



# REPASO GINECOLOGÍA PARTE 1

Ana María Caicedo Bolaños  
Residente III año Ginecología y Obstetricia  
Universidad de Antioquia

# CONTENIDOS

1. Tamización cáncer de cuello uterino
2. Tamización cáncer de mama
3. Patología mamaria benigna
4. Infecciones de transmisión sexual
5. Infecciones ginecológicas
6. Dolor pélvico
7. Masa anexial
8. Amenorrea
9. Endometriosis
10. Generalidades de anticoncepción
11. Hemorragia uterina anormal
12. Interrupción voluntaria del embarazo



# TAMIZACIÓN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

# GUÍA COLOMBIANA

- 4to tipo de cáncer más frecuente en mujeres en el mundo (12% de cánceres femeninos y 7,5% de todas las muertes por cáncer en mujeres).
- Incidencia en Colombia 18,7 por 100.000 (2007-2011), 2do cáncer más frecuente en mujeres después del CA de mama.
- **VPH 16 es el más frecuentemente** encontrado en CA de cérvix (50-70%), VPH 18 entre el 7-20% de los tumores.
  1. Infección del epitelio metaplásico (zona de transformación)
  2. Persistencia viral (2 mediciones consecutivas en 6 meses)
  3. Progresión clonal hasta LIE o NIC
  4. Invasión
- Prevalencia alta en mujeres jóvenes (30% en menores de 30 años), por eso NO se recomienda hacer pruebas de VPH en ellas.

Guía de Práctica Clínica

para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino

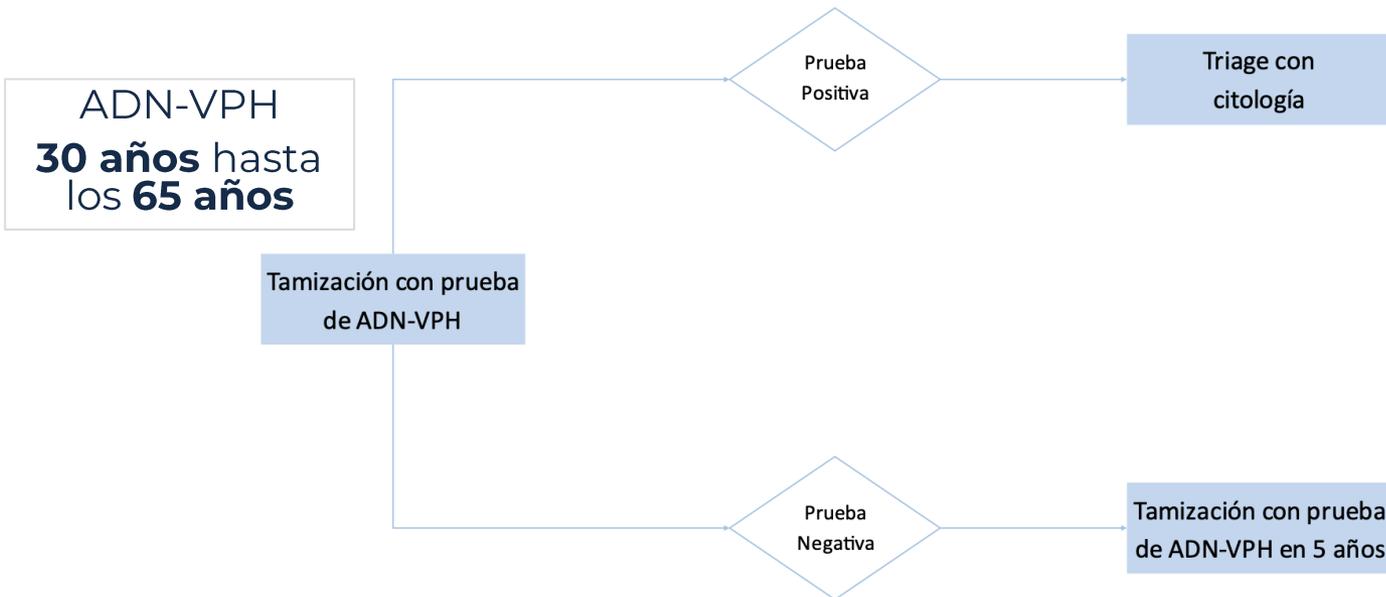
Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia

Guía completa 2014 - Guía No. 44

# GUÍA COLOMBIANA

Tamización con **ADN-VPH**.

**Citología** para clasificación diagnóstica (triage) en pacientes con ADN-VPH positivo.



Citología en menores de 30 años, desde los **25 años** en intervalos de 3 años **si resultados negativos**.

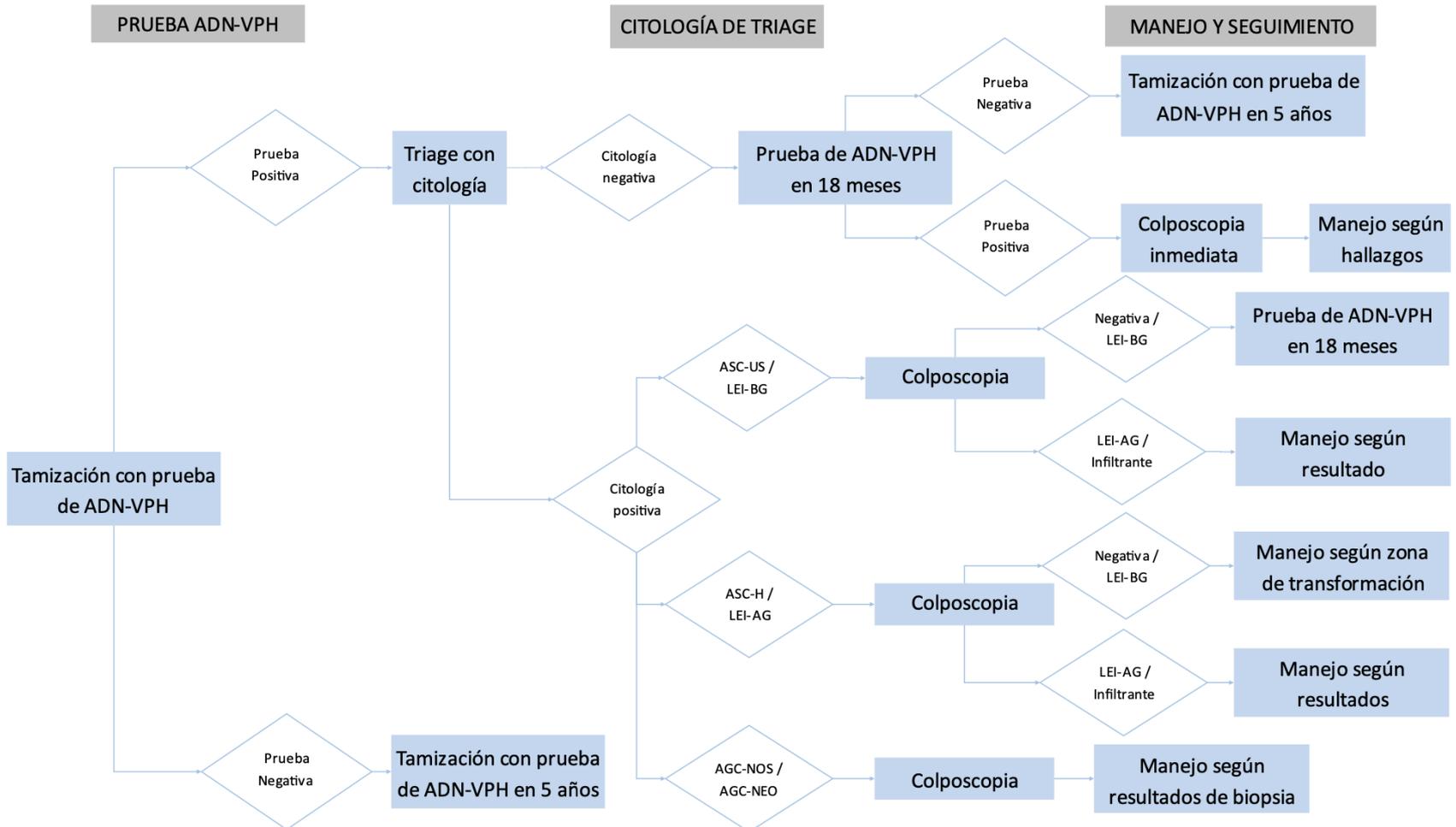
Guía de Práctica Clínica

para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino

Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia

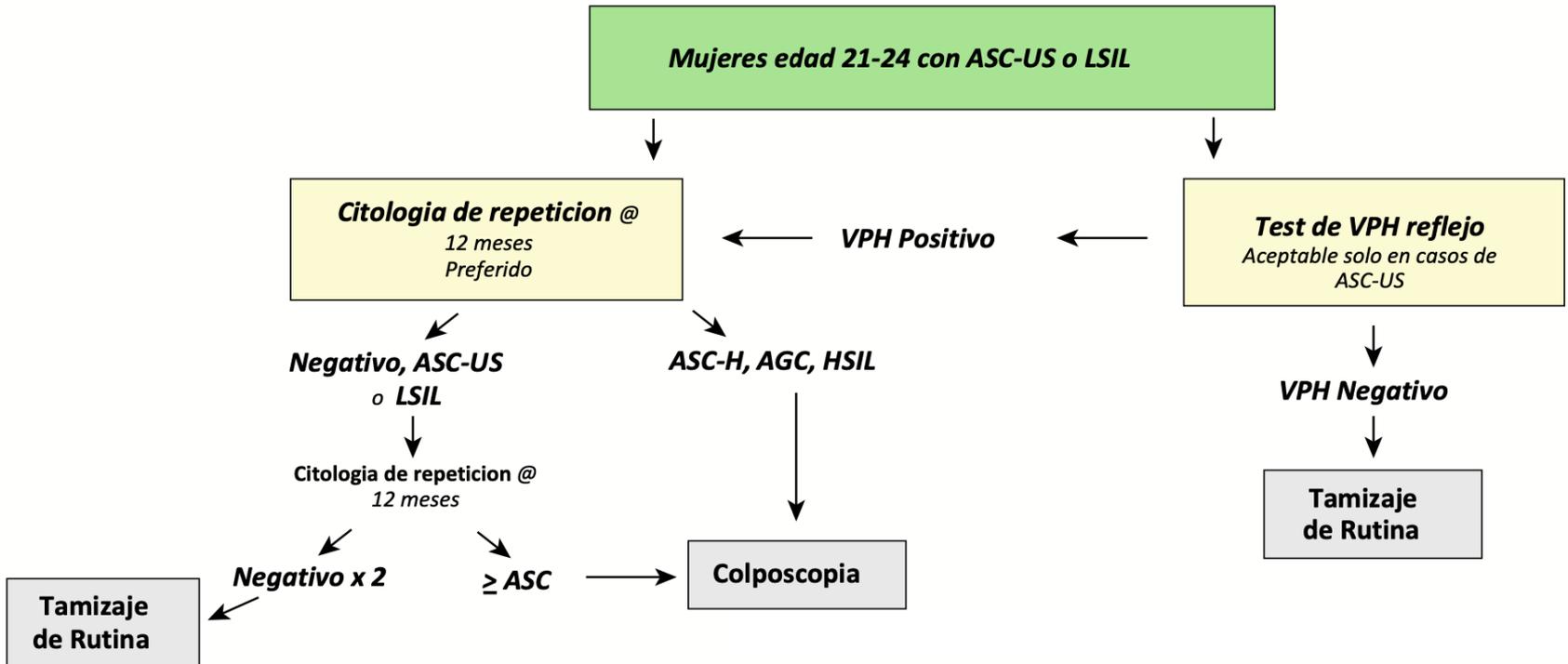
Guía completa 2014 - Guía No. 44

# GUÍA COLOMBIANA



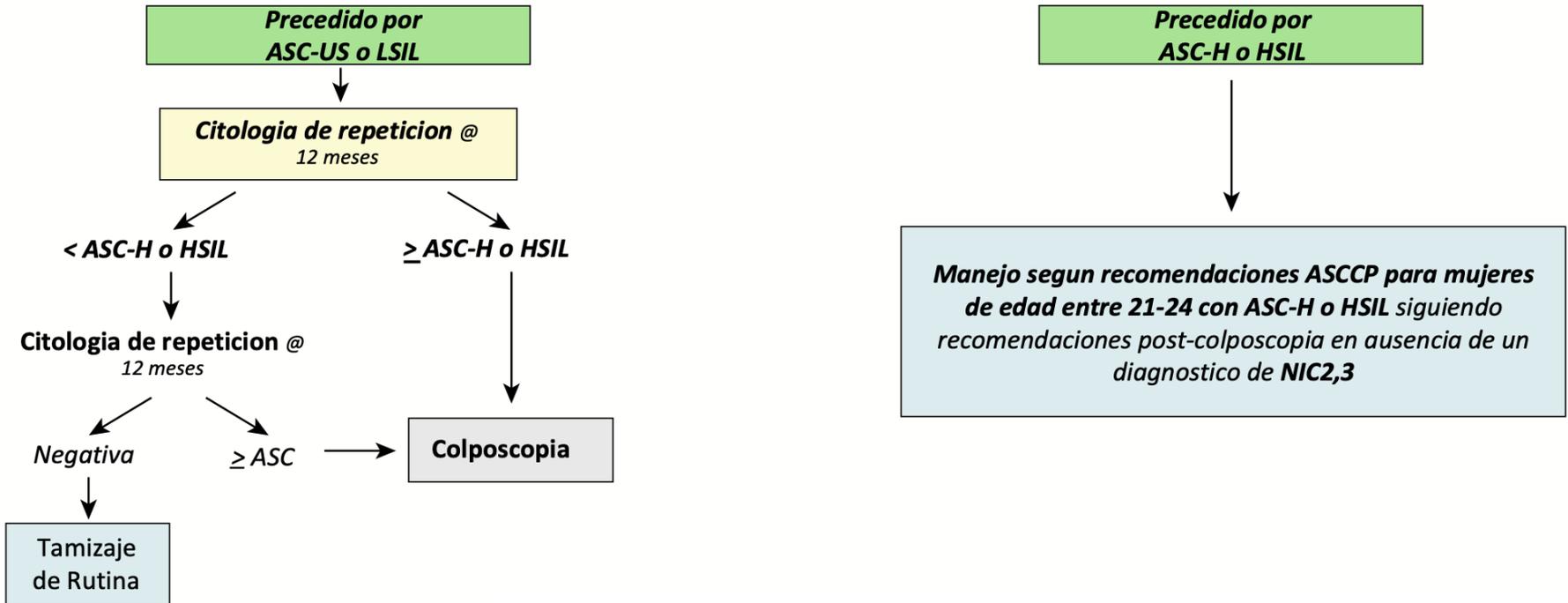
# OTRAS GUÍAS

## Manejo de Mujeres de Edad 21-24 con Citología Escamosa de Significado Indeterminado (ASC-US) o Lesion Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LSIL)



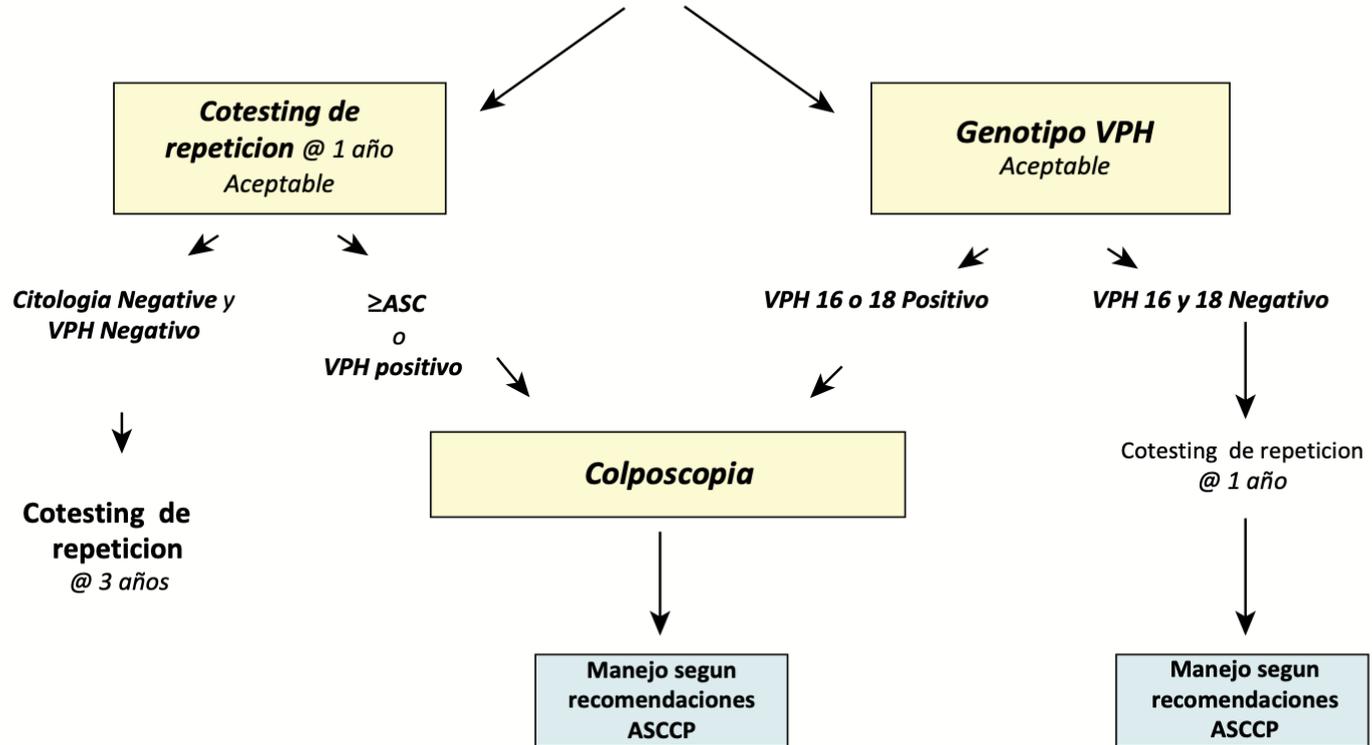
# OTRAS GUÍAS

## Manejo de Mujeres 21-24 Años de Edad sin lesión o con Diagnóstico Anatomopatológico de Neoplasia Intraepitelial Grado 1 (NIC1)



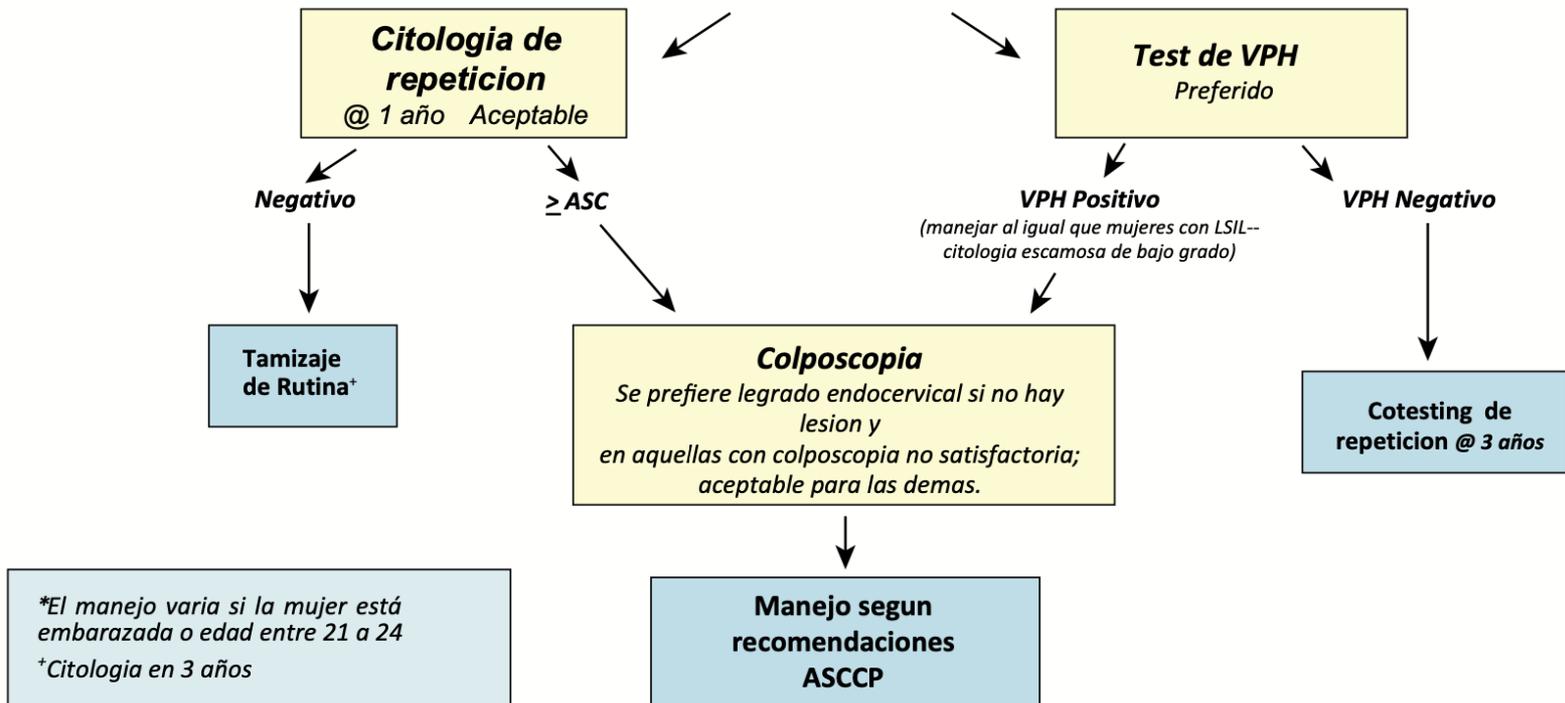
# OTRAS GUÍAS

**Manejo de Mujeres de edad >30 con citología negativa pero Test de Genotipos VPH positivo**



# OTRAS GUÍAS

## Manejo de Pacientes con Celulas Escamosas Atipicas de Significado Indeterminado (ASC-US)\*



# VACUNACIÓN VPH

- Vacunación **de rutina** entre los 11-12 años (pero puede iniciarse a los 9 años).
- Se puede vacunar individuos de **hasta 26 años** si no han sido previamente vacunados.
- **NO se recomienda para individuos mayores de 26 años.** Algunos adultos entre 27-45 años pueden decidir vacunarse (discutirlo con su médico). Hay menos beneficio (ya se han expuesto al virus).
- Dosis:
  - 2 dosis (en <15 años): 6-12 meses después de la primera dosis. Si se aplica antes de 5 meses, requiere una 3ra dosis.
  - 3 dosis (15-26 años): 0, 1-2 meses y 6 meses. **También en inmunocompromiso entre 9-26 años.**
- Previene infecciones por VPH pero NO trata una infección ya existente.
- NO en embarazo.

# TAMIZACIÓN CÁNCER DE MAMA

# GUÍA COLOMBIANA

- **Primero en incidencia en el mundo y en Colombia** para la población femenina.
- Globocan 2018: Incidencia 44/100.000 mujeres.
- Primera causa de mortalidad por cáncer: 11,9/100.000 mujeres.
- 50% se diagnostica en edades avanzadas, se traduce en tratamientos más mórbidos y costosos, así como menor probabilidad de cura.
- **OBJETIVO:** Disminuir **MORTALIDAD**

Tamización mediante **mamografía de 2 proyecciones**, cada **2 años** a mujeres de **50 a 69 años** de edad.

Guía de práctica clínica (GPC)  
.....  
para la detección temprana,  
tratamiento integral,  
seguimiento y rehabilitación  
del cáncer de mama

# GUÍA COLOMBIANA

- Examen clínico mamario **a partir de los 40 años** como parte del examen clínico general de la mujer, al menos **1 vez al año** con un método estandarizado.
- **RESONANCIA MAGNÉTICA MAMARIA anual** a partir de los **30 años** en mujeres con **alto riesgo**.

Riesgo acumulado >30%, si tiene 1 o más de los siguientes:

- Portadora de mutación BRCA1, BRCA2, PTEN, Síndrome de Li-Fraumeni.
- Antecedente de familiar en 1er grado de mutación genética conocida.
- Antecedente de radioterapia sobre pared torácica en edad <30 años.
- Riesgo en el transcurso de la vida >30% estimado por modelos existentes.

# OTRAS GUÍAS

PAÍS	Recomendación
	Inicio 50 años, cada 2 años con mamografía
	Inicio 40 – 49 años con mamografía (depende de la paciente). 50 – 69 años con mamografía cada 2 – 3 años. 70 – 74 años con mamografía cada 2 – 3 años (depende de la paciente)
	<b>ACOG, ACR, NCCN:</b> Inicio 40 años con mamografía anual hasta <10 años de la expectativa de vida. <b>ACS, ASBS, ASCO:</b> Inicio 45 años con mamografía annual hasta los 54 años, luego cada 2 años. <b>AAFP, ACP, USPSTF:</b> Inicio 50 – 74 años con mamografía cada 2 años.

# BIRADS

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.

# PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA

# MAMA BENIGNA

Motivo de consulta más frecuente (> 90%).  
Lo más importante es descartar un cáncer.

	Condición	Riesgo Relativo	Manejo sugerido
<b>Lesiones no proliferativas</b>	Adenosis	1 (Sin aumento del riesgo)	Consulta de rutina Tamización habitual
	Ectasia ductal		
	Fibroadenoma		
	Fibrosis		
	Mastitis		
	Hiperplasia sin atipia		
	Quistes		
	Infecciones		
	Trauma		
	Hamartoma		
	Lipoma		
	Granuloma		
	Microcalcificaciones		
	Metaplasia apocrina simple		

# MAMA BENIGNA

	Condición	Riesgo Relativo	Manejo sugerido
<b>Lesiones proliferativas sin atipia</b>	Fibroadenoma complejo Hiperplasia moderada o grave sin atipia Adenosis esclerosante Papiloma sin atipia Cicatriz radial	1.5 – 2 (Ligeramente aumentado)	Seguimiento rutinario Mamografía anual si es mayor de 40 años

	Condición	Riesgo Relativo	Manejo sugerido
<b>Lesiones proliferativas con atipia</b>	Hiperplasia ductal con atipia Hiperplasia lobulillar con atipia Atipia epitelial plana	4 – 5 (Riesgo moderado)	Seguimiento con mastología Examen físico semestral Mamografía anual



# MAMA BENIGNA

## MASTITIS PUERPERAL

Eritema, masa palpable, fiebre o dolor. Al examen físico hay eritema, tenosidad, calor local, edema.

Ocurre generalmente en las primeras 12 semanas posparto o el momento de ablactación.

Patógeno más común asociado con esta infección es *S. aureus*.

**Dicloxacilina 500mg cada 6 horas  
durante 7-14 días.**

NO se debe suspender la lactancia.

# MAMA BENIGNA

## MASTITIS NO PUERPERAL

Ocasionada por *Staphylococcus aureus*, otros pueden ser *Pseudomonas aeruginosa*, *staphylococcus epidermidis*, *Proteus*, *Serratia*, *Bacteroides* y *Klebsiella*.

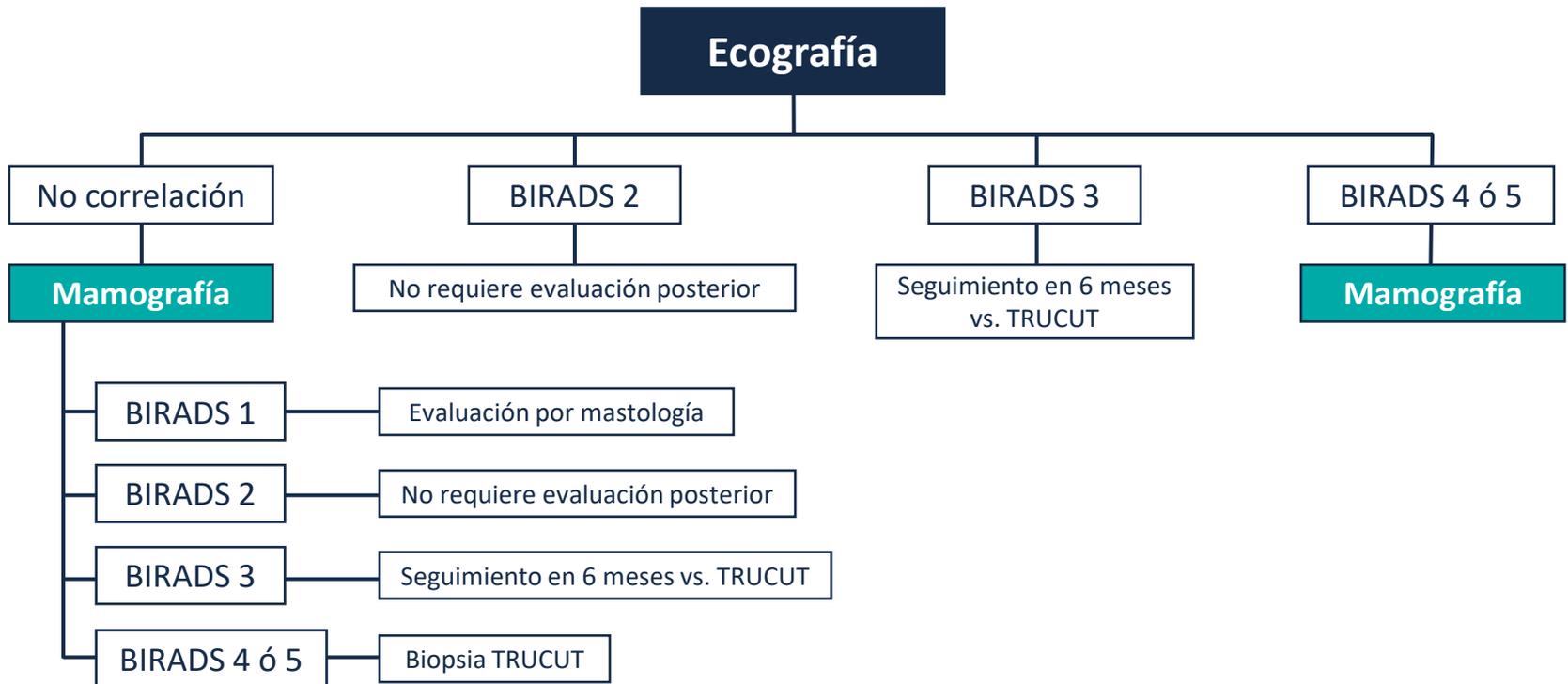
Hasta el 20% de los cultivos son negativos.

**Cefalexina 500mg cada 6 horas +  
Metronidazol 500mg cada 12 horas  
durante 10 días.  
Drenaje de absceso.**

En caso de no mejoría, descartar malignidad.

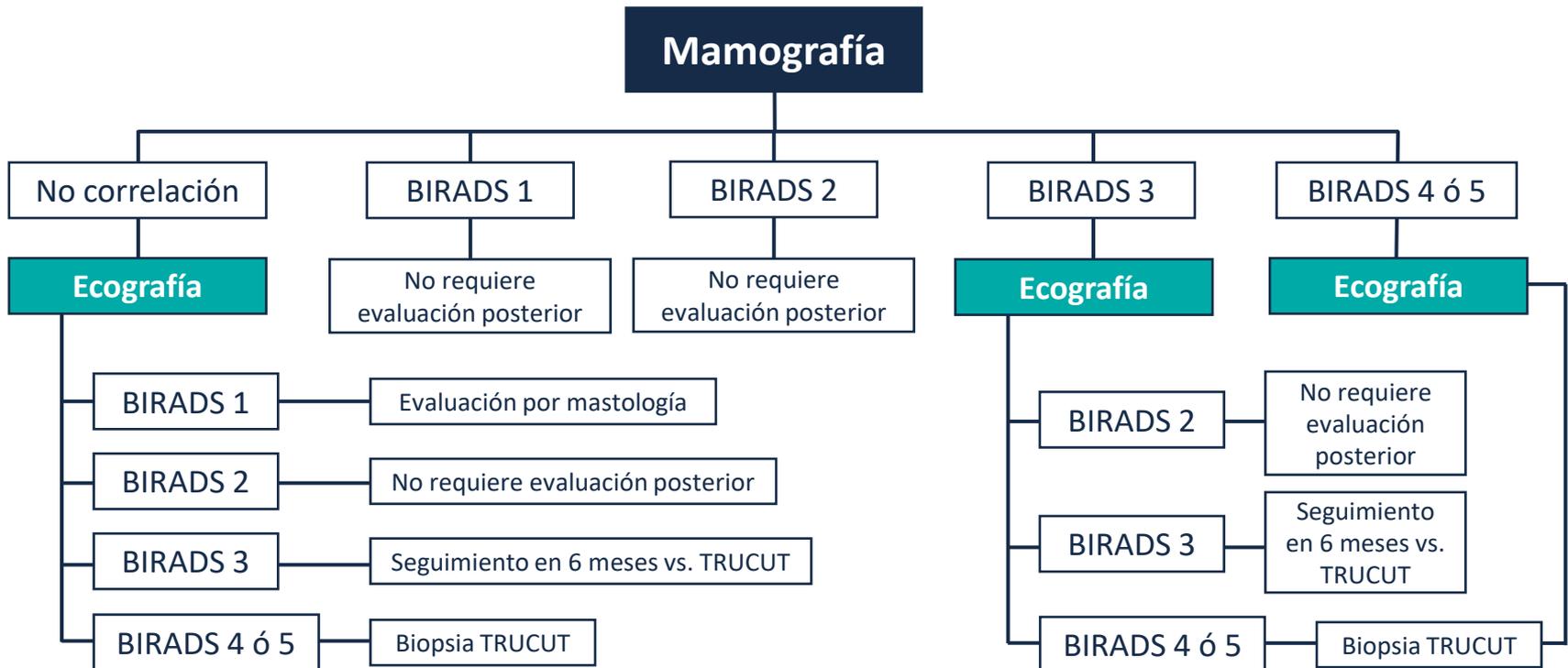
# MAMA BENIGNA

## NÓDULO PALPABLE en <35 años



# MAMA BENIGNA

## NÓDULO PALPABLE en >35 años



# MAMA BENIGNA

## QUISTE MAMARIO

