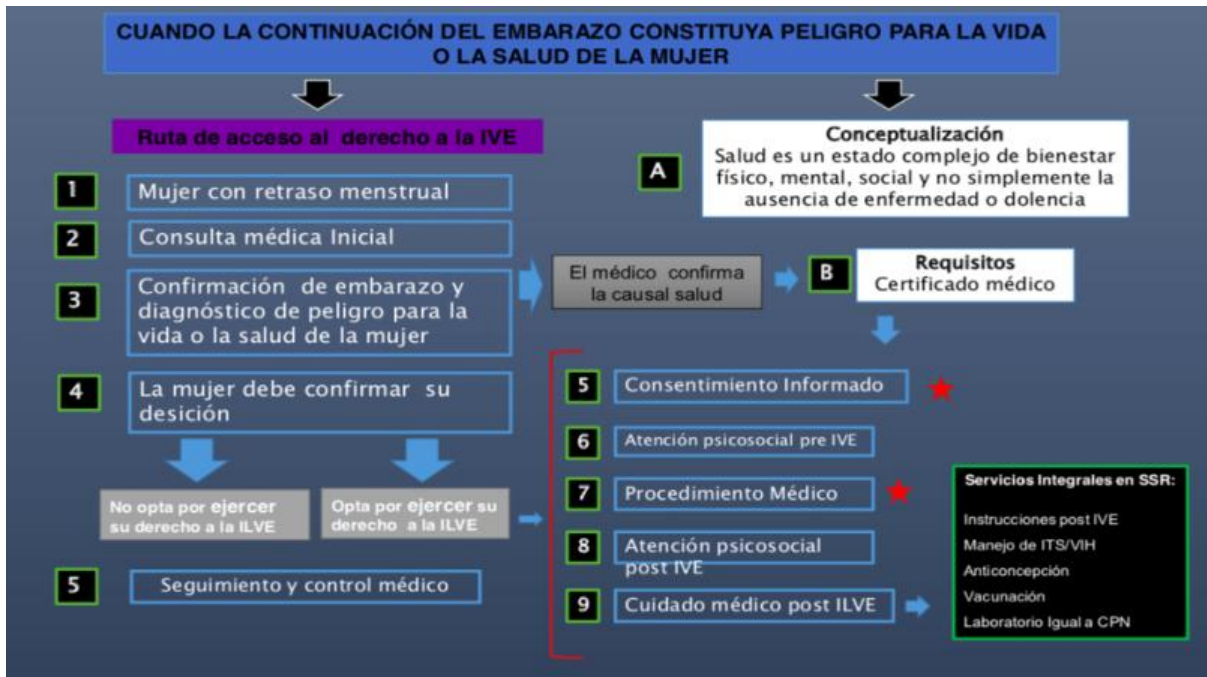
- Úlceras con márgenes enrollados
- Biopsia de tejido: cuerpos de Donovan

Síndrome	Etiología	Características clínicas	Incubación	Dolor	Adenopatías
VHS	VHS1 VHS2	Múltiples vesículas. Úlceras superficiales pequeñas, base eritematosa/fisuras. Disuria, parestesias sacras.	2-7 días.	SÍ	Ganglios reactivos dolorosos. <u>PCR, Cultivo, Test serológicos, Test de Zank.</u>
Sífilis	Treponema pallidum	Úlcera única indurada de bordes firmes lisos, base limpia. Pasa desapercibida.	7-90 días.	NO	Discretas regionales, nódulos firmes y gomosos. <u>Campo oscuro/ test serológicos.</u>
Chancroide	Haemophiles ducreyi	Bordes circunscritos o irregulares, fondo sucio.	3-10 días.	SÍ	Adenopatía inguinal unilateral supurativa 50%. <u>PCR cultivo, gram del fondo de la úlcera.</u>
Linfogranuloma venéreo	Chlamydia Trachomatis L1-L3	Usualmente no se observa, pequeñas y profundas.	5-21 días.	NO	Más común en hombres, unilateral, signo del surco doloroso, tractos comunes.
Granuloma inguinal	Klebsiella granulomatis	Úlceras progresivas vascularizadas que sangran fácilmente.		NO	NO <u>cuerpo de Donovan en frotis o biopsia.</u>

IVE + VIOLENCIA SEXUAL

SENTENCIA C 355 MAYO 10/06

"No se incurre en delito de aborto cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produce en los siguientes casos:



- La IVE se debe hacer dentro de los 5 días a solicitud de la mujer
- Ser <14 años NO debe retrasar la solicitud en espera de la denuncia
- La decisión de la niña prima sobre sus padres si ellos no están de acuerdo

EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO A REALIZAR

- -Examen directo fresco de cualquier muestra para descartar Tricomonas vaginales y detección de espermatozoides: Tomar muestra de pared vaginal, mucosa anal.
- -Herpes II, Anticuerpos IG M. Toma de muestra en sangre.
- -Hepatitis B (HB), Anticuerpos superficie (Anti - HBS). Si tiene esquema de vacunación previo. Toma de muestra de sangre.
- Hepatitis B (HB), Antígeno de superficie (AG - HBS). Si no hay esquema de vacunación o se desconoce. Toma de muestra de sangre.
- HIV
- VDRL
- Neisseria Gonorrhoeae, cultivo (Incluye Thayer Martin o cultivo de Endocervix, secreción vaginal o uretral o mucosa anal).
- PIE
- Chlamydia Trachomatis, Antígeno por cualquier muestra: Tomar muestra de endocervix.

PROFILAXIS HEPATITIS B

- Primeros 14 días : GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B + vacunación
- 12 a 20 UI de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B P 1000 UI por kg de peso corporal intramuscular lo antes posible, preferentemente en el plazo de 24 horas y no mayor de 72 horas
- VACUNA CONTRA HEPATITIS B:
Se debe iniciar antes de 24 horas.
Esquema 0-1-6

Profilaxis de ETS y Anticoncepción de emergencia

MEDICAMENTO	DOSIS	PRESENTACIÓN	MEDICAMENTO	DOSIS	PRESENTACIÓN
Ceftriaxona	125 mg.	Ampolla 500 mg.	Levonorgestrel tab. 0.75 gr.	1,5 mg. dosis única	Tabletas de 0.75 mg.
Lamivudina 150 mg. + Zidovudina 300 mg.	Tomar 1 tab. cada 12 horas por 28 días.	Tabletas de 150/300 mg.	Fluconazol	200 mg. dosis única	Tabletas de 200 mg.
Efavirenz 600 mg.	600 mg. / noche por 28 días.	Tabletas de 600 mg.	Ciprofloxacina	500 mg. dosis única	Tabletas de 500 mg.
Azitromicina	1 gramo.	Tabletas de 500 mg.	Metronidazol	2 gramos, dosis única	Tabletas de 500 mg.

• **Seguimiento a las dos semanas:**

- Control clínico, revisión de exámenes, definir tratamiento según hallazgos, valoración de efectos adversos de medicamentos.
- Recomendar uso de preservativo.
- Verificar si hay embarazo o no.

Si está indicado el IVE brindar asesoría.

Si la paciente define, continuar con el embarazo: se ingresa a Controles Prenatales, se clasifica el riesgo para el binomio madre, hijo y se brinda atención en Salud Mental.

- Revisión de resultados de ITS.
- Salud mental.

Seguimiento al mes:

- Control clínico y valoración de presencia de leucorrea, uretritis o úlceras en genitales, zona anal y/o boca.
- Revisar carnet de vacunación y recordar segunda dosis de Hepatitis B o iniciar esquema según el caso.
- Seguimiento a la ruta de atención, procesos y procedimientos recibidos y seguimiento a otros diagnósticos asociados.
- Control VIH, prueba de embarazo según evolución y situación individual de cada paciente.

El objetivo de esta prueba, en las primeras 72 horas, es descartar infección previa en la víctima.

Para confirmar o descartar el diagnóstico de infección por el virus de VIH.

-Salud mental.

MASAS ANEXIALES

- Los teratomas maduros son la neoplasia ovárica benigna más común de todas
- El CA de ovario es la 5ta causa de mortalidad en mujeres y el CA ginecológico de más alta mortalidad
- 70% de las mujeres diagnosticadas morirán por esta causa
- La mayoría ocurren en mujeres posmenopáusicas
- La mayoría son diagnosticados en estadios muy avanzados por manifestaciones inespecíficas
- Riesgo de que una masa anexial sea CA es del 13 a 21%
- El riesgo es mayor si
 - La edad es el factor independiente más importante
 - Nulíparas
 - Fuera de la edad reproductiva
 - Premenarquia o posmenopausia
 - Cuando el aspecto de la lesión es complejo
 - Si existe predisposición conocida
 - Si hay ascitis asociada
- La piedra angular del manejo es la citorreducción óptima
- La eco TV es el estudio inicial de elección

Condición clínica	Síntomas sugestivos	Posibles hallazgos al examen físico
Embarazo ectópico	Dolor abdominal inferior (generalmente unilateral y severo) o pélvico.	Masa anexial o sensibilidad, hipotensión, taquicardia.
Endometrioma	Hemorragia uterina anormal, dispareunia, empeoramiento del dolor con la menstruación.	Masa anexial o sensibilidad, sensibilidad sobre los ligamentos uterosacros.
Quiste ovárico funcional	Dolor pélvico unilateral, dolor durante la mitad del ciclo menstrual (mittelschmerz), dolor durante el coito.	Masa anexial o sensibilidad.
Leiomioma	Dismenorrea, menorragia.	Masa abdominal, crecimiento uterino.

Condición clínica	Síntomas sugestivos	Posibles hallazgos al examen físico
Cáncer de ovario	Dolor pélvico o abdominal, plenitud y presión abdominal, hinchazón, dificultad para comer, saciedad temprana, aumento del tamaño abdominal, indigestión, dispareunia, urgencia o aumento de la frecuencia urinaria, incontinencia.	Masa abdominal o anexial, ascitis, linfadenopatía, nodularidad de ligamentos uterosacros, derrame pleural.
Torsión ovárica	Inicio repentino de dolor abdominal o pélvico inferior unilateral e intenso, asociado con náuseas o vómitos.	Sensibilidad abdominal o anexial.
Enfermedad pélvica inflamatoria o absceso tubo ovárico	Fiebre, dolor abdominal inferior o pélvico, náuseas, flujo vaginal, vómito.	Sensibilidad abdominal o anexial, sensibilidad al movimiento cervical, fiebre, flujo vaginal.
Síndrome de ovario poliquístico	Oligomenorrea, amenorrea o menorragia asociada con obesidad e hirsutismo.	Plenitud anexial unilateral o bilateral u ovario(s) aumentado(s) de tamaño.

IMÁGENES

Sugestivas de benignidad

- Lesión quística simple y definida
- Contenido puramente líquido
- Paredes delgadas
- Sin componente sólido en el interior
- Sin septos ni tabiques o un solo septo que divide en 2
- **Endometrioma**
 - Masa homogénea
 - Ecos medios o bajos
 - Ausencia de componente sólido
- **Quiste hemorrágico**
 - Imagen en malla o patrón reticular con eco lineal
- **Teratoma**
 - Nódulo muy hiperecogénico con sombras acústicas y ecos

Sugestivas de malignidad

- Componente sólido nodular o papilar: es la característica más significativa
- Septos gruesos >2-3 mm
- Alto flujo en el doppler
- Presencia de ascitis
- Masas sugestivas de implantes peritoneales
- Adenopatías retroperitoneales

REGLAS SIMPLES

Características para predecir un tumor maligno (características M)	Características para predecir un tumor benigno (características B)
M1: tumor sólido irregular	B1: unilocular
M2: presencia de ascitis	B2: presencia de componentes sólidos donde el componente sólido más grande tiene un diámetro <7 mm
M3: al menos 4 estructuras papilares	B3: presencia de sombras acústicas
M4: tumor sólido multilocular irregular con diámetro ≥ 10 cm	B4: tumor multilocular liso con diámetro <10 cm
M5: flujo sanguíneo muy fuerte (color score 4)	B5: sin flujo sanguíneo (color score 1)

- Si solo características M sin ninguna B: maligno
- Si solo características B sin ninguna M: benigno
- Si ambas o ninguna está presente: no concluyente

MARCADORES TUMORALES

En las mujeres en las que se sospeche tumor de las células germinales se deben solicitar los 5 marcadores: Premenárquicas, adolescentes o <30 años con masa anexial compleja

CA125

- Es el más estudiado
- Valor normal <35 unidades
- Usualmente como marcador de tumores epiteliales de ovario
- En premenopáusicas se puede elevar con cualquier cosa que irrite los epitelios celómicos y mullerianos:
 - Endocérvix
 - Endometrio
 - Endosálpinx
 - Epitelio ovárico
 - Pleura, peritoneo
- Es más útil en posmenopáusicas
- No se usa para diagnóstico sino para seguimiento

Antígeno carcinoembrionario ACE

- No es específico y se eleva por muchas cosas

BhCG

- Marcador tumoral para tumores de células germinales: coriocarcinoma no gestacional

LDH

- Se eleva en el disgerminoma: tumor de células germinales

Alfafetoproteína AFP

- Se eleva en tumores de células germinales, carcinomas embrionarios

Si tiene >30 años: solo CA125 y ACE

	β -hCG	AFP	LDH	CA 125
Dysgerminoma	+	-	+	-
Endodermal sinus tumor	-	+	-	-
Choriocarcinoma	+	-	-	-
Immature teratoma	-	+	+	+
Embryonal carcinoma	+	+	-	-

Abbreviations: AFP, alpha fetoprotein; CA, cancer antigen; LDH, lactate dehydrogenase.

TOMA DE DECISIONES

- NUNCA se hacen biopsias percutáneas, siempre se hace cirugía

Control cada 4 a 8 semanas en

- Quiste simple <10 cms
- Quiste hemorrágico
- Hidrosalpinx asintomático
- Si no revierten: cirugía

Cirugía de entrada en

- Toda lesión sólida de ovario
- Toda lesión quística compleja de ovario
- Toda lesión aunque sea simple si >10 cms
- Toda masa anexial bilateral
- Todo abdomen agudo
- Toda masa asociada a ascitis
- Masa con signos sugestivos de carcinomatosis peritoneal
- Lesión simple que a los 4 meses de observación no revierte
- Historia familiar de CA de mama u ovario
- Historia de otras malignidades personales
- Premenopáusicas con CA 125 >200 U
- Posmenopáusicas con CA 125 >35 U

Remitir a cirugía por gine onco

- Premenopáusicas con CA125 >200
- Ascitis
- Evidencia de metástasis
- Historia familiar de CA
- Posmenopáusicas con CA125 >35
- Ascitis
- Masas irregulares o fijas a la pelvis
- Las dos últimas iguales

MASAS ANEXIALES Y EMBARAZO

- La gran mayoría son funcionales e involucionan
- La mayoría de masas son teratomas maduros y quistes del cuerpo lúteo
- Si llega a presentarse malignidad: tumor de las células germinales
- Casi todas se observan excepto en altamente sospechosas de malignidad, >10cms, ascitis o abdomen agudo: cirugía, se podría esperar hasta el 2do trimestre.

MENOPAUSIA

- Ausencia de menstruación después de 12 meses consecutivos
- **Falla ovárica primaria:** antes de los 40 años
- **Menopausia temprana:** entre los 40 y 45 años
- **Postmenopausia:** tiempo desde la última menstruación hasta el final de la vida
- **Perimenopausia:** 4 años antes con irregularidad menstrual y fluctuación hormonal
- Edad promedio: 50 años, el 80% serán sintomáticas
- **El ACV es la causa más importante de mortalidad en posmenopáusicas**

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

- **FSH:** crecimiento de folículos en el ovario
- **LH:** estimula ovulación, formación del cuerpo lúteo, síntesis de estrógenos y progesterona
- La LH por medio de los estrógenos estimula la adenohipófisis para que libere más LH para alcanzar niveles estrogénicos antes de la ovulación
- El ovario secreta casi exclusivamente estradiol, casi nada de estrona y estriol
- Los estrógenos convierten el epitelio vaginal de cúbico a estratificado
- En el útero prolifera el estroma, al igual que en las mamas
- En el hueso inhibe la actividad osteoclástica
- Estimula la acumulación de grasa
- **El tamaño de la reserva folicular es el principal determinante para la menopausia**
- El pH vaginal se vuelve más alcalino
- **Los síntomas vasomotores sin manejo pueden durar hasta 5 años**
 - Si tiene síntomas moderados a severos: TRH

- Si no puede usarla: venlafaxina, paroxetina, citalopram, escitalopram

TABLE 2 Plasma steroid levels in healthy women

	Reproductive Age Women	Natural Menopause	Oophorectomized Women
Estrone (pg/ml)	50 ± 15	30 ± 5	20 ± 3
Estradiol (pg/ml)	40 ± 3	15 ± 2	10 ± 2
Testosterone (ng/dl)	40 ± 3	20 ± 2	10 ± 2
DHT (ng/dl)	30 ± 4	10 ± 2	<5
Androstenedione (ng/dl)	140 ± 10	88 ± 11	64 ± 9
DHEA (ng/dl)	420 ± 21	197 ± 43	126 ± 36
DHEA-S (μg/ml)	1.6 ± 0.2	0.8 ± .1	0.6 ± .1

Riesgo cardiovascular

- Cambios en el peso corporal con redistribución grasa
- Resistencia a la insulina
- Las mujeres con IAM tienen más mortalidad
- Tienen más isquemia microvascular, no tanta afectación de grandes vasos

DIAGNÓSTICO

- >45 años: se basa en el cambio de la regularidad menstrual, NO requiere medir FSH
- 40-45: se deben descartar otras causas de disfunción: TSH, prolactina
- <40 años: insuficiencia ovárica
- Si está con ACOS, suspender y medir FSH 2-4 semanas después
 - Si >25: perimenopausia
- Si histerectomía o ablación, no van a tener sangrado, basarse en síntomas vasomotores + FSH >25

TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

- Los estrógenos combinados o solos son la terapia más efectiva
- Los progestágenos solos o testosterona no tienen evidencia
- El riesgo de TEV se aumenta con terapia oral, no con transdérmica
- Los estrógenos solos aumentan muy poco o nada el riesgo de CA de mama
- Estrógenos + progestágenos: aumentan el riesgo de CA de mama
- No aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares si se inicia antes de los 60
- El beneficio de la osteoporosis sólo se da mientras esté en terapia
- Lo ideal sería iniciarlos transdérmicos
- El manejo no se da por más de 5 años ni más allá de los 60 años

Contraindicaciones

- HUA no diagnosticada
- AP o sospecha de CA de mama o endometrial
- AP de TVP/TEP/IAM/stroke
- Enfermedad hepática
- Deficiencia de proteína C, S o antitrombina
- Cualquier otra enfermedad tromboembólica

- TEV en el embarazo
- TEV asociado a acos

Precaución

- Enfermedad vesicular: No orales
- Hipertrigliceridemia >400 mg/dL: No orales
- Diabetes
- Hipoparatiroidismo por riesgo de hipocalcemia
- Riesgo alto o intermedio de CA de mama
- Alto riesgo de ACV
- Migraña con aura
- TEV por inmovilidad: NO oral

¿A quién iniciar TRH?

- <60 años o <10 años de instaurada la menopausia + síntomas vasomotores molestos
- Siempre calcular el riesgo cardiovascular
- Mujeres con útero: se sugiere progesterona

Elección del tratamiento

- Terapia cíclica en la perimenopausia y continua en la posmenopausia
- Si tiene histerectomía: estrógenos solos
- Si tiene útero: adicionar progestágenos por al menos 12 días al mes
- La clásica es gestágeno 10 a 14 días por cada 25 a 30 días de estrógenos

Estrógenos

Forma /Sustancia	Vía de Administración	Dosis
Estrógenos conjugados	Oral Crema vaginal	0.3 a 0.625 mg/día 0.625 mg/día
17 B estradiol	<ul style="list-style-type: none"> • Oral micronizado • Transdérmico –Adhesivo • Transdérmico Gel • Vaginal - Óvulos • Vaginal- Anillo 	<ul style="list-style-type: none"> • 0.5 a 2 mg/día • 25 a 100 mcg/día • 0.5 a 3 mg/día <ul style="list-style-type: none"> • 10mcg • 7.5mcg
Acetato de Estradiol	Vaginal-Anillo	0.05 – 0.1 – 2 mg
Valerato de estradiol	Oral	1 a 2 mg/día
Etinilestradiol	Oral	0.01 - 0.02 mg/ día
Estriol	Crema Vaginal	1 a 2 mg/día
Promestriene	Crema Vaginal	10 mg/día

- Dosis oral estándar: 0.625 mg de estrógenos conjugados, se dan continuamente
- Transdérmica: 0.025 mg, si en un mes no mejora, subir a 0.037
 - Si en otro mes no mejora, subir a 0.05

Progestágenos

Forma /Substancia	Vía de Administración	Dosis
Acetato Medroxiprogesterona	Oral	5-10 mg/día
Progesterona Micronizada	Oral Vaginal	100-200 mg/d
Acetato noretindrona	Vaginal-Anillo	0.35 mg/d
DIU liberador de Levonorgestrel	DIU	20 mcg/día
Droperinona	Oral	2 mg/día

- **Dosis progesterona:** 100 mg/día continua o 200 mg/ día por 12 días
 - Se usa progesterona micronizada para prevenir hiperplasia endometrial y el CA de endometrio
 - Esa es su única utilidad
- Se puede usar AMP 2.5 pero tiene más riesgo de CA de mama e IAM
- Se prefiere 10-14 días en la perimenopausia o menopausia recién diagnosticada
- La terapia continua puede generar mayor sangrado
- Se puede pasar al régimen continuo a los 2-3 años de menopausia
- Si no toleran vía oral: DIU de levonorgestrel

Otras opciones

- **Tibolona:** análogo estrogénico, efectos y contraindicaciones similares
- **Fitoestrógenos:** levemente superior al placebo, se puede dar en síntomas leves

SEGUIMIENTO

- Mamografía y examen de mama de rutina
- En los primeros 3 meses de TRH es normal que tengan sangrado pero lo deben reportar

ANTICONCEPCIÓN

- Se pueden usar ACOS con estrógenos de baja dosis (20 mg de etinilestradiol)
- Se dan en perimenopáusicas
- Contraindicados en obesidad, HTA, migraña con aura y tabaquismo
- La suspensión abrupta puede dar síntomas vasomotores, retirar una pastilla por semana

NÓDULO MAMARIO

NÓDULO PALPABLE

- Pueden ser sólidos o quísticos, simples, complicados y complejos
- Usualmente son benignos
- Se debe hacer tríada diagnóstica: examen físico, imágenes e histología
- >35 años: Ecografía + mamografía
- <35 años: ecografía
- El estudio histológico es el gold estándar para el diagnóstico de lesiones mamarias
- La biopsia se hace con TRUCUT o aguja gruesa
 - Permite diferenciar in situ de invasor
 - Se le puede hacer inmunohistoquímica
- Si hay discordancia entre imagen y patología: se repite biopsia o se hace escisión

NÓDULO DETECTADO POR IMAGEN

BIRADS 0	Insuficiente	Son necesarios otros procedimientos y/o comparar con estudios previos.
BIRADS 1	Negativo	Seguimiento habitual anual.
BIRADS 2	Hallazgos benignos	Seguimiento habitual anual.
BIRADS 3	Probablemente benigno	Seguimiento estricto a 6 meses.
BIRADS 4	Sugestivo de malignidad	Realizar toma de material histológico de la lesión mediante biopsia.
BIRADS 5	Altamente sospechoso de malignidad	Biopsia y tratamiento.
BIRADS 6	Carcinoma confirmado previamente	Tratamiento definitivo.

- Las lesiones benignas pueden tener características de malignidad: calcificaciones, densidad, asimetría o distorsión de la arquitectura

LESIONES SEGÚN RESULTADO HISTOLÓGICO

- Se clasifican en 3 grupos según si aumentan el riesgo de CA y si el riesgo es bajo, moderado o algo: Clasificación Page y Dupont

Proliferación mínima o no proliferativa: RR=1

- Quistes
 - Lesiones de la unidad lobulillar ductal terminal con una sola capa de epitelio

- Varían en tamaño
- Son el 25% de los nódulos
- Bien circunscritos, ovalados o redondos y ANECÓICOS
- **Los simples** son benignos, no requieren más estudios
 - Si son asintomáticos no requieren manejo
 - Si >5 cms o dolorosos: drenar, se estudia si es hemático o recurre
- **Los complicados** tienen septo delgado o ecos finos flotantes
 - Requieren control con ecografía cada 6 meses hasta los 18 meses estables
- **Los complejos** tienen masa sólida dentro, septos gruesos o paredes gruesas
 - Siempre requieren biopsia

- **Cambios fibroquísticos o condición fibroquística**

- Cambios en la mama que no son provocados por enfermedad sino por desbalance en las hormonas sexuales con predominancia de estrógenos

- **Lipomas**

- Tumores benignos de riesgo muy limitado
- Bien delimitados y con cápsula delgada
- Suelen ser pequeños y asintomáticos
- La ecografía o la resonancia son las imágenes
- Muy buen pronóstico con escisión

- **Hamartomas**

- 4.8% de los tumores benignos
- Ductos, lóbulos, tejido fibroso y adiposo desorganizado
- Masa bien circunscrita, móvil
- Normalmente entre 30 y 50 años
- En la eco: masa sólida
- En la mamografía: masa bien definida y homogénea
- Se debe hacer biopsia y se maneja según tenga atipia

- **Hemangiomas**

- Tumor benigno
- Usualmente superficial, palpable, puede cambiar el color de la piel
- Si no se concluye descartar angiosarcoma o si aumenta de tamaño: resear

Proliferativos sin atipia: RR=1.5-2

- **Hiperplasia ductal usual**

- Proliferación celular en el ducto, sin atipia celular
- Puede tener calcificaciones intraluminales

- **Fibroadenoma**

- Tumor bifásico benigno que tiene epitelio y estroma
- Sobrecrecimiento glandular por influjo hormonal, puede aumentar con el embarazo y disminuir con la menopausia

- 20 a 40 años, **es el tumor benigno más común de la mama**
- Masa blanda, móvil, bien delimitada, cauchosa, 2-3 cms
- Pueden ser múltiples y bilaterales
- En la eco: elípticos **MÁS ALTAS QUE ANCHAS**, hipoecóicas y desplazan parénquima
- Mamografía: bien circunscrito con o sin **calcificaciones en crispeta**
- Si se confirma por histología: no requiere escisión a menos que aumente >5 cm o que genere molestias

- **Cicatriz radial**

- Lesión esclerosante compleja con centro radial
- Mamografía: espiculada
- Histología: cambios fibroelásticos, puede parecer maligno
- Se debe hacer escisión, riesgo de malignidad de hasta el 25%

- **Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa**

- Proliferación miofibroblástica
- Mamografía: masa ovalada con microcalcificaciones
- Si histológicamente concuerda: seguimiento, si es sospechosa, escisión

- **Papiloma intraductal sin atipia**

- Proyecciones de tejido fibrovascular
- Pueden malignizarse, depende de muchas cosas

Proliferativos con atipia: RR=3.5

- **Hiperplasia ductal con atipia HDA**

- Elevada tasa de transformación a carcinoma in situ

- **Hiperplasia lobular con atipia**

- Podría considerarse vigilancia pero es similar al HDA

- **Papiloma intraductal con atipia**

- Escisión

- **Tumor phyllodes**

- <1% de todos los tumores, son fibroepiteliales con riesgo de malignizar y metástasis
- Masas firmes de 4 a 5 cms pero pueden ser gigantes
- Todos requieren escisión con márgenes de mínimo 1 cm

CONDUCTA

No proliferativo

- Sin estudios adicionales, tamización habitual

Proliferativas sin atipia

- Seguimiento con especialista cada 6 meses con imágenes

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

- Enfermedad endocrino más frecuente en mujeres en edad reproductiva
- Forma más común de anovulación crónica asociada a exceso de andrógenos

FISIOPATOLOGÍA

- Aumento de pulsos de GnRH y LH (estimula las células de la teca: andrógenos)
- Déficit FSH
- Acción excesiva de la insulina en el ovario: aumenta los andrógenos
- Hipersecreción de insulina y resistencia periférica
- La obesidad empeora la resistencia y es fuente adicional de estrógenos acíclicos

CUÁNDO SOSPECHARLO

- Oligo-anovulación + hiperandrogenismo + ovarios de aspecto poliquístico

Criterios de Rotterdam

- Se requieren 2 de 3
- Oligo o anovulación
- Hiperandrogenismo clínico o bioquímico
- Criterio ecográfico: >12 folículos antrales de < de 10 mm y/o volumen ovárico >10 cc

FENOTIPOS

- **Fenotipo A:** Hiperandrogenismo + oligoovulación + ovarios poliquísticos (+ frecuente)
- **Fenotipo B:** Hiperandrogenismo + oligoovulación
- **Fenotipo C:** Hiperandrogenismo + ovarios poliquísticos
- **Fenotipo D:** Oligoovulación + ovarios poliquísticos

CICLOS IRREGULARES - DISFUNCIÓN OVULATORIA

- Normal en el primer año post menarquia como parte de la transición puberal
- >90 días luego de 1 año de la menarquia
- <21 días o >45 días entre los 1 y 3 años después de la menarquia
- <21 días o >35 O <8 ciclos por año si lleva más de 3 años de menarquia y hasta la perimenopausia
- Amenorrea primaria a los 15 años
- Amenorrea de más de 3 años después de la telarca

HIPERANDROGENISMO

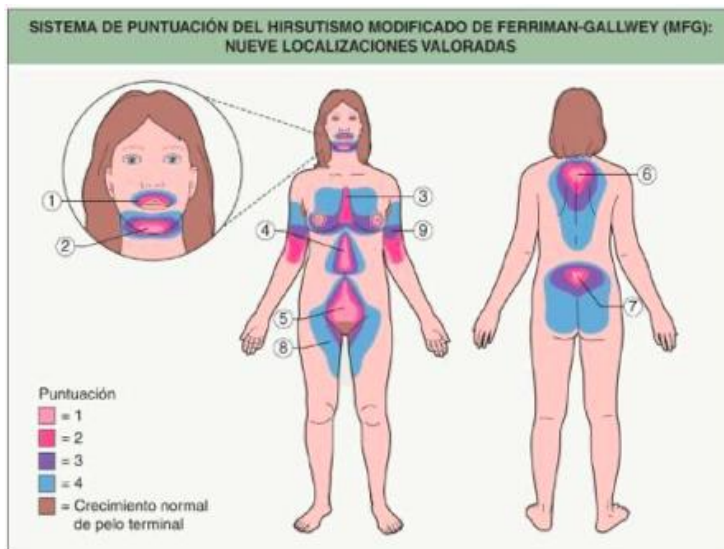
Bioquímico

- Debe tomarse en la fase folicular precoz: días 3 a 5 del ciclo, en ayunas, antes de las 9 am
- Se debe solicitar inicialmente testosterona libre
- Androstenediona y sulfato de dehidroepiandrosterona DHEAS se hacen si la testosterona no está elevada
- No evaluar a la paciente en anticoncepción

- Testosterona normal: 20-90 ng/dl.
- > 200 ng/dl → descartar tumores.
- DHEA-S >600-700mcg/ml → tumor suprarrenal.
- Aumento de la relación LH:FSH (2:1).
- 17 - hidroxiprogesterona >200 ng/100 MI → prueba de estimulación con ACTH.

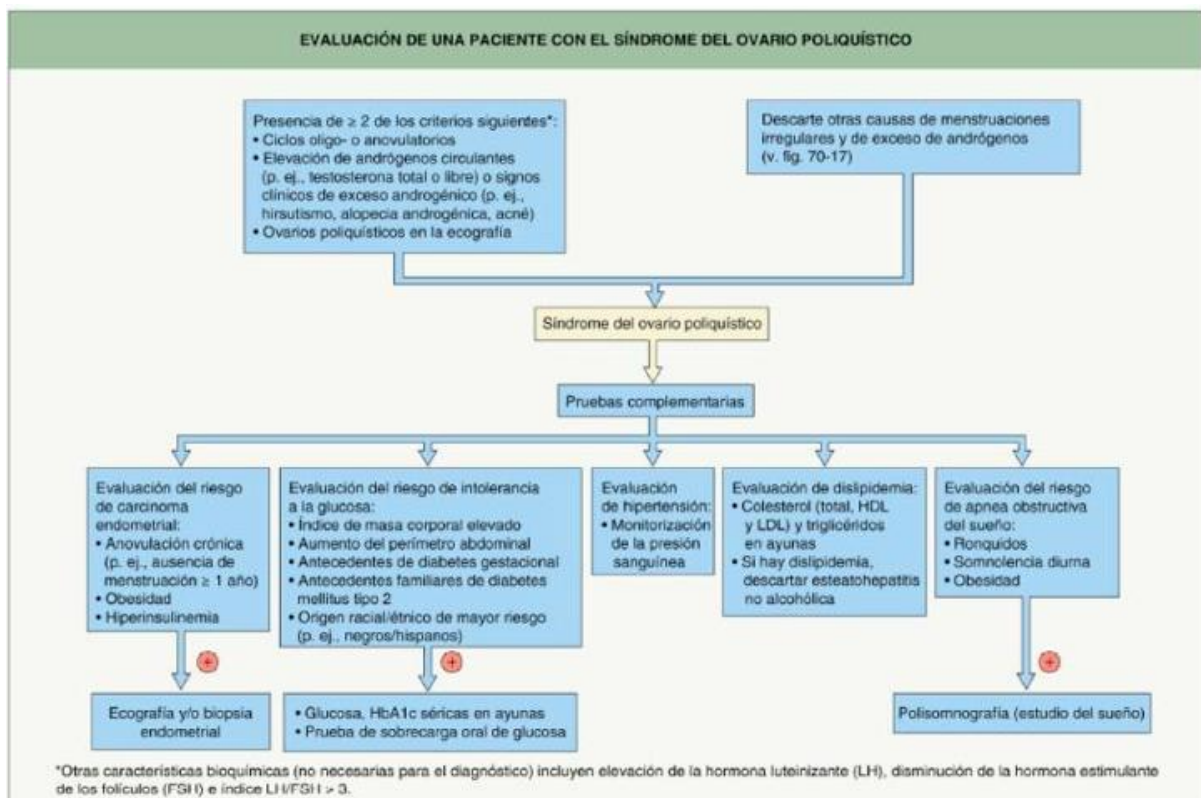
Clínico

- Hirsutismo: no incluye patillas, brazos ni piernas
- Alopecia
- Acné



- 1-7: hirsutismo focal: variante normal, 8-15: hirsutismo generalizado, >15: severo

CAUSAS DE OLIGO- ANOVULACIÓN	
Hipertiroidismo	
Hipotiroidismo	
Hiperprolactinemia	
Hipogonadismo hipogonadotrópico	
Insuficiencia ovárica prematura	
CAUSAS DE HIPERANDROGENISMO	
Hiperplasia suprarrenal congénita	
Tumor ovárico secretor de andrógenos	
Tumor suprarrenal secretor de andrógenos	
Síndrome de Cushing	
Uso de andrógenos exógenos	
HIRSUTISMO	HIPERTRICOSIS
Esteroides anabólicos	Ciclosporina
Danazol	Diazóxido
Metoclopramida	Hidrocortisona
Metildopa	Minoxidilo
Fenotiazinas	Penicilamina
Progestágenos	Fenitoína
Reserpina	Soralenos
Testosterona	Estretomicina



- No solo progestágenos porque solo regulan el ciclo y empeoran el acné
- Si quiere ovular: letrozole

TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA Tumor maligno diagnosticado con más frecuencia en la mujer

- Principal causa de muerte por CA en mujeres

Factor de riesgo	Riesgo relativo
Mutación BRCA1 o BRCA2	10.0-32.0
Historia familiar de cáncer (sin mutación conocida) †	
Un familiar en primer grado	1.5-2.0
Dos familiares en primer grado	3.0
Tres o más familiares en primer grado	4.0
Un familiar en segundo grado	1.2-1.5
Radiación terapéutica del tórax a una edad menor de 30 años ‡	7.0-17.0
Factores Hormonales	
Paridad tardía (edad mayor a 30 años) o nuliparidad	1.2-1.7
Menarquía temprana (edad menor a 12 años) o menopausia tardía (edad mayor a 55 años)	1.2-1.3
Terapia combinada de reemplazo hormonal (para 10 o más años)	1.5
Obesidad en la posmenopausia	1.2-1.9
Consumo de alcohol (2 bebidas al día comparado con no bebedoras)	1.2
Tabaquismo antes del primer nacido vivo	1.2
Estilo de vida sedentario	1.1-1.8
Raza blanca	1.1-1.5
Densidad de la mama (muy densa versus principalmente grasa)	5.0
Hiperplasia ductal o lobular atípica, o carcinoma in situ en un biopsia previa	4.0

AUTOEXAMEN

- NO disminuye mortalidad
- Es más una forma de conocer las mamas
- Ocho días después del período, en menopáusicas el mismo día cada mes

MAMOGRAFÍA

- Son diferentes la mamografía diagnóstica y la de tamización

Diagnóstica

- Se indica en
 - >35 años con masa palpable
 - >35 años con nodularidad asimétrica
 - >35 años con telorrea espontánea, persistente y reproducible
 - >35 años con cambios cutáneos sospechosos de malignidad

Tamización

- Cada 2 años en mujeres entre los 50 y 69 años
- Si la mujer tiene expectativa de vida >10 años se sigue igual después de los 70

Categoría	Denominación	Conducta
BIRADS 0	Estudio incompleto	Requiere estudios adicionales
BIRADS 1	Mamografía normal	Continuar esquema de tamizaje
BIRADS 2	Hallazgos benignos	Continuar esquema de tamizaje
BIRADS 3	Hallazgos probablemente benignos. Malignidad <2%	Control a los 6 meses
BIRADS 4 A	Baja a moderada sospecha 2% - 10%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 4 B	Moderada sospecha 11%-50%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 4 C	Moderada-alta sospecha 51%-94%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 5	Altamente sugestivo de malignidad >95%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 6	Malignidad conocida	Tratamiento del cáncer

- La biopsia es TRUCUT o aguja gruesa

ECOGRAFÍA

- Diferencia lesiones sólidas y quísticas
- Masa palpable en mujer de cualquier edad
- Nódulos vistos en la mamografía para saber si son sólidos o quísticos
- Asimetría focal o distorsión en la mamografía: BIRADS 3
- Nodularidad asimétrica en la palpación
- Seguimiento de quiste complicado cada 6 meses por 18 meses si es estable
- Telorrea espontánea, persistente y reproducible
- Cambios cutáneos sospechosos
- Mama densa: BIRADS 0

RESONANCIA

- Es el tamizaje de mujeres con BRCA1 y 2
- Implantes mamarios para descartar ruptura
- Masa palpable + BIRADS 0 por mamas densas + ecografía normal
- CA de mama para valorar extensión