

Ecografía en Ginecológica Patológica. Conducta /acciones matrona/ón

Mat. Maribel Mella Guzmán

Prof. Asistente

Diplomada en Ecografía
Básica Obstétrica y
Ginecología

Universidad de Chile

mamella@uchile.cl

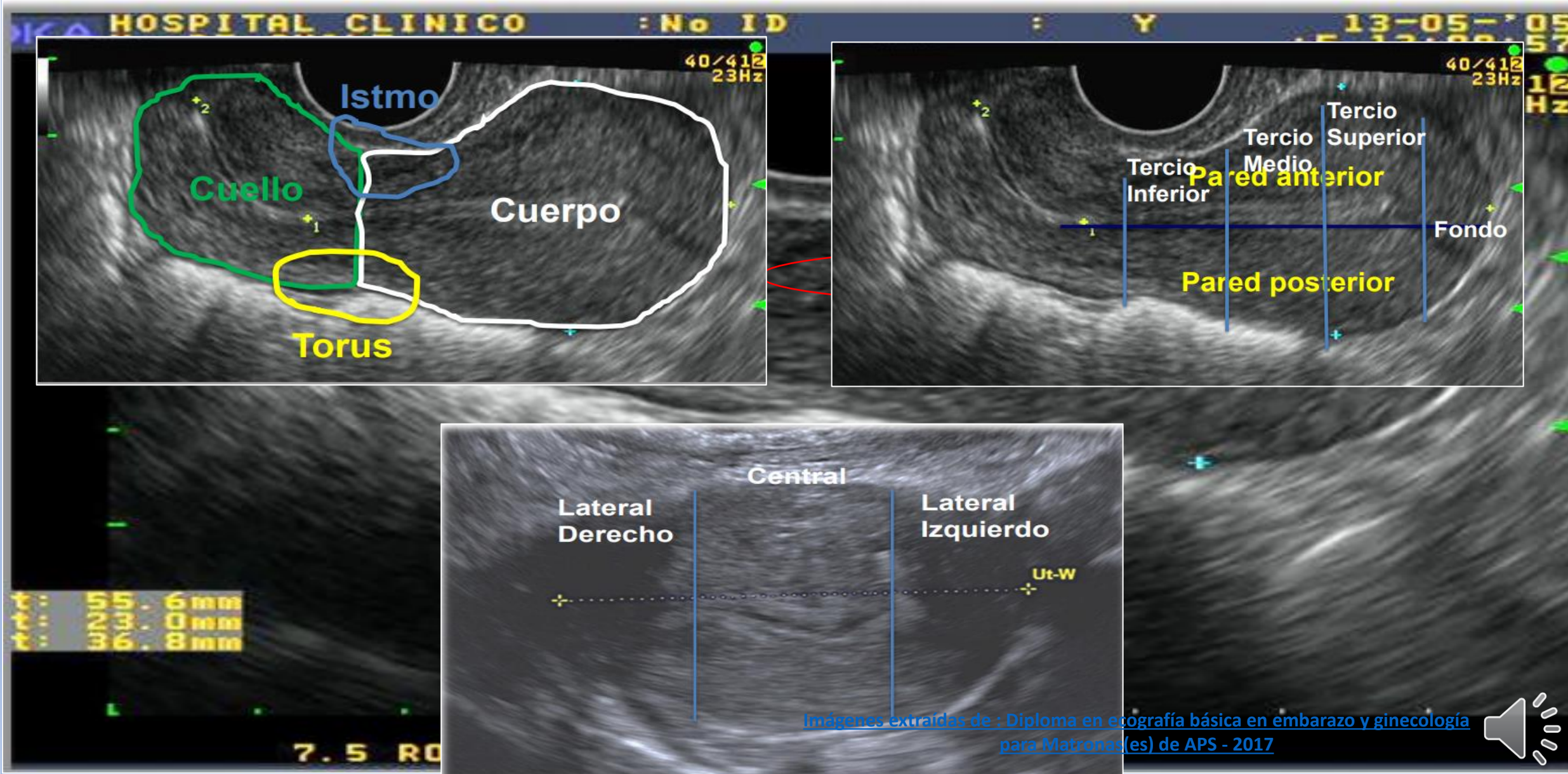


Indicadores de Aprendizaje

- **Analiza y caracteriza los aspectos básicos** de las **patologías prevalentes** en la ecografía ginecológica abdominal o transvaginal.
- **Determina conductas/acciones** profesionales frente a una ecografía ginecológica transvaginal o abdominal con alguna patología ginecológica **prevalente durante el ciclo vital de la mujer en APS.**



Ecografía división topográfica



Ecografía Ginecología Informe

La solicitud de examen aporta diagnóstico de :

Algia pélvica

La realización del examen no presentó limitaciones.

Las paredes vaginales se observan de grosor normal con su cavidad virtual y distensibles al paso del transductor. La uretra es de aspecto normal y la vejiga se encuentra vacía.

El **Útero** se visualiza en anteversoflexión.

Su forma se encuentra conservada, su superficie es regular y el miometrio es homogéneo.

Mide **62 x 37 x 33** mms. en los diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal.

El **Endometrio** mide **3.2** mms. de grosor, sus límites se observan bien definidos y su aspecto es homogéneo. Corresponde a un endometrio lineal o Tipo 0.

La **Cavidad Endometrial** es virtual.

El **Ovario Izquierdo** mide **25 x 11 x 16** mms. Volumen ovárico **2.3 cc.**

De aspecto normal, con desarrollo folicular. Ovario móvil

No se visualizan imágenes anexiales patológicas.

El **Ovario Derecho** mide **22 x 12 x 13** mms. Volumen ovárico **1.8 cc.**

De aspecto normal, con desarrollo folicular. Ovario móvil

No se visualizan imágenes anexiales patológicas.

El **Fondo de saco de Douglas** se encuentra libre.

Signo del deslizamiento alto y bajo positivo (normal)

Nota: paciente usuaria de ACO.

CONCLUSION

Exploración ginecológica transvaginal dentro de límites normales.



¿Cuándo pedir una ecografía ginecológica?

ECOGRAFÍA EN GINECOLOGÍA

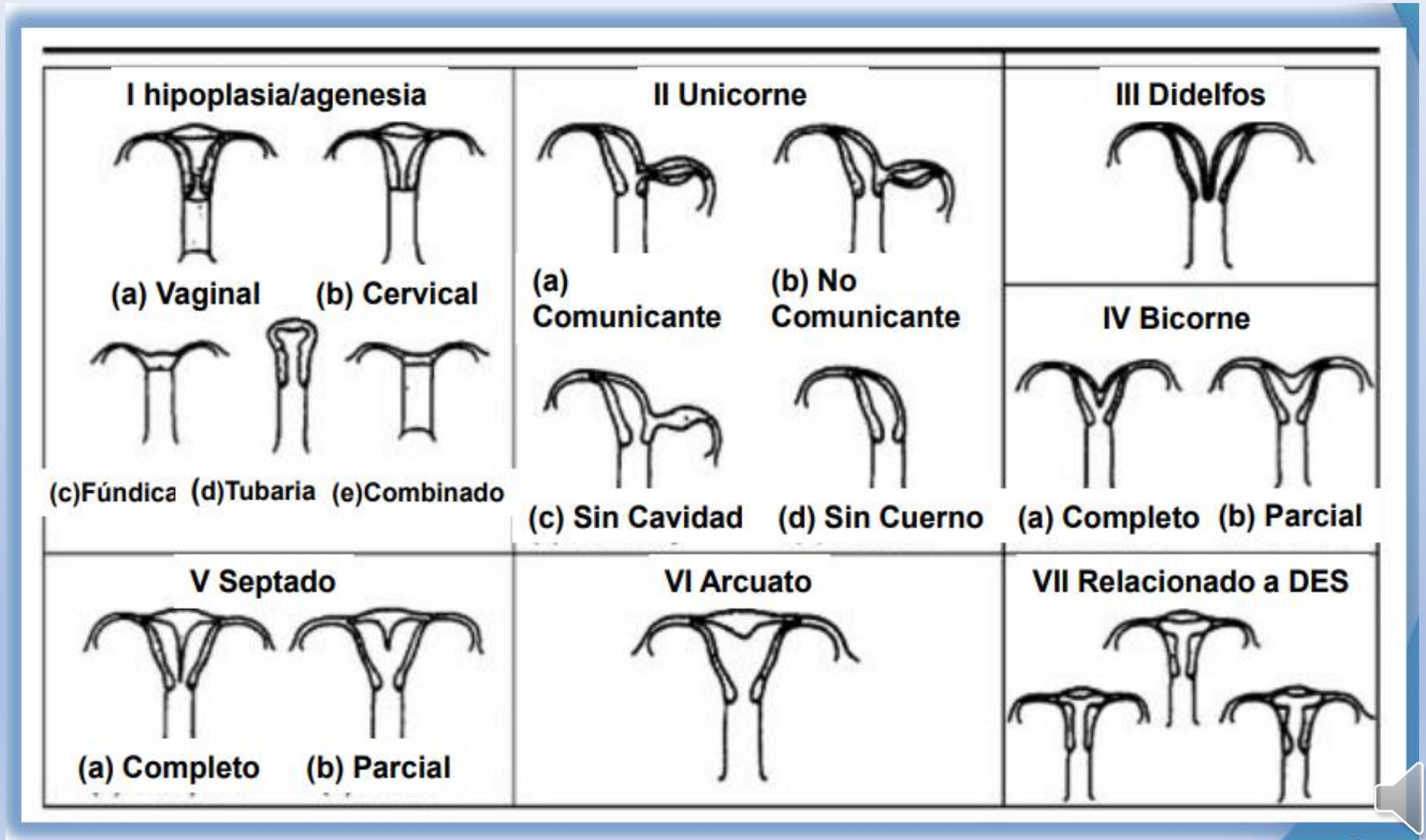
- **NO** debe ser una practica rutinaria dentro de su conducta. No es un examen que se deba solicitar como parte de todos los controles ginecológicos.
- Se basa en el criterio clínico, si usted sospecha de alguna patología/alteración ginecológica puede solicitar este complemento imagenológico.
- Diu "extraviado" o que no se visualicen las guías en un control de regulación de la fecundidad.
- Algia o masa pélvica.
- Mujeres post menopaúsicas* buen elemento para valorar endometrio.
- Patrón alterado de sangrado.
- Antecedente o seguimiento de mioma.
- Retraso menstrual o sospecha de embarazo.
- Patología ovárica.
- Seguimiento folicular*
- Complemento en técnicas de Reproducción asistida*

Imagen extraída de clase "Ecografía Ginecológica" Camila Rojas.



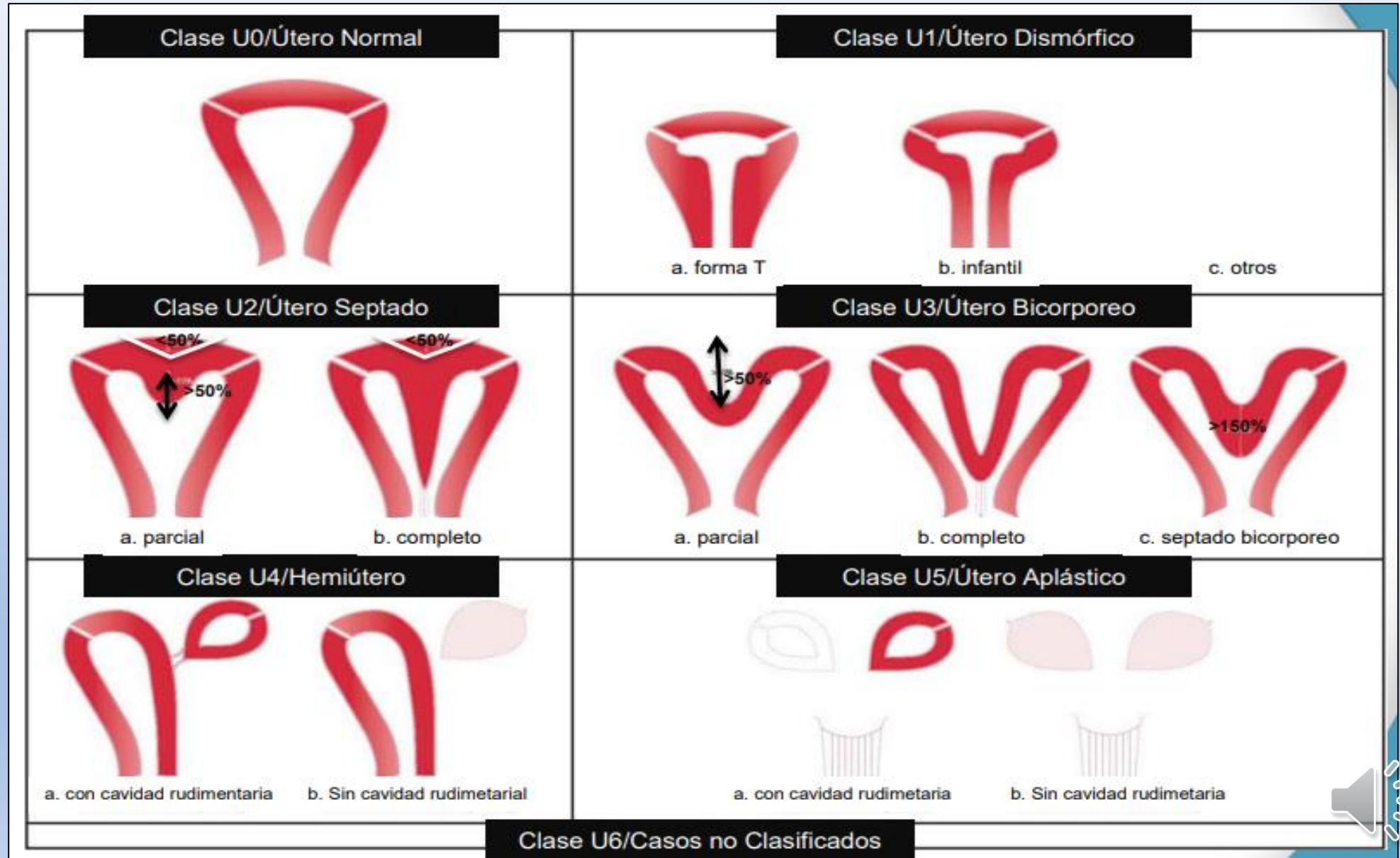
Malformaciones Congénitas Uterinas

**Clasificación
de la Sociedad
Americana de
Medicina
Reproductiva**



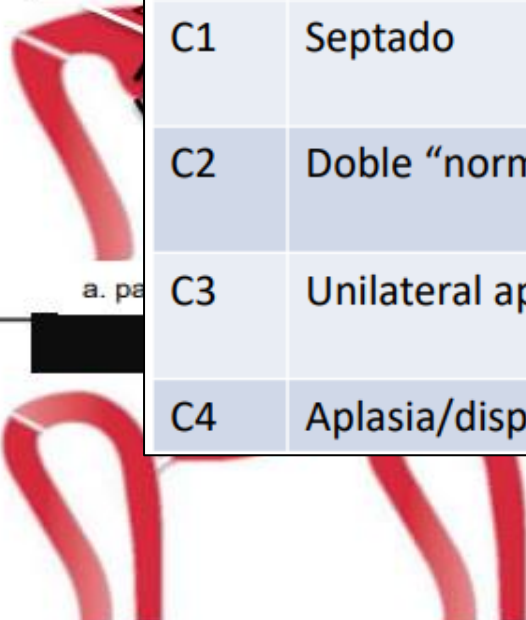
Malformaciones Congénitas Uterinas

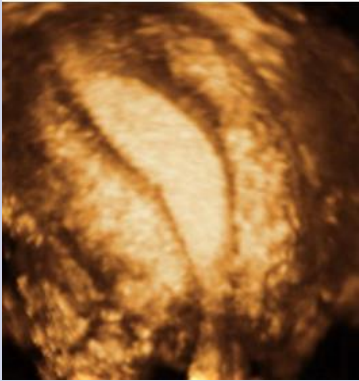
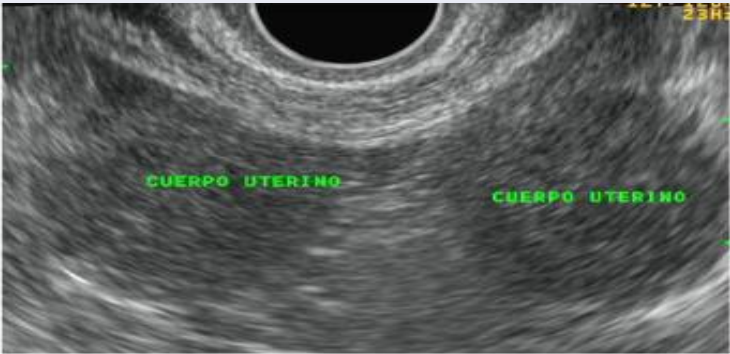
Clasificación
Consenso
ESHRE-ESGE



Malformaciones Congénitas Uterinas

Clasificación Consenso ESHRE-ESGE

Clase U0/Útero Normal		Clase U1/Útero Dismórfico	
			
Sub-clase cervical		Sub-clase vaginal	
C0	Normal	V0	Normal
C1	Septado	V1	Longitudinal no obstruida por septo vaginal
C2	Doble “normal”	V2	Longitudinal obstruido por septo vaginal
C3	Unilateral aplasia/displasia	V3	Septo vaginal transverso/himen imperforado
C4	Aplasia/displasia	V4	Aplasia
 a. pa a. con cavidad rudimentaria b. Sin cavidad rudimetarial		 a. con cavidad rudimetaria b. Sin cavidad rudimetaria	
Clase U6/Casos no Clasificados			

Malformación	Imagen
Útero Unicorne	
Útero Bidelfo	
Útero Bicorne	

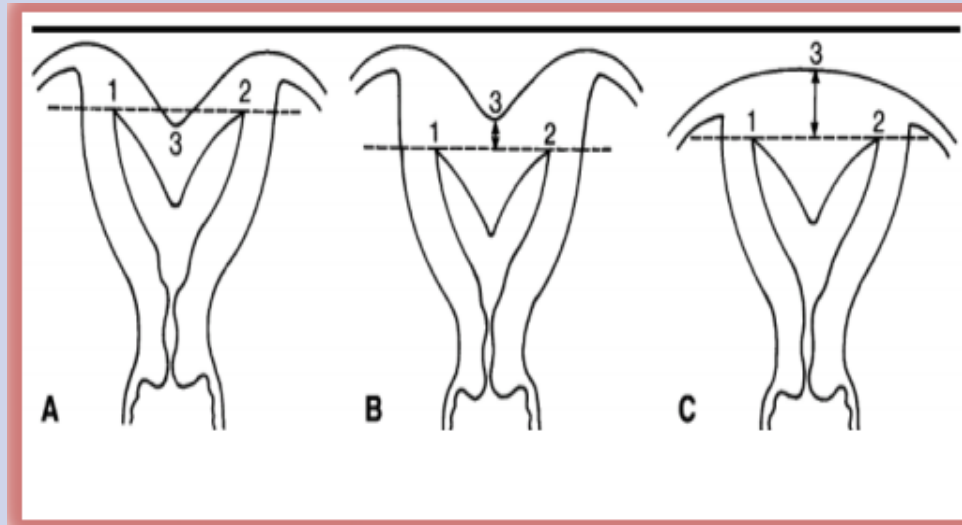
Imágenes extraídas de : [Diploma en ecografía básica en embarazo y ginecología para Matronas\(es\) de APS - 2017](#)



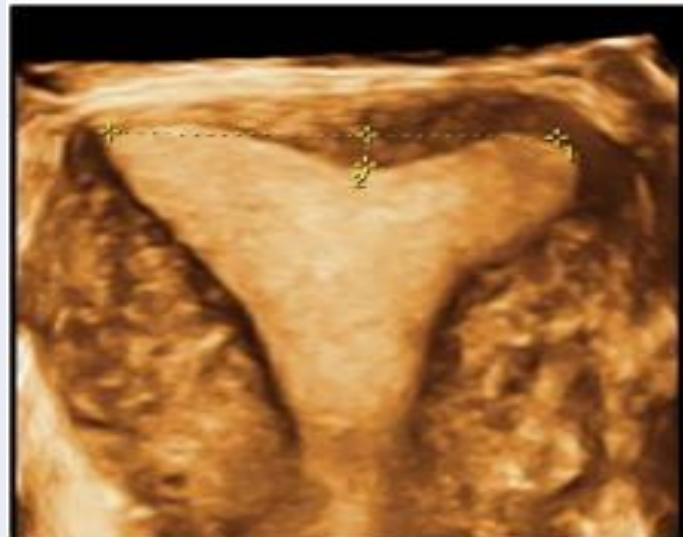
Malformación

Imagen

Útero Septado



Útero Arcuato



Adenomiosis



Endometrio mal definido



Miometrio Heterogéneo



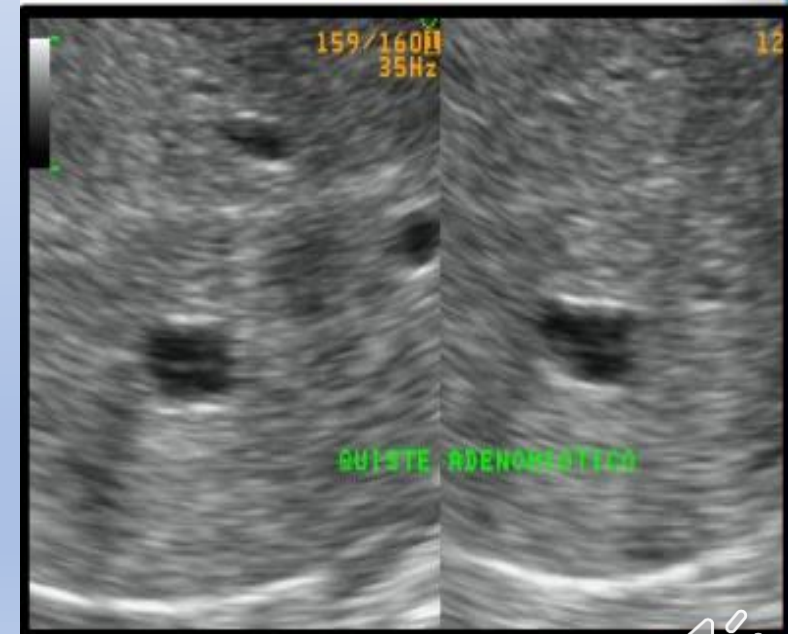
Miometrio pseudonodular



Asimetría de las paredes

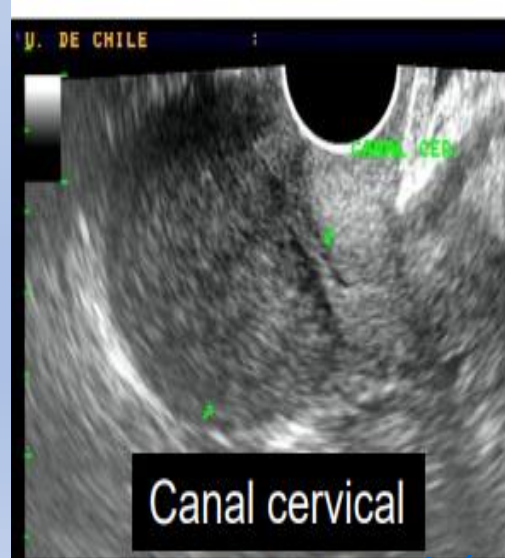
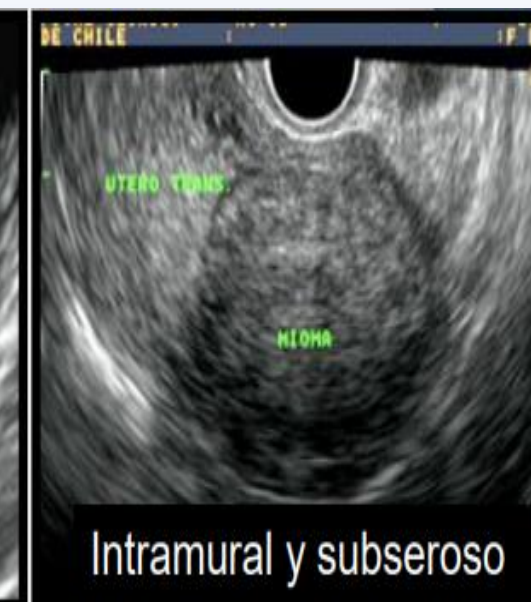
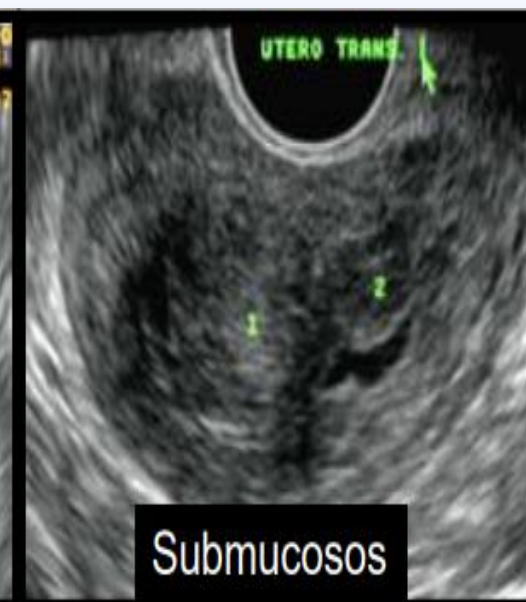
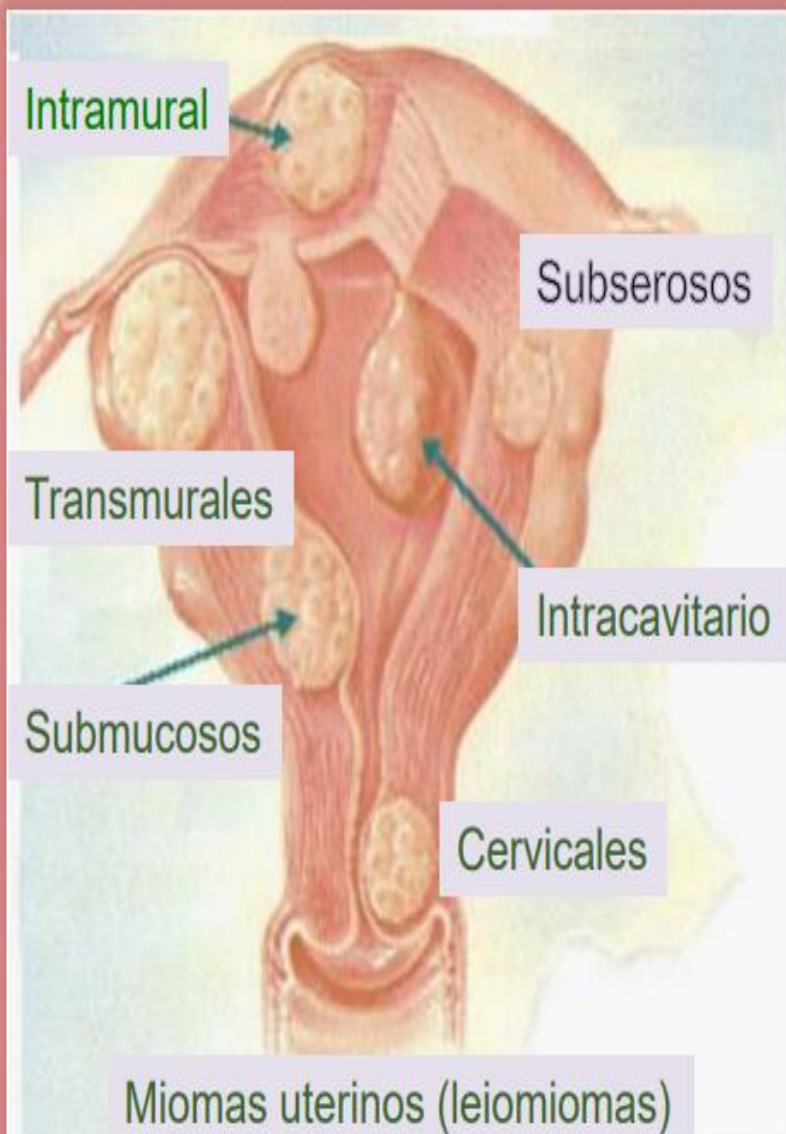


Quistes adenomióticos



Quistes adenomióticos

Miomas



Lesiones anexiales. IOTA

Table 9 Ten simple rules for identifying a benign or malignant tumor

Rules for predicting a malignant tumor (M-rules)		Rules for predicting a benign tumor (B-rules)	
M1	Irregular solid tumor	☐ B1	Unilocular ☐
M2	Presence of ascites	☐ B2	Presence of solid components where the largest ☐
M3	At least four papillary structures	☐	solid component has a largest diameter < 7 mm
M4	Irregular multilocular solid tumor with largest diameter ≥ 100 mm	☐ B3	Presence of acoustic shadows ☐
M5	Very strong blood flow (color score 4)	☐ B4	Smooth multilocular tumor with largest diameter < 100 mm ☐
		☐ B5	No blood flow (color score 1) ☐

If one or more M-rules apply in the absence of a B-rule, the mass is classified as malignant. If one or more B-rules apply in the absence of an M-rule, the mass is classified as benign. If both M-rules and B-rules apply, the mass cannot be classified. If no rule applies, the mass cannot be classified.

Aplicable al 77% de las lesiones anexiales

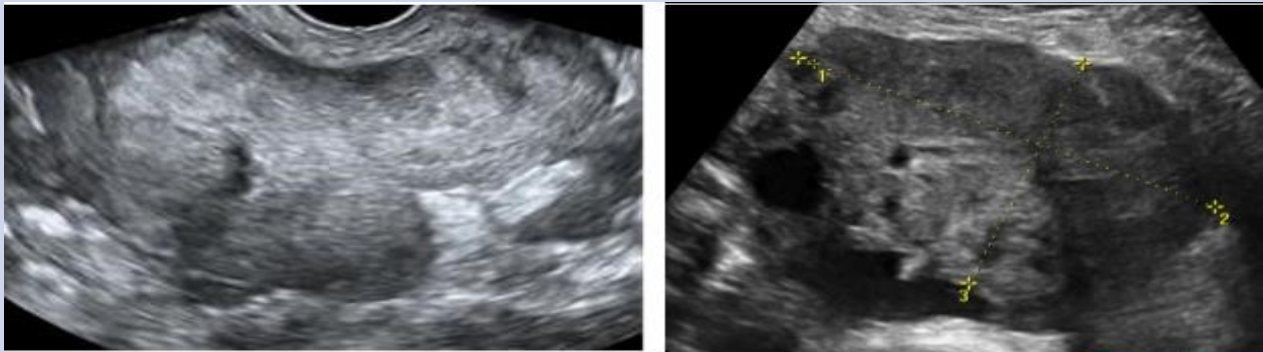
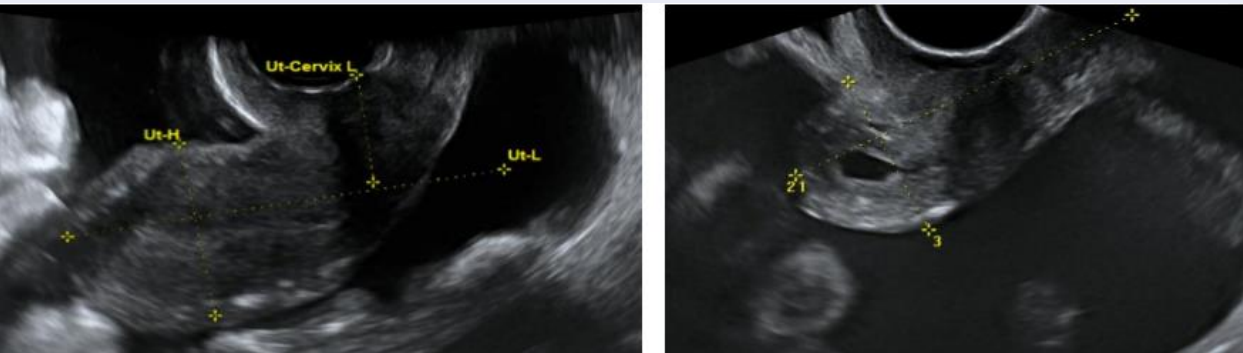
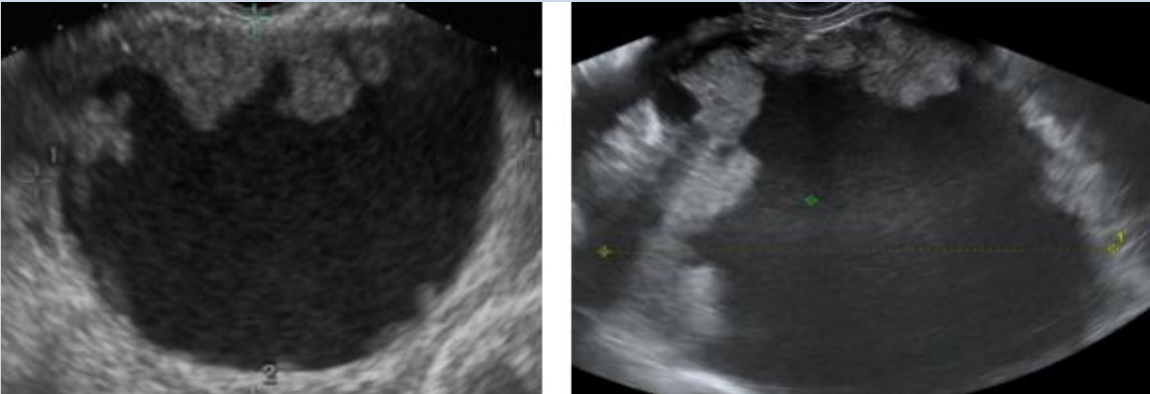
Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16: 500–505.

Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group

D. TIMMERMAN, L. VALENTIN*, T. H. BOURNE†, W. P. COLLINS‡, H. VERRELST§ and I. VERGOTE
 Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals KU Leuven, Leuven, Belgium, *Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital, Malmö, Sweden, †Department of Obstetrics and Gynaecology, St. George's Hospital Medical School, University of London, London, UK, ‡King's College, University of London, UK and §Department of Electrical Engineering, ESAT-SISTA, Katholieke Universiteit Leuven, Belgium

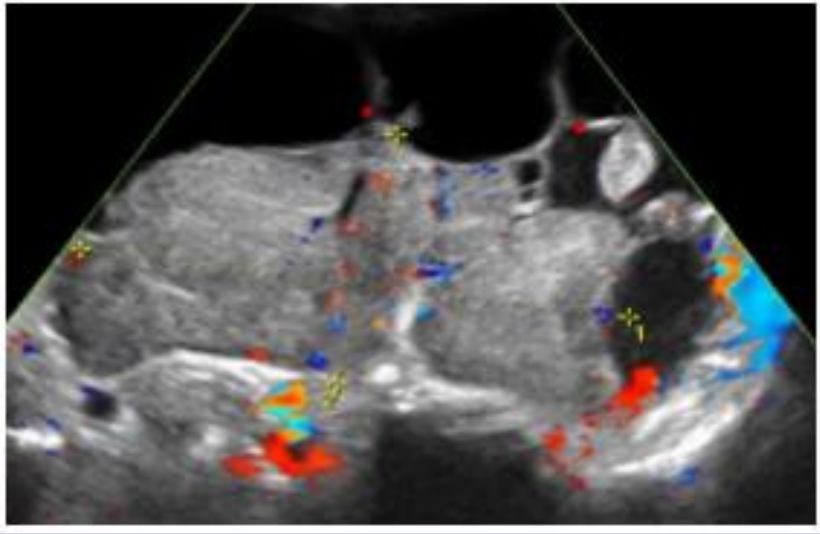
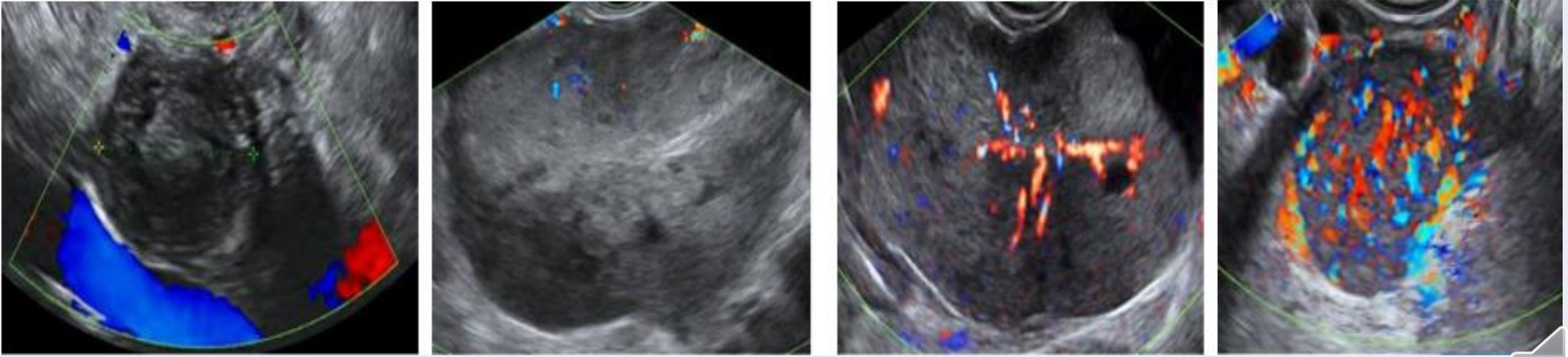


Simple Rules

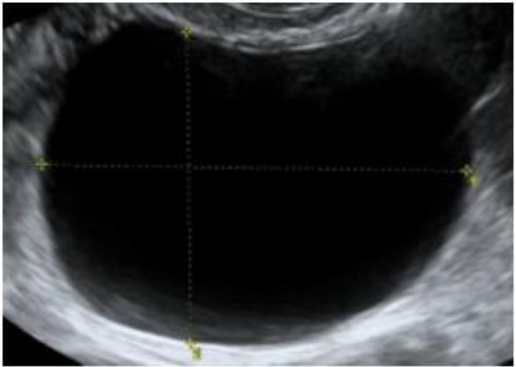
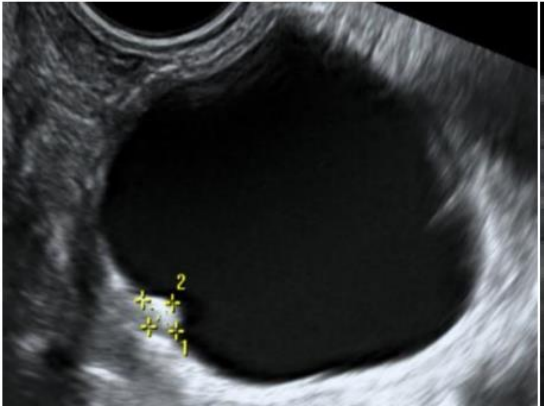
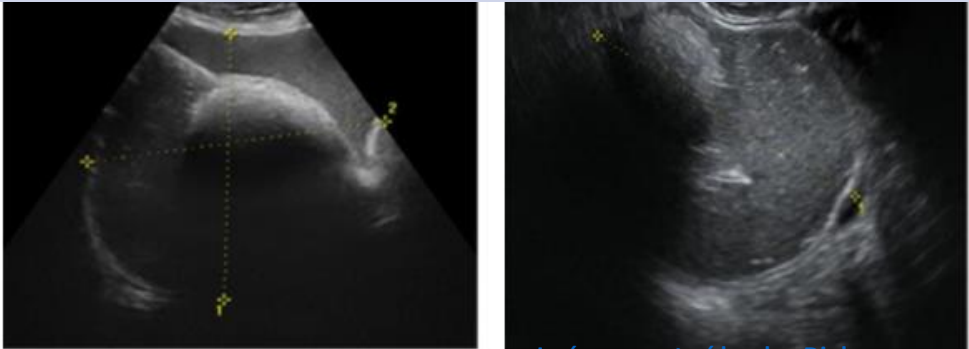
Característica	Imagen	
M1:Tumor sólido irregular		
M2: Presencia de ascitis		
M3: Al menos 4 estructuras papilares		



Simple Rules

Característica	Imagen
M4: Tumor irregular multilocular- sólido con diámetro máximo > o igual a 100 mm	
M2: Vascularización abundante (score 4)	

Simple Rules

Característica	Imagen	
B1: Quiste unilocular		
B2: Presencia de componente sólido cuyo diámetro máximo es < de 7 mm		
B3: Presencia de sombra acústica		

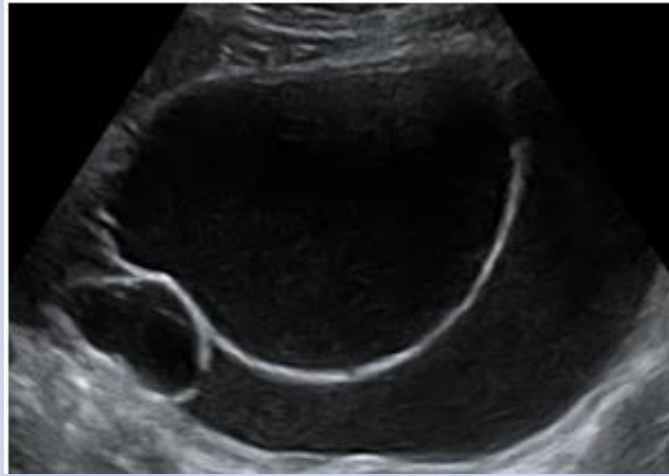


Simple Rules

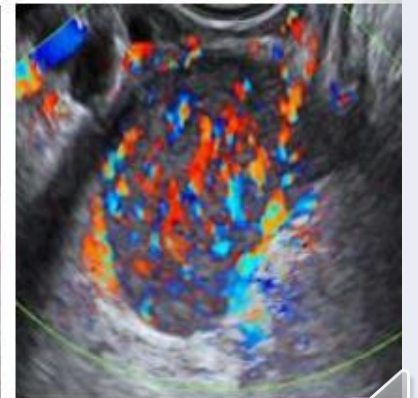
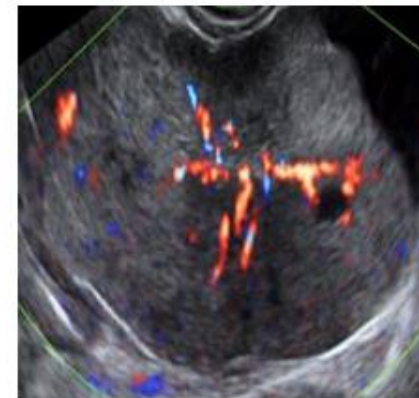
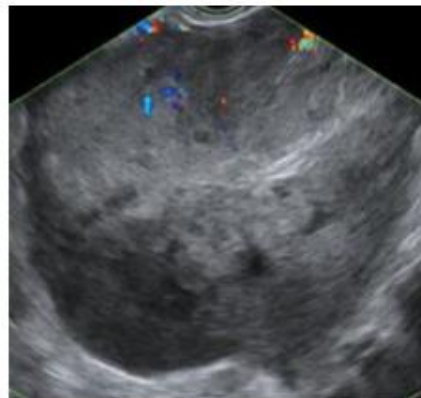
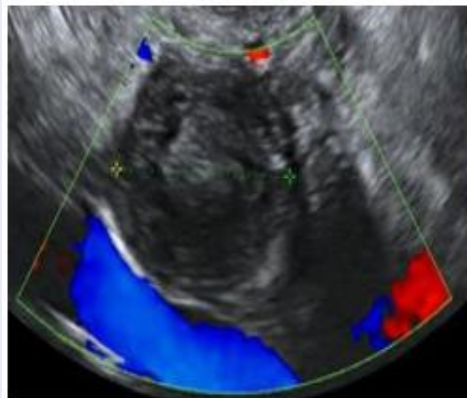
Característica

Imagen

B4: Tumor multilocular de pared regular con diámetro máximo < 100 mm



B5: Sin vascularización al doppler



Girads

Table 1 Gynecologic Imaging Report and Data System (GI-RADS) classification system for adnexal masses

<i>GI-RADS grade</i>	<i>Diagnosis</i>	<i>Est. prob. malignancy</i>	<i>Detail</i>
1	Definitive benign	0%	Normal ovaries identified and no adnexal mass seen
2	Very probably benign	< 1%	Adnexal lesions thought to be of functional origin, e.g. follicles, corpora lutea, hemorrhagic cysts
3	Probably benign	1–4%	Neoplastic adnexal lesions thought to be benign, such as endometrioma, teratoma, simple cyst, hydrosalpinx, paraovarian cyst, peritoneal pseudocyst, pedunculated myoma, or findings suggestive of pelvic inflammatory disease
4	Probably malignant	5–20%	Any adnexal lesion not included in GI-RADS 1–3 and with one or two findings suggestive of malignancy*
5	Very probably malignant	> 20%	Adnexal masses with three or more findings suggestive of malignancy*

*Thick papillary projections, thick septations, solid areas and/or ascites, defined according to IOTA criteria¹², and vascularization within solid areas, papillary projections or central area of a solid tumor on color or power Doppler assessment⁵. Est. prob., estimated probability.

- GIRADS 1: excluídos
- GIRADS 2: seguimiento ecográfico
- GIRADS 3: cirugía por ginecólogo general
- GIRADS 4 y 5: derivación a gine-oncólogo



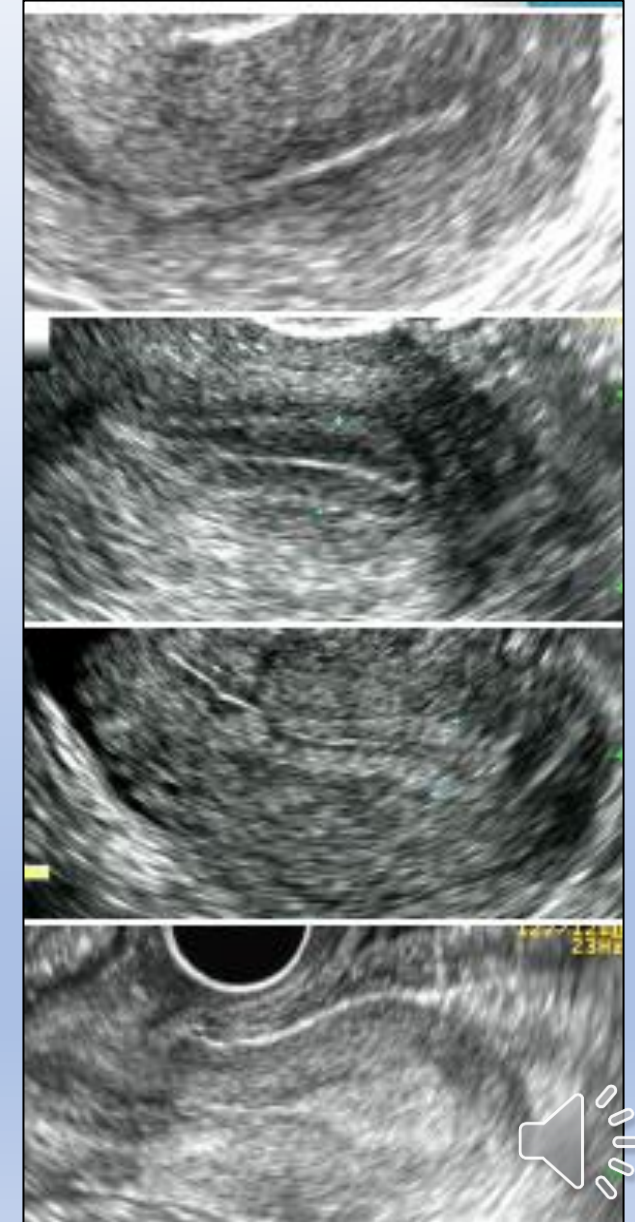
Patología del Endometrio

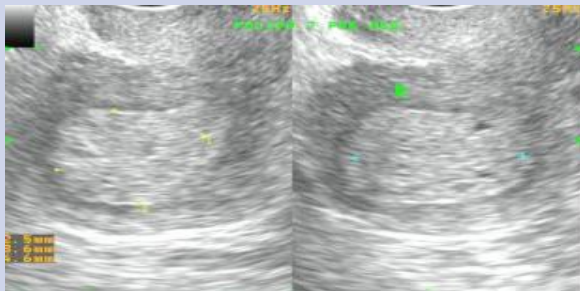
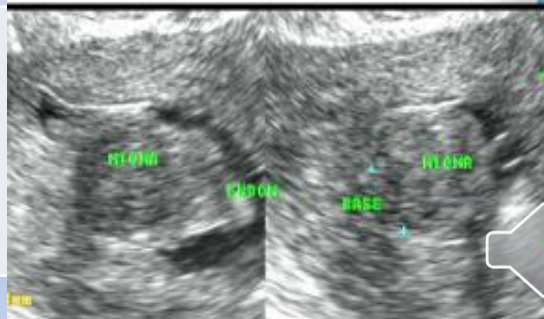
Clasificación Endometrio (Gormaz, 1995)

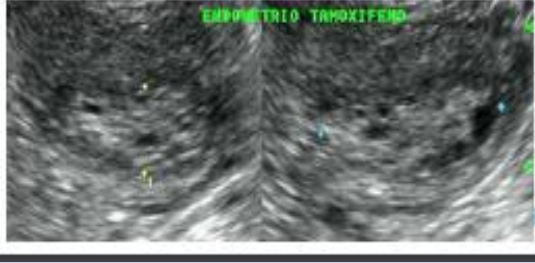
- **ENDOMETRIO:** Varía según etapa del ciclo menstrual, etapa reproductiva, uso MAC hormonal o TRH

Clasificación Endometrio (Gormaz, 1995)

- **Tipo 0:** Endometrio lineal, grosor 2-5 mm, periodo menstrual y post menstrual inmediato, menopausia, usuaria anticoncepción hormonal, amenorrea de la lactancia, amenorrea hipoestrogénica. Post-menstrual
- **Tipo 1:** Endometrio claramente identificable, trilaminar, grosor 2 a 16 mm, periodo preovulatorio inmediato y ovulatorio, respuesta estrogénica normal.
- **Tipo 2:** Estructura trilaminar, interfase miometrio-endometrio mas gruesa, grosor 4 a 16 mm, 2 a 3 días post ovulación.
- **Tipo 3:** Endometrio pierde estructura laminar y es homogéneamente refringente, grosor 4-18 mm, fase lútea y pre-menstrual.
- **Es importante relacionarlo con el contexto clínico.**



Patología	Característica		
Atrofia endometrial	- Por ausencia de estímulo estrogénico. - En postmenopausia hasta el 75% de las alteraciones de flujo rojo pueden ser por atrofia. - El 36% de los endometrios atróficos que sangran en la postmenopausia tienen un grosor entre 6-10.		
	Engrosamiento endometrial		
• Premenopáusicas grosor mayor aceptado de 16 mm. • Postmenopáusica grosor mayor aceptado 5 mm. • Postmenopáusica con TRH mayor de 9 mm. Guía Minsal ≥ 5 mm.	Hiperplasia endometrial	Heterogéneo, refringente, no se observa línea endometrial. Contorno miometrial regular o irregular. Con áreas quísticas, poca Vascularización.	
	Pólipo endometrial	Es una proliferación anómala focal o multifocal de la basal y estroma. En pacientes sintomáticas su prevalencia va del 6-32%. Responsable del 15% de hemorragia en edad reproductiva y 10% en las postmenopáusicas	
	Mioma Submucoso	Isoecogénico con el miometrio. Redondeado, lisa, homogéneo Vascularización en la periferia en anillo. Tienden a dar sombra acústica. Grado 0, 1 y 2	

Patología	Característica	
Engrosamiento endometrial	Tamoxifeno	Engrosamiento endometrial homogéneo e hiperecogénico. Formación polipoídea intracavitaria. Engrosamiento irregular con pérdida de la interfase endometrio-miometrial 
Sinequia	Son adherencias que atraviesan el endometrio desde una pared a otra del miometrio Pueden ser finas o gruesas La ecogenicidad es similar al miometrio No están cubiertas por endometrio. 	



Conductas Matrona-Matrón

Ante sangrado moderado o escaso en usuarias postmenopausica:

- Ecografía TV postmenstrual, en fase folicular precoz o después de progestina.

I. Grosor endometrial ≥ 5 mm: Referir al nivel secundario.



Conductas Matrona-Matrón

Ante miomatosis uterina si cumple con:

- I. Útero > 8 cm.
- II. Sospecha de malignidad.
- III. Dolor invalidante.
- IV. Síntomas compresivos.
- V. Mioma submucoso. P
- VI. Pólipo endometrial.
- VII. Persistencia de menorragia pese a tratamiento hormonal por tres meses.
- VIII. Anemia severa, derivar a servicio de urgencia si hay inestabilidad hemodinámica.
- IX. En el caso de usuarias con deseo de embarazo.



Ante quiste ovárico o anexial

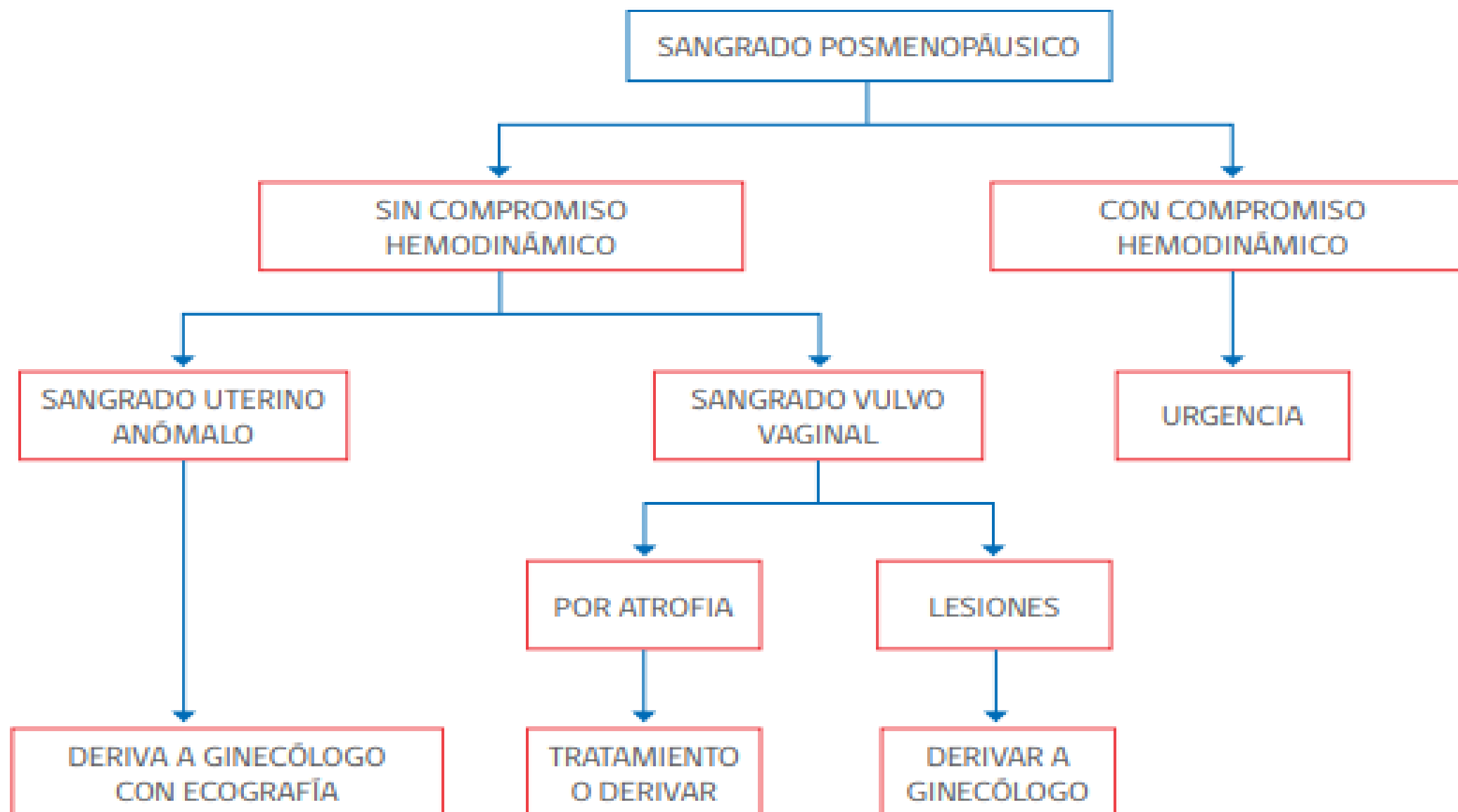
El diagnóstico de un quiste puede ser hallazgo al examen ginecológico o a la ecografía ginecológica.

La conducta depende de las características del quiste:

- I. Quiste simple < 4 cms: Seguimiento ecográfico en el nivel primario, en caso de persistir luego de tratamiento con ACO por 3 meses derivar a nivel secundario
- II. Quiste simple > 4 cm: Evaluar resolución quirúrgica..
- III. Tumor anexial con sospecha clínica o ecográfica de malignidad (**complejo**): Decisión quirúrgica en nivel secundario o ginecólogo-oncólogo

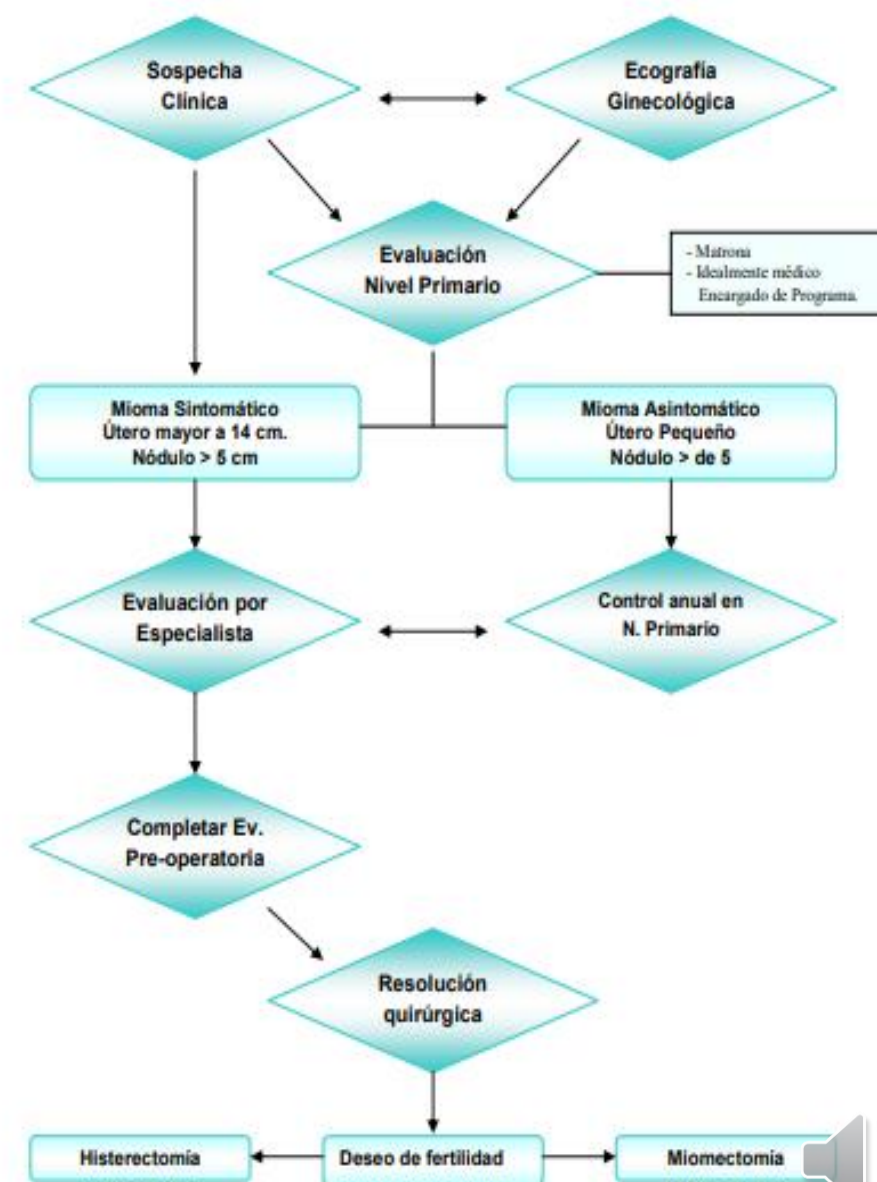


Flujograma: manejo de sangrado posmenopáusico en nivel primario de atención



PATOLOGIA	CRITERIOS DE DERIVACION	REQUISITOS	TIPO DE DERIVACION	Donde derivar	CONTRARREFERENCIA
MIOMA UTERINO	Paciente con mioma uterino sintomático: hipermenorrea severa, metrorragia activa, dolor hipogástrico severo,	Ecotomografía transvaginal Exámenes de rutina	7 días (sintomático Severo)	Policlínico de Ginecología	Con resolución quirúrgica de su patología Control APS
	Paciente con mioma de más de 5 cm. Hipermenorrea moderada o Asintomático		30 días (asintomático)		

FLUJOGRAMA DE DERIVACION

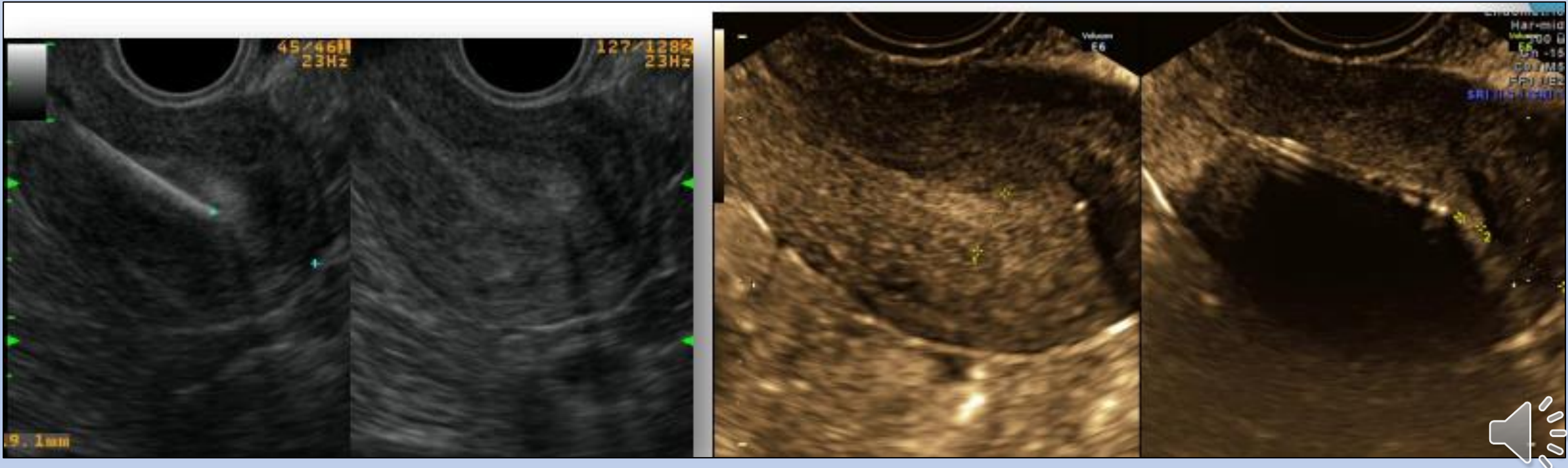


DIU evaluación ecográfica

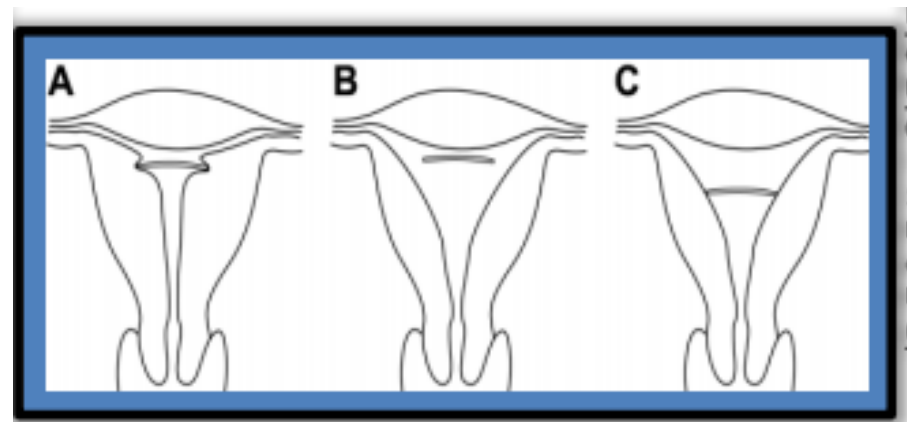
La ecografía es el gold estándar para la evaluación de los dispositivos intrauterinos

DIU bien posicionado:

- Distancia DIU-miometrio: 11 mm.
- Distancia DIU-fondo uterino: 27 mm



Mal posición	Definición
Expulsión	Pasaje parcial o total a través de OCE
Desplazamiento	Rotación o posicionamiento inferior en cavidad endometrial o cérvix
Incrustado	Penetración en el miometrio sin extensión a través de la serosa
Perforación	Penetración a través de miometrio y serosa, parcial o completamente



Diámetro medio 32 ± 1 mm. Menor riesgo de incrustación, y de 25 ± 0.8 mm mayor riesgo.

T cu 380 A con diámetro mayor transversal fúndico > 37 mm OR 4.9 para expulsión o desplazamiento.

T cu 375 con diámetro mayor transversal fúndico > 27 mm OR 2.4 para expulsión o desplazamiento.

Mal posiciones de los DIUs



Gracias

