



REPASO GINECOLOGÍA PARTE 3

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

CONTENIDOS

1. Tamizaje cáncer de cuello uterino
2. Tamizaje 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



MASA ANEXIAL

MASA ANEXIAL

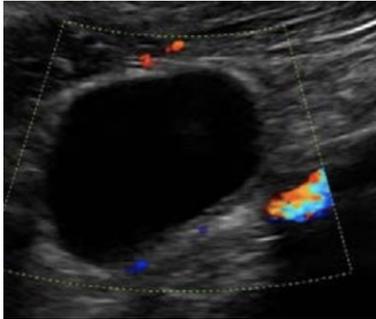
- La mayoría de masas pélvicas son de origen ginecológico (**OVÁRICO**): El ciclo ovárico deja 1 folículo dominante (2cm – <10cm), funcional.
- Neoplasia ovárica benigna más común: **TERATOMA MADURO**.
- SIEMPRE descartar evento agudo que implique cirugía urgente, descartar neoplasia maligna.
- Cáncer de ovario es el CA ginecológico de más alta mortalidad (70%). 80% estadio III y IV al diagnóstico.
- Riesgo de masa pélvica y CA de ovario: 13 – 21%.

PILARES

1. Evaluación clínica
2. Imágenes: EcoTV es el estudio inicial de elección si están confinadas a la pelvis.
3. Marcadores tumorales

MASA ANEXIAL

IMÁGENES



Quiste simple

Masa con contenido líquido, paredes delgadas sin componente sólido, septos (#2) ni tabiques en su interior.



Endometrioma

Masa homogénea con ecos medios o bajos en ausencia de componente sólido.



Quiste hemorrágico

Masa con imágenes en forma de malla o patrón reticular con eco lineal.



Teratoma

Nódulo hiperecogénico con sombras acústicas y ecos de líneas intensas en su interior.

MASA ANEXIAL

IMÁGENES

Características asociadas a malignidad

COMPONENTE SÓLIDO O PAPILAR

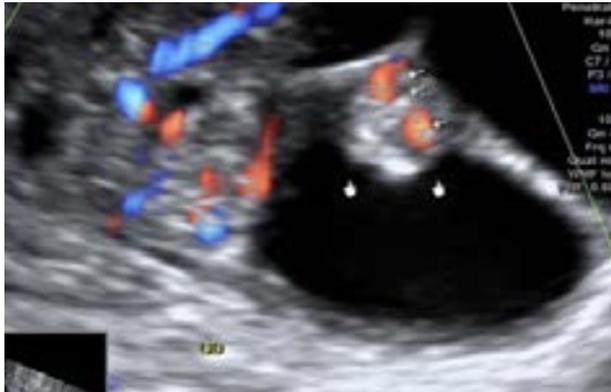
Septos gruesos (> 2 a 3mm)

Alto flujo vascular por Doppler

Presencia de ascitis

Masas sugestivas de implantes peritoneales

Adenopatías retroperitoneales



TAC abdominopélvico: S 90% - E 75%

RNM abdominopélvica: S 91% - E 88%

Ninguna modalidad de estudios imaginológicos ha demostrado ser **superior** al ultrasonido para caracterizar las masas anexiales pélvicas.

MASA ANEXIAL

MARCADORES TUMORALES

• **CA-125** 0 – 35 U/ml

Marcador de tumores epiteliales de ovario. Derivado de epitelio celómico o Mulleriano (**cervix, endometrio, trompas, ovarios, peritoneo, pleura**).

Endometriosis, miomatosis, EPI, quistes funcionales de ovario, adenomiosis, embarazo, menstruación, ICC, Enf. Hepáticas y renales, etc (**< 100-200 U/ml**).

80% elevación en CA avanzado y 50% en estadio I.

Especificidad muy baja, sobre todo en premenopáusicas.

Poco útil para el diagnóstico inicial, pero gran valor en seguimiento: Duplicación tras finalizar el tratamiento predice recaída o progresión.

• **ACE (Antígeno carcinoembrionario)**

No es un marcador tumoral específico. Ginecológicos: Mucinosos de ovario.

También se eleva en patologías benignas inflamatorias o infecciosas de TGI, pulmón o tabaquismo.

MASA ANEXIAL

MARCADORES TUMORALES

- **bHCG**

Marcador tumoral de células germinales: **CORIOCARCINOMA OVÁRICO NO GESTACIONAL** (Neoplasia trofoblástica gestacional).

- **Deshidrogenasa láctica (LDH)**

Enzima que se eleva específicamente en tumores de célula germinales: **DISGERMINOMA**.

- **Alfafetoproteína (AFP)**

Proteína oncofetal, se eleva en tumores de células germinales, del seno endodérmico y carcinomas embrionarios.

- **Proteína del epidídimo humano 4 (HE4)**

Elevación en tumores epiteliales de ovario. NO se eleva en endometriosis. Es más específico.

MASA ANEXIAL

INDICACIONES QUIRÚRGICAS

Pacientes con riesgo de malignidad, riesgo de ruptura o torsión, síntomas severos o persistentes de dolor o sensación de peso, en quienes la cirugía puede tener beneficios con respecto a la fertilidad en el futuro:

- ✓ Lesión sólida de ovario
- ✓ Lesión quística compleja de ovario
- ✓ Lesión quística simple pero >10 cm
- ✓ Masa anexial bilateral
- ✓ Masa anexial con sospecha de ruptura o torsión (abdomen agudo).
- ✓ Masa anexial asociada a ascitis.
- ✓ Masa anexial con signos clínicos o imagenológicos de carcinomatosis peritoneal.
- ✓ Lesiones quísticas en observación que no hacen regresión después de 4 meses de vigilancia.
- ✓ Historia familiar de CA de mama u ovario, historia personal de otras malignidades.
- ✓ Premenopáusicas con CA-125 >200 U/mL o posmenopáusicas >35 U/mL.



AMENORREA

AMENORREA

AMENORREA PRIMARIA

15 años: Límite superior normal para presentar menarquia.

*Presencia de vello púbico (pubarquia) NO es suficiente para considerar que el desarrollo puberal es normal, porque este signo depende de la adrenarquia, no de la gonadarquia.

Pubertad diferida	Amenorrea primaria
Ausencia de telarquia a los 13 años. *Lapso entre telarquia y menarquia es 2 años.	Amenorrea primaria con desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

AMENORREA SECUNDARIA

Ausencia de menstruación después de 3 meses o de 3 ciclos específicos para una mujer determinada.

¿Mujer con ciclos irregulares?: Amenorrea después de 6 meses.

AMENORREA

CONDICIONES ASOCIADAS IMPORTANTES

- ✓ Dismorfismo, talla baja, malformaciones visibles (Síndrome de Turner, Síndrome de Kallmann).
- ✓ Oligomenorrea (Síndrome de ovario poliquístico, hiperprolactinemia).
- ✓ Signos de exceso de andrógenos (SOP, Hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, Síndrome de Cushing, Hipertecosis ovárica, etc).
- ✓ Uso de gonadotóxicos, enfermedades autoinmunes, síntomas vasomotores (Insuficiencia ovárica).
- ✓ Ejercicio intenso, IMC bajo, trastornos nutricionales (Hipogonadismo central).

AMENORRREA

LABORATORIOS:

FSH (10 mUI/mL) y **PROLACTINA** (5 – 20 ó 30 ng/mL)

Amenorrea primaria

Malformaciones Mullerianas obstructivas

Agnesia cervical, tabique vaginal transverso, himen imperforado (no Mulleriana).
Diagnóstico con ecoTV + RNM, siempre descartar malformaciones renales y urinarias asociadas.

Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: Tipo 1 (agenesia de útero + vagina aislada), Tipo 2 (malformaciones vertebrales y urinarias).

Síndrome de insensibilidad androgénica

Ligado al sexo, cariotipo 46XY. 3 variantes clásicas:

1. Hombre con deficiencia espermática y disfunción androgénica leve.
2. Deficiencia parcial.
3. Deficiencia completa. Fenotipo femenino normal con cambios androgénicos menores. **Ausencia o disminución de vello corporal, en algunas agnesia vaginal.** Confirma diagnóstico testosterona en rango masculino (≥ 45 pg/mL).

AMENORRREA

Pubertad diferida

FSH alta

≥ 40 mUI/mL define **insuficiencia ovárica**.

Hipogonadismo hipergonadotrópico, **SIEMPRE descartar disgenesia gonadal**: La principal es Síndrome de Turner.

Prolactina alta

Rara, descartar adenoma hipofisiario (OJO con la clínica) vs craneofaringioma.

Hipogonadismo hipogonadotrópico.

FSH normal o baja

FSH < 5 mUI/mL.

Trastornos de origen central o de la función hipotálamo hipofisiaria:

1. Hiperprolactinemia primaria
2. Defectos genéticos que afectan producción y acción de GnRh (ppal. Síndrome de **Kallmann**: FSH suprimida < 1 mUI/mL).
3. Déficit nutricional
4. Retardo puberal simple (exclusión).

AMENORRREA

Amenorrea secundaria

FSH alta

Insuficiencia ovárica prematura o primaria.
Mujeres < 40 años hasta 45 años.

Si < 30 años, solicitar cariotipo (descartar Turner). Siempre remitir a genética.

Prolactina alta

Hiperprolactinemia primaria de origen central si > 60 ng/mL (2da y 3ra década).

*Si < 60 ng/mL, sospechar SOP.

*Si > 100 ng/mL, descartar macroadenoma hipofisario.

FSH normal o baja

Baja: Descartar origen central: Panel hipofisario (LH, TSH, T4, cortisol, PRL, IGF-1).

Principal causa es amenorrea hipotalámica funcional: Deportistas de alto rendimiento. Otras: Síndrome de Sheehan, hipofisitis linfocítica, tumores o inflamación.

Normal: Síndrome de Asherman.



ENDOMETRIOSIS

ENDOMETRIOSIS

Presencia de **tejido endometrial activo** (glándulas y estroma) **por fuera de la cavidad uterina:**

1. Inflamatoria
2. Crónica
3. Recurrente
4. Progresiva en la mayoría de los casos
5. Dependiente de hormonas

Prevalencia en edad reproductiva entre el 10-30% (1 de cada 10).
30% de las mujeres con infertilidad la padecen.

Factores de riesgo: Menarca precoz, mayor duración o volumen del sangrado menstrual, nuliparidad. Obesidad, alcohol, cafeína.
¿**Tabaquismo?** (**controversial**).

ENDOMETRIOSIS

TEORÍAS DE SU ORIGEN

Menstruación retrógrada

Descamación endometrial pasa a través de las trompas permeables, y se depositan fragmentos de endometrio en el peritoneo pélvico.

Metaplasia celómica

Transformación del epitelio peritoneal en tejido endometrial, al parecer por influjo estrogénico.

Diseminación (Halban)

Teoría de Halban: Diseminación hemática o linfática. Infiltración de vasos sanguíneos (explica focos lejanos).

Heredada

Riesgo 7 veces mayor en familiares de 1er grado de consanguinidad. Entre más severa, más fuerte la asociación.

TODAS coinciden en que la enfermedad es dependiente de hormonas: ESTRÓGENOS favorecen proliferación.

ENDOMETRIOSIS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dolor pélvico crónico: Dismenorrea cíclica progresiva, acompañada de dolor gastrointestinal, disuria, hematuria. Dispareunia, infertilidad.

Sitios más frecuentes de **implantación**: Ovarios, fondos de saco, ligamentos anchos, ligamentos útero sacros, útero, colon sigmoides y apéndice.

FORMAS DE PRESENTACIÓN

1. Endometriosis peritoneal superficial (más frecuente)
2. Endometriosis ovárica (endometrioma)
3. Endometriosis infiltrativa profunda (menos frecuente pero más grave)

DIAGNÓSTICO

Visualización directa de las lesiones por medios quirúrgicos + **BIOPSIA** que confirme hallazgos histológicos.

Examen físico: Masa abdominal, nódulos dolorosos en fondo de saco, disminución de movilidad uterina, lesiones vaginales visibles.

ENDOMETRIOSIS

Imágenes de elección: Ecografía de **mapeo de endometriosis** es la primera línea cuando hay sospecha.

RNM alta S&E para endometriosis ovárica, pero moderada especificidad para endometriosis profunda.

TRATAMIENTO

Depende de la severidad de los síntomas de la paciente:

Analgesia	Hormonal	Quirúrgico
Cursos cortos de acetaminofen + AINEs	ACOs Progestinas (Dienogest 2 mg/día o Acetato de noretindrona 5 mg/día) DIU LNG Agonistas de GnRH (Leuprolide, goserelina, triptorelina) Danazol Inhibidores de aromatasa	No respuesta a manejo médico Ruptura o torsión de endometrioma Enfermedad infiltrativa grave de intestino, vejiga, ureteres o nervios pélvicos. Infertilidad con dolor pélvico