



mapas-ginecologia-ana-lilia-valle-903

22 pag.



UAEM

Universidad Autónoma  
del Estado de México



# Ginecología

**ALUMNA:**

ANA LILIA VALLE CHÁVEZ

GRUPO: 903

# Contenido

- 1) Miomatosis Uterina
- 2) Endometriosis
- 3) Adenomiosis
- 4) Tumores benignos del ovario
- 5) Tumores malignos del ovario
- 6) Cáncer de Endometrio
- 7) Cáncer Cervicouterino
- 8) Patología benigna de mama
- 9) Cáncer de mama
- 10) Prolapso de órganos Pélvicos
- 11) Incontinencia Urinaria
- 12) Climaterio y Menopausia
- 13) Planificación familiar
- 14) Infertilidad y Esterilidad
- 15) Uso de laser en ginecología

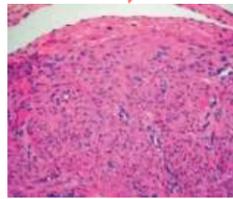
# ¿Qué es?

Los leiomiomas son neoplasias benignas compuestas de músculo liso que nacen por lo general en el miometrio.

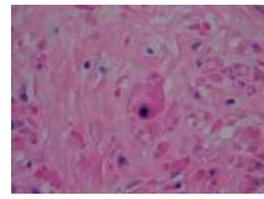
su consistencia es fibrosa dado su abundante contenido de colágeno



Masa redonda  
Color perlineo  
Firme  
Consistencia coriácea



Miocytes progenitor  
Largas células de músculo liso y entrelazadas



Ejemplo de degeneración tipo hialina

## Histopatología

## Efectos de los estrógenos

LOS LEIOMIOMAS son sensibles a los estrógenos y a la progesterona.

Se desarrollan en la edad reproductiva.

El crecimiento depende de circunstancias donde aumenta o disminuye.

Los leiomiomas crean un entorno hiperestrogénico

crean una condición necesaria para su proliferación y perpetuidad.

Contiene un número mayor de receptores de estrógenos- fija mayor fijación de estradiol

La exposición sostenida a estrógenos induce a la formación de leiomiomas- menarquia temprano- mujeres obesas- pacientes con SOP.

## Factores de Riesgo

Factor	Efecto en el riesgo	Causa posible
Menarquia temprana	Incremento	Mayor exposición a estrógenos
BMI elevado	Incremento	Mayor conversión de andrógenos en estrógenos
Patente a los lados	Incremento	Diferencias genéticas en la producción o el metabolismo de hormonas
Raza afroestadunidense	Incremento	Diferencias genéticas en la producción o el metabolismo de hormonas
PCOS	Incremento	Acción no antioogénica de estrógenos como consecuencia de la anovulación
Postmenopausia	Disminución	Hipostrogonismo
Mayor paridad	Disminución	Interrupción de la exposición crónica a estrógenos remodelación uterina después de evolución posparto
Anticonceptivos orales combinados	Disminución e efecto nulo	Exposición a estrógenos antagonizada por progesterona
Tabaquismo	Disminución	Disminución de los niveles séricos de estrógenos

## Manifestaciones Clínicas

Mayoría son Asintomáticas.

Tipo crónicas:

Expulsión de sangre: INTRAMURALES Y SUBCESOSOS, + frecuente, tumores grandes- presionar

comprimen sistema venoso del útero- provoca dilatación de venas en el miometrio- ruptura de vénulas= sangrado inusual.

Infertilidad y pérdida de embarazo: SUBMUCOSOS, 2-3% de los casos dado por oclusión de orificios tubáricos

Dolor: En caso de degeneración, isquemia del leiomioma.

Sensación compresiva.

Dismenorrea

Sensación compresiva, polaquiuria, incontinencia o estreñimiento.

## Epidemiología

La prevalencia mundial de LM

1.8% en mujeres de 20 a 29 años.

14.1% en mayores de 40

60% se desarrollan en mujeres en edad reproductiva.

Predominio en la raza negra 80%.

## Citogenética

Cada leiomioma proviene de un solo miocito progenitor

Se desconoce la mutación primaria que inicia la tumorigénesis

Cerca del 40% de los leiomiomas se identifican defectos cariotípicos

Defectos peculiares en los cromosomas 6, 7, 12 y 14

# Miomatosis Uterina

## Tratamiento

### FARMACOTERAPIA:

#### AINES.

#### Hormonoterapia:

Anticonceptivos orales combinados y Progestágenos= objetivo, inducir a la atrofia endometrial y < producción de prostaglandina.

**Andrógenos:** Danazol y Gestrinona = Contraen el volumen de leiomiomas, mejoran hemorragia (EA: acné, hirsutismo) NO de primera elección.

**Agonistas de la GnRH:** contraen los leiomiomas al actuar contra los efectos proliferativos de los estrógenos y progesterona.

**Antiprogéstágenos:** mifepristona, disminuye el volumen de la masa.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

**Histerectomía:** Tto definitivo y más frecuente.

**Miomectomía:** extracción de las masas y conservación de capacidad reproductiva.

CUADRO 9-2. Indicaciones para el tratamiento médico de leiomiomas uterinos

Agente	NSAID	COC	DMPA	LNG-IUS	Agonista de GnRH
<b>Manifestación</b>					
Dismenorrea	+	+	+	+	+
Menorragia	+	+	+	+	+
Dispareunia	-	-	-	-	+
Sensación de presión pélvica	-	-	-	-	+
Infertilidad	-	-	-	-	+

COC, anticonceptivos orales combinados; DMPA, acetato de medroxi-progesterona en depósito; LNG-IUS, sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; NSAID, antiinflamatorio.

Descargado por Angie Demierre (angie.demierre@gmail.com)

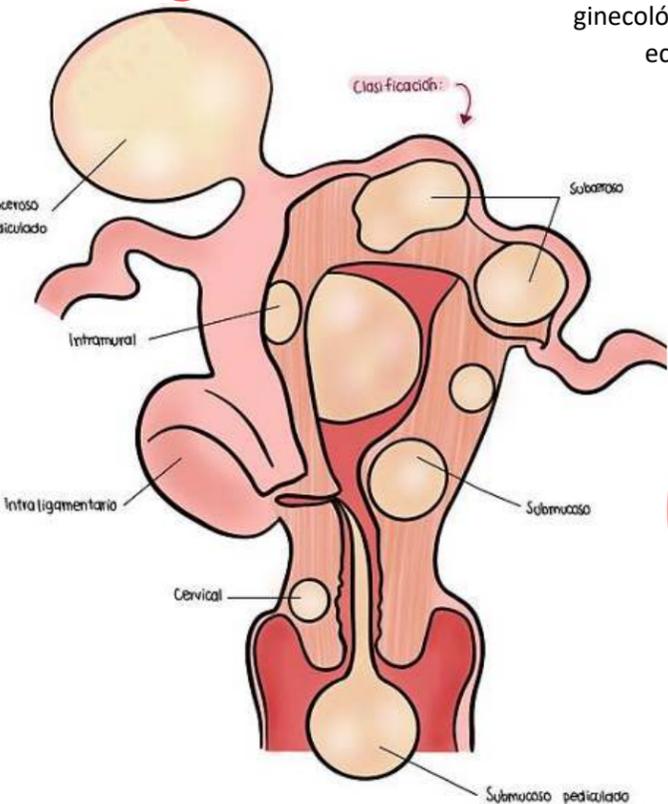
## Diagnostico

Tacto ginecológico: Agrandamiento e irregularidad del útero= Uteromegalia-cuantificar B-hcg.

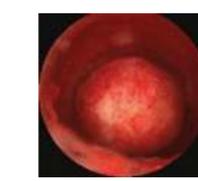
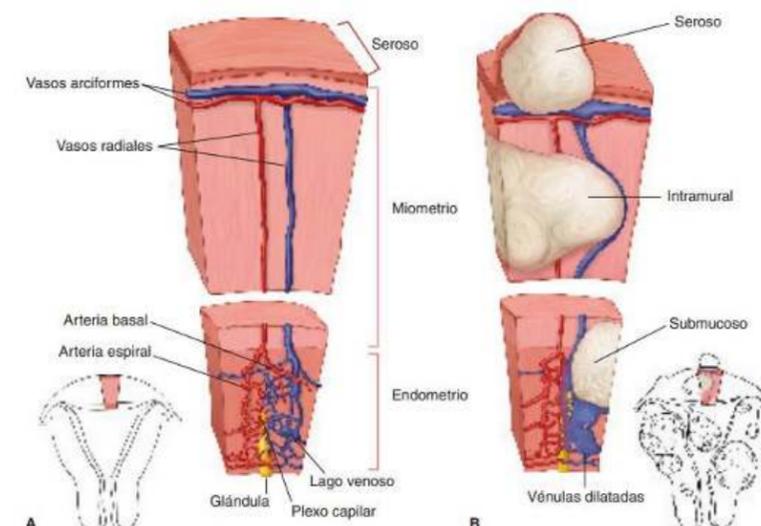
Estudios de imagen: ecografía= define bordes. Histeroscopia.

Resonancia magnética: Cuando existen sesgos, por la complejidad corporal- perímetro evaluar mejor el tamaño, número, sitio

## Clasificación

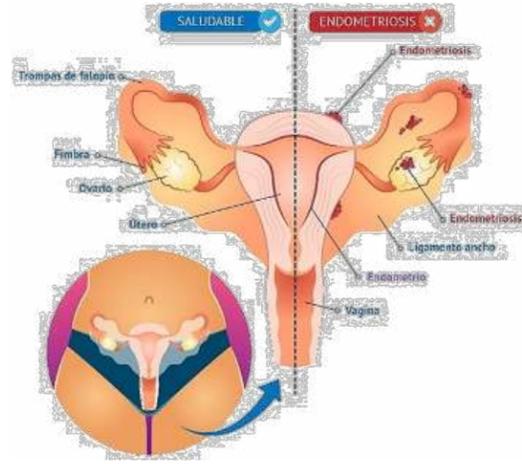


síndrome de eritrocitosis miomatosa  
seudosíndrome de Meigs



# ¿Qué es?

Enfermedad ginecológica benigna por la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de su ubicación normal



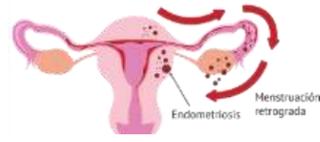
## Etiología

Se desconoce la causa definitiva de la endometriosis, pero se han descrito varias teorías con datos que las apoyan.

### Menstruación Retrograda

A través de las trompas de Falopio con diseminación hacia la cavidad peritoneal

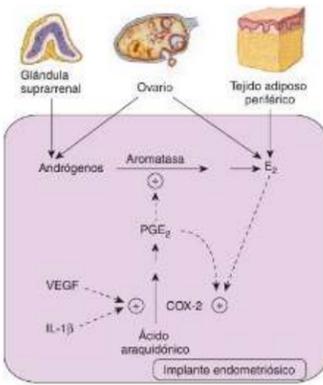
A través de las trompas de Falopio con diseminación hacia la cavidad peritoneal



### Dependencia hormonal

Los estrógenos guardan una relación causal con la endometriosis

Activación de COX-2 en las células del estroma endometrial que aumenta la regulación de la PGE2, un estimulante potente de la aromatasa en dichas células.



La actividad de la aromatasa origina aromatización intracelular de andrógenos que aumenta el nivel de estradiol dentro de las células por un mecanismo paracrino

### Diseminación linfática

Diseminación linfática o vascular del tejido endometrial

La región retroperitoneal posee una circulación linfática abundante.

Adenocarcinoma endometrial

### Metaplasia celómica

El peritoneo parietal puede sufrir transformación metaplasica, Incluye al peritoneo

### Teoría de la inducción

Factores hormonales y biológicos, exógenos y endógenos.

inducen la diferenciación de determinadas células para generar más tejido endometrial

## Mutaciones Genéticas

-Gen EMX2 que codifica un factor  
-Gen PTEN, una secuencia supresora de tumores

-10q26  
-20p13

## Predisposición familiar

Transmisión poligénica/multifactorial

5.9% de las hermanas y 8.1% de las madres de las mujeres afectadas padecían endometriosis

## Factores de Riesgo

### Defectos anatómicos

-Obstrucción del cuello uterino  
-Himen imperforado  
-Tabique vaginal transversal  
-Cuerno uterino no comunicante

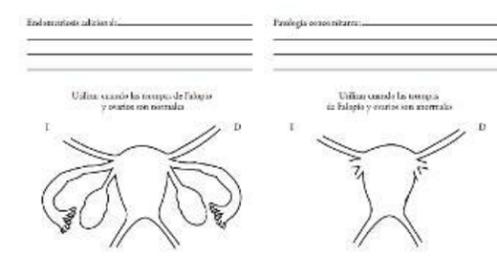
### Toxinas ambientales

2,3,7,8-tetraclorodibenzo-p-dioxina (TCDD, tetraclorodibenzo-p dioxin) y otros compuestos similares a las dioxin)

## Clasificación

Clasificación de la endometriosis revisada por la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva

Grado	Descripción
I	Superficial
II	Profunda
III	Con nódulos y quistes
IV	Con quistes y adhesiones



# Endometriosis

## Tratamiento

Nombre genérico	Dosis
Ibuprofeno	400 mg cada 4-6 h
Naproxeno	500 mg al inicio, después 250 mg cada 6-8 h
Naproxeno sódico	550 mg al inicio, después 275 mg cada 6-8 h
Ácido mefenámico	500 mg al inicio, después 250 mg cada 6 h, comenzando con la menstruación y continuando durante tres días
Ketoprofeno	50 mg cada 6-8 h



Tratamiento con analgésicos

Anticonceptivos orales (Danazol, Acetato de Medroxiprogesterona, letrozol, Goserelina) o DIU con Levonorgestrel



Tratamiento hormonal

Paridad Satisfecha: Histerectomía abdominal total o sin salpingooforectomía bilateral

Si desea preservar la fertilidad:

- Laparoscopia con ablación de lesiones endometriósicas
- Laparoscopia con ablación de la innervación uterina (a nivel de ligamentos útero-sacros)
- Neurectomía presacra en casos de endometriosis muy sintomática



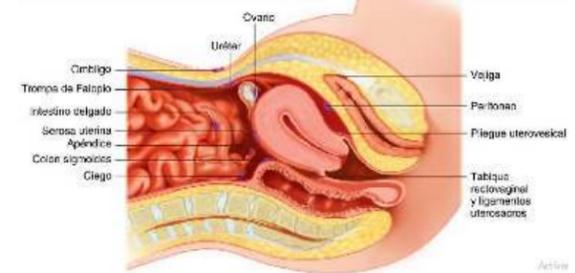
## Diagnostico



- Exploración Física
- Inspección manual
- Exploración con espejo vaginal
- Exploración bimanual
- CA 125 en suero
- Ecografía vaginal
- Ecografía transrectal
- Tomografía computarizada
- Resonancia Magnética

## Ubicación Anatómica

La endometriosis puede aparecer en cualquier sitio de la pelvis y otras superficies peritoneales extra-pélicas.



## Dolor

Pélvico  
Cíclico / Crónico  
Citocinas y prostaglandinas  
Profundidad de invasión  
Invasión de nervios

## Sintomatología

Dispareunia  
Dolor durante o después de las relaciones sexuales

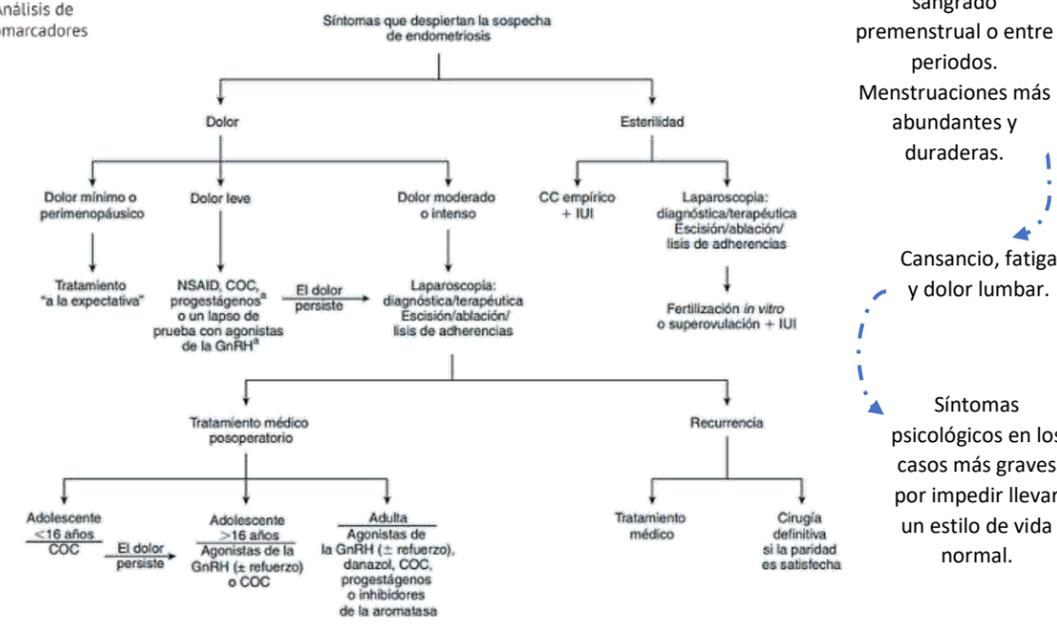
Disuria  
Poliuria  
Hematuria

Dismenorrea  
24 a 48 horas antes de la menstruación

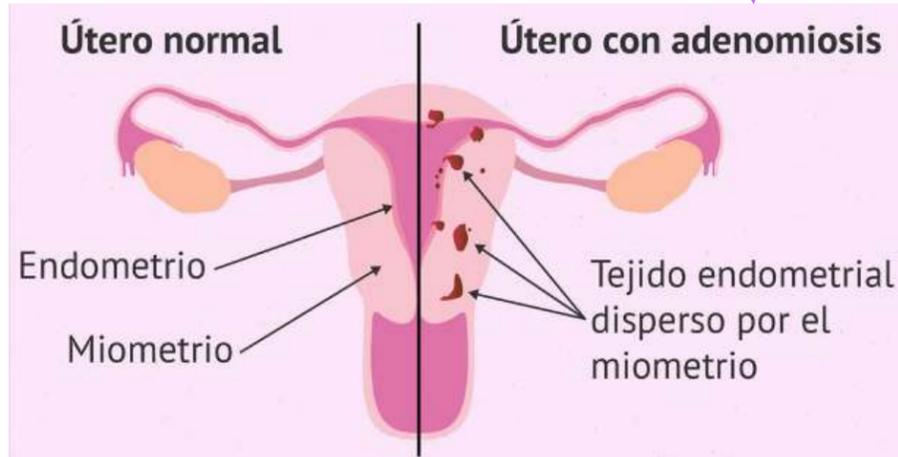
Metrorragia  
sangrado premenstrual o entre periodos.  
Menstruaciones más abundantes y duraderas.

Cansancio, fatiga y dolor lumbar.

Síntomas psicológicos en los casos más graves por impedir llevar un estilo de vida normal.



# ¿Qué es?



La endometriosis interna o Adenomiosis es la presencia de tejido endometrial en el miometrio.

Una de las características de este trastorno es la uteromegalia.

## Se distinguen dos tipos de Adenomiosis:

**Adenomiosis difusa:** distribuida en gran parte del miometrio, lo que hace que el útero aumente su tamaño.

Se trata de la forma más común de adenomiosis.

**Adenomiosis focal o localizada:** con adenomiomas, también denominada adenomiosis de Cullen.

En función de la ubicación del tejido endometrial en el miometrio, también distinguimos entre *adenomiosis superficial y profunda*.

# Adenomiosis

## Etiología

Las causas de esta afectación en el útero todavía no se conocen claramente.

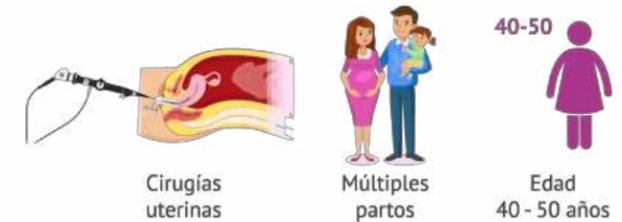
Alteraciones en el desarrollo embrionario del aparato reproductor de la mujer.

Todas las situaciones de adenomiosis coinciden en que se puede romper la barrera entre el endometrio y el miometrio.

Invaginación de la capa basal del endometrio al interior del miometrio

Metaplasia de tejido pluripotencial de los conductos de Müller

## Factores de Riesgo



## Tratamiento



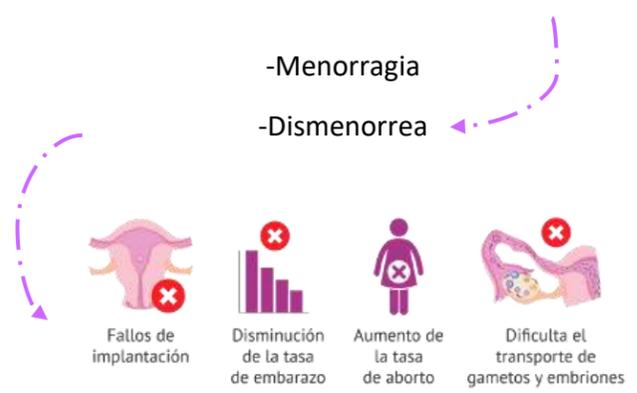
- Analgésicos (AINES/NSAID)
- Anticonceptivos hormonales. Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel (DIU)
- Danazol (antiestrógenos)
- Análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)
- Histerectomía
- Embolización de las arterias uterinas

## Diagnóstico



FIGURA 9-14. Imagen ecográfica sagital, tomada por vía transvaginal, de adenomiosis. (Imagen obtenida por cortesía de la Dra. Elysis Maschos.)

## Sintomatología



## Anatomía

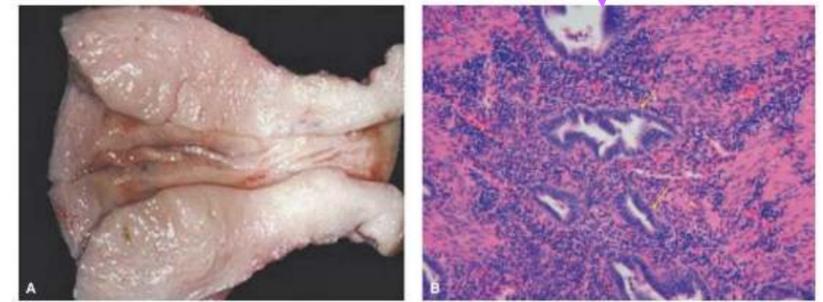


FIGURA 9-13. Adenomiosis. A. Pieza macroscópica del útero seccionado en forma bivalva. Se destaca la textura "esponjosa" de la muestra, con adenomiosis. B. Imágenes microscópicas de glándulas endometriales benignas (flechas) y estroma con infiltración profunda en el miometrio. (Fotografías obtenidas por cortesía de la Dra. Raheela Ashfaq.)

- Agrandamiento del útero
- Contorno uniforme y regular
- Ablandamiento
- Color rojizo
- Esojoso
- Hemorrágico

# ¿Qué es?



Masas del aparato reproductor femenino constituyen hallazgos clínicos frecuentes

## Demografía

NIÑAS PREPÚBERES	ADOLESCENTES	MUJERES EN EDAD DE REPRODUCCIÓN	MUJERES POSMENOPAUSICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Casi todas las masas se localizan en los ovarios</li> <li>Por lo común son tumores benignos de células germinativas</li> <li>Más común teratoma quístico maduro (quistes dermoides)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El tipo de afecciones en ovarios son similares a la de las niñas</li> <li>Quistes ováricos funcionales</li> <li>Muy frecuente neoplasias benignas</li> <li>Difícil de diagnosticar: Síntomas inespecíficos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quistes ováricos funcionales</li> <li>Teratomas quísticos maduros</li> <li>Agrandamiento de útero por embarazo</li> <li>Tumores benignos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tumores malignos</li> <li>- Ca ovario abarca el 3% de los cánceres en todas las mujeres</li> </ul>

## NEOPLASIAS OVÁRICAS.

La neoplasia de ovario es la **sexta causa de muerte** por cáncer en mujeres  
El cáncer de ovario es el **cáncer pélvico más frecuente**

Benigno		Maligno	
Masa pélvica	Exploración	Masa pélvica	
Móvil	Movilidad	Fijo	
Quística	Consistencia	Sólida o firme	
Unilateral	Localización	Bilateral	
Suave	Fondo de saco	Nodular	

## Diagnóstico



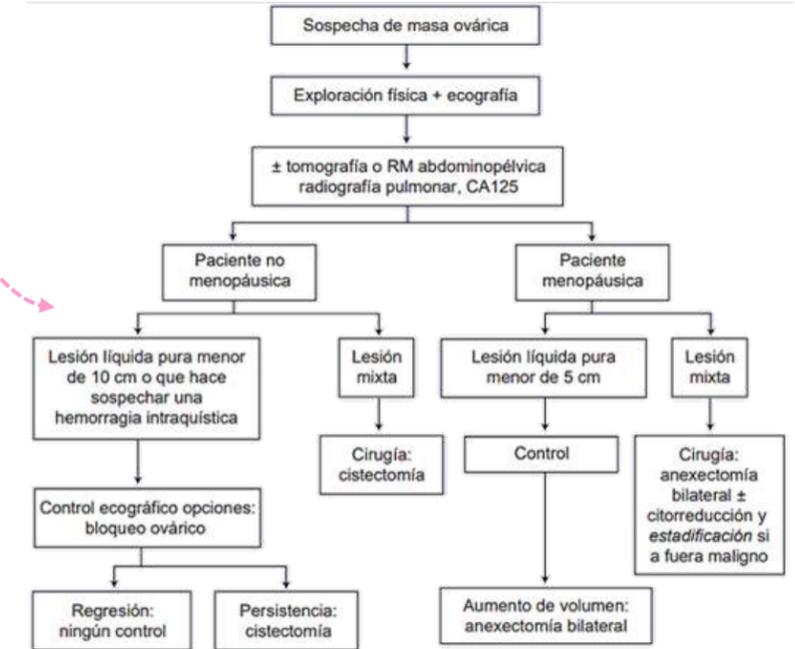
- Ecografía transvaginal/ Transabdominal
- Ecografía en escala de tonos grises
- Ecografía Doppler de color
- Ecografía transvaginal con Doppler de color
- RM

Criterios de benignidad y malignidad en las pruebas de diagnóstico por imagen.

Funcional/benigno	Orgánico/maligno
<5 cm	>5 cm/>10 cm
Anecogénico, líquido puro	Mixto
Unilateral	Bilateral
	Vegetación, tabique grueso
	Ascitis
	Índice Doppler bajo

## Marcadores Tumorales

Ca 125  
Fetoproteína sérica (ASP)  
Inhibinas A y B  
LDH  
CEA y Ca 19-9



# Tumores Benignos de Ovario

## Clasificación

Grupo de masas quísticas de los ovarios

Las neoplasias quísticas de ovario

Las creadas por perturbación de la ovulación normal, o quistes ováricos funcionales.

Clasificación histológica de los tumores ováricos OMS

### Tumores superficiales del epitelio-estroma

- Tumores serosos
- Tumores mucinosos
- Tumores endometrioides
- Tumores de células claras
- Tumores de células transicionales: tumor de Brenner, carcinoma de células transicionales (no de Brenner)
- Tumores de células epidermoides
- Tumores epiteliales mixtos
- Carcinoma indiferenciado

### Tumores de los cordones sexuales-estroma

- Tumores de células de la granulosa-estroma: tumores de células de la granulosa, grupos de tecomas-fibromas
- Tumores de células de Sertoli-estroma
- Tumor de cordones sexuales con túbulos anulares
- Ginandroblastoma
- No clasificados
- Tumores de células esteroides (lípidos): luteoma de estroma, tumores de células de Leydig, no clasificados

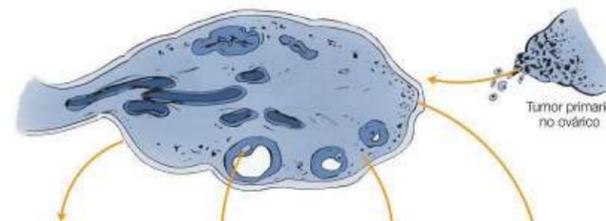
### Tumores de células germinativas

- Disgerminoma
- Tumores del saco vitelino (tumores de senos endodérmicos)
- Carcinoma embrionario
- Poliembrioma
- Coriocarcinoma
- Teratomas: inmaduros, maduros, monodérmicos, de células germinativas mixtas

### Otros

- Gonadoblastoma
- Tumor de células germinativas y de los cordones sexuales-estroma, del tipo diferente del gonadoblastoma
- Tumores de la rete ovarii
- Tumores mesoteliales
- Tumores de origen indeterminado y de tipos diverso
- Enfermedades trofoblásticas gestacionales
- Tumores de partes blandas no específicos del ovario
- Linfomas, leucemias y plasmocitomas malignos
- Tumores no clasificados
- Tumores secundarios (metástasis)
- Lesiones tumoriformes

Adaptado con autorización de Chen, 2003; Stully, 1999.



Origen	Células del epitelio de superficie	Células germinales	Cordones sexuales-estroma	Metástasis en los ovarios
Frecuencia	65 - 70%	15 - 20%	5 - 10%	5%
Proporción de tumores malignos	90%	3 - 5%	2 - 3%	5%
Grupo de edad	>20 años	0 - 25 años	Todas las edades	Variable
Tipos	Seroso Mucinoso Endometrioides Células claras Brenner Cistofibroadenoma	Teratoma Disgerminoma Tumor del seno endodérmico Coriocarcinoma	Fibroma Tumor de células de la granulosa-teca Tumor de células de Sertoli-Leydig	Tracto digestivo Mama Endometrio

Tipo de masa ovárica	Recomendación
<b>Quistes de carácter benigno</b> <i>Quiste simple</i>	Los quistes simples, sea cual sea la edad de la mujer, casi siempre son benignos. Dato anatómico normal No se necesita tratamiento adicional TVS que se repetirá en término de 6 a 12 semanas, para corroborar la resolución, si persisten se practicará TVS cada año <sup>1</sup> MRI o valoración operatoria
Mujeres premenopáusicas diámetro ≤3 cm diámetro ≤5 cm diámetro >5 pero ≤7 cm <sup>2</sup> diámetro >7 cm <sup>3</sup>	
Mujeres posmenopáusicas diámetro ≤1 cm diámetro ≤5 cm <sup>4</sup> diámetro >7 cm	Dato anatómico normal Medición de CA125; si el nivel es normal repetir TVS en término de 6 a 12 semanas y si persiste el quiste, practicar TVS cada año <sup>5</sup> MRI o valoración operatoria
<i>Quiste hemorrágico</i> <sup>6</sup> Mujeres premenopáusicas Cuerpo amarillo con diámetro ≤1 cm diámetro ≤5 cm diámetro >5 pero ≤7 cm	Dato anatómico normal No se necesita tratamiento adicional TVS, que se repetirá en término de 6 a 12 semanas; si persiste se podrá considerar la práctica de MRI o la valoración operatoria Medición de CA125; si la cifra es normal, se repetirá TVS en término de 6 a 12 semanas, si persiste el quiste, se considerará la posibilidad de MRI o valoración operatoria
Mujeres en el comienzo de la posmenopausia <sup>7</sup> Cualquier tamaño	valoración operatoria
Mujeres en etapas finales de la posmenopausia <sup>8</sup> Cualquier tamaño	valoración operatoria
<i>Endometrioma</i>	TVS que se repite en lapso de 6 a 12 semanas; si persiste, se practicará TVS cada año <sup>9</sup>
<i>Teratoma quístico maduro (quiste dermoide)</i> <i>Hidrosalpinge</i> <i>Quiste de inclusión peritoneal</i>	Si no se extirpa por medios quirúrgicos, <sup>10</sup> cada año practicar TVS <sup>11</sup> Se puede observar a la paciente según lo indiquen los hallazgos clínicos Se puede observar a la paciente según lo indiquen los hallazgos clínicos
<b>Quistes de características indeterminadas pero quizá benignos</b> <i>Carácter indeterminado: quiste hemorrágico, teratoma quístico maduro o endometrioma</i> Mujeres premenopáusicas	TVS, que se repite en término de 6 a 12 semanas; si persiste el quiste se considerará la posibilidad de valoración operatoria o MRI
Mujeres posmenopáusicas	Considerar la valoración operatoria
<i>Quiste de pared fina con tabique único y fino o calcificación focal de la pared quística</i>	Igual que con el quiste simple antes descrito
<i>Tabiques finos múltiples (&lt;3 mm)</i> <i>Módulo (no hiperecogénico) sin flujo</i>	Considerar la valoración operatoria Considerar la valoración operatoria o la práctica de MRI
<b>Quistes con características que sugieren cáncer</b> <i>Tabiques irregulares gruesos (&gt;3 mm)</i> <i>Módulo con flujo sanguíneo</i>	Considerar la valoración operatoria Considerar la valoración operatoria

<sup>1</sup>The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2007) recomienda hasta 10 cm de diámetro como límite, en el caso de quistes simples en todos los grupos de edad.  
<sup>2</sup>Pueden escogerse para vigilancia intervalos más breves si así lo indican los hallazgos clínicos.  
<sup>3</sup>Se recomienda la práctica de Doppler de color como complemento para descartar componentes sólidos.  
<sup>4</sup>En todas las mujeres posmenopáusicas con una masa en algún anexo se practicará exploración de las ramas, tacto rectal y mamografía si no se realizaron en los 12 meses anteriores, a causa de la gran tasa de metástasis en el ovario, provenientes de otros tumores primarios.  
<sup>5</sup>Datos de algunas estudiosos han señalado que puede considerarse sólo a observación a los pequeños quistes dermoides en pacientes premenopáusicas.  
<sup>6</sup>CA125, antígeno 125 de cáncer; MRI, imagen por resonancia magnética; TVS, ecografía transvaginal.  
Adaptado con autorización de American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007; Levine, 2010.

# Bases Histológicas

Las masas quísticas de los ovarios suelen dividirse en:

- 1) Las neoplasias quísticas ovario
- 2) Quistes Ováricos Funcionales

## 1) Patogenia

Angiogénesis- participa en algunos procesos ováricos patológicos que incluyen:

- formación de quistes foliculares
- síndrome de ovario poliquístico
- síndrome de hiperestimulación ovárica
- neoplasias benignas y malignas

Incidencia oscila entre el 5% y 15%

No se saben los mecanismos precisos de formación de quistes

VEGF- anticuerpos monoclonales eficaces para tratar Ca ovario

## Ginecomatología

Muchas mujeres con quistes ováricos permanecen asintomáticas

- Dolor
- Sensaciones vagas de compresión
- Dolor cíclico de la menstruación: Endometriosis con endometrioma acompañante
- Dolor intermitente: Torsión ovárica
- Dolor agudo e intenso-Torsión con isquemia ovárica
- Dolor agudo: Rotura de quiste o absceso tuboovárico
- Sensación de presión indefinida y dolor: Únicos síntomas de distensión de la cápsula ovárica
- En Ca ováricos avanzados: Incremento de circunferencia abdominal y saciedad temprana por ascitis u ovariomegalia
- Signos de perturbación hormonal: Virilización

## 2) Patogenia



## Diagnostico



Muchos quistes son asintomáticos. Tacto vaginal: Estudio de imagen por otras indicaciones

Gonadotropina coriónica humana -Define presencia de neoplasias ováricas (Menor frec) -Coriocarcinoma ovárico -Tumor de cel germinativas mixtas -Carcinoma de cel embrionarias

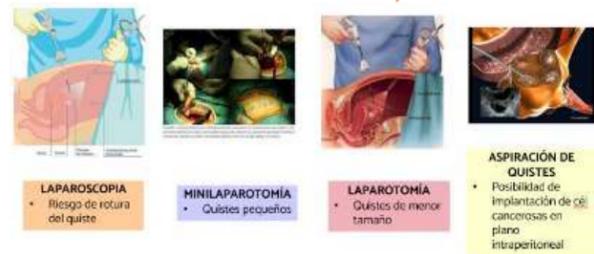
De forma típica -Masas móviles -Quísticas -No dolorosas al tacto -Están situadas al lado del útero

Marcadores Tumorales -Ca 125 -Fetoproteína sérica (ASP) -Inhibinas A y B -LDH -CEA y Ca 19-9

## Tratamiento

Observación Quistes ováricos - Regresión espontánea en 6 meses Píldoras anticonceptivas de dosis altas - Rápida resolución Riesgo de Ca - Aumenta con edad

Extirpación quirúrgica -Cistectomía -Ovariectomía



# Grupo de masa quística en los ovarios

## Quistes de la teca luteínica

- Tipo frecuente de quiste folicular
- Caracterizan → Luteinización e hipertrofia de su capa de teca interna
- Se forman en ambos lados quistes múltiples
- Tamaño varía de 1 a 4 cm
- Hiperreacción luteínica → Mayores niveles de LH o de β-hCG
- Relacionadas con anomalías → enfermedad trofoblástica gestacional, la gestación multifetal, la diabetes, la anasarca fetal y la hiperestimulación ovárica durante técnicas de reproducción asistida
- Tratamiento → resolución espontánea una vez que se elimina la fuente hormonal estimulante
- Complicación → Torsión



## Diagnostico



De modo típico Quistes foliculares son lesiones anecoicas redondas en su totalidad, con paredes finas y regulares

Quistes del cuerpo amarillo "Grandes imitadores"

- Remeda una masa sólida
- Evoluciona coágulo → Disposición reticular laxa
- Coágulo hemólisis → Forma línea precisa entre suero y coágulo en retracción → Aspecto de nódulo intramural
- Eco Doppler transvaginal de color → Anillo brillante, "anillo de fuego"

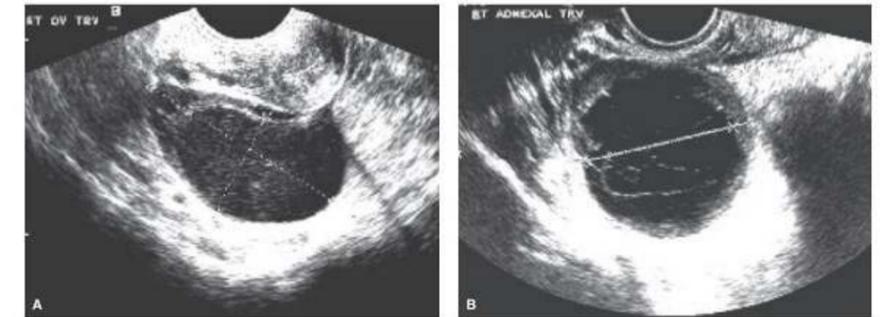
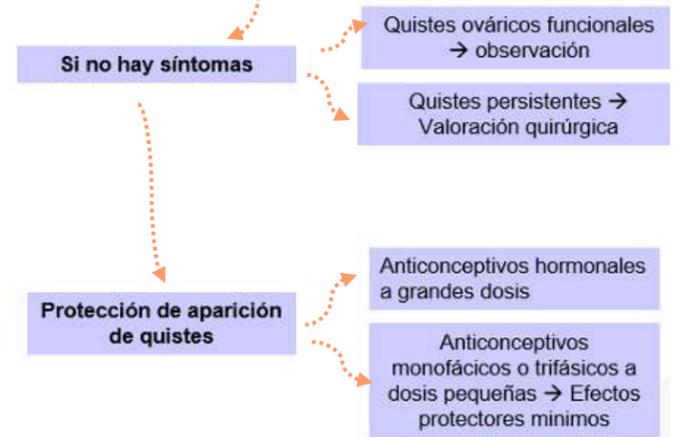


FIGURA 9-17. Imágenes ecográficas transversas, tomadas por vía transvaginal, de dos quistes hemorrágicos del cuerpo amarillo. A. Ecos difusos de bajo nivel que suelen surgir en casos de hemorragia; se identifican en todo este quiste de pared lisa. B. Otro signo ecográfico de aparición frecuente son los "linderos" reticulares, dentro de un quiste hemorrágico en fase de resolución. (Imágenes obtenidas por cortesía de la Dra. Elysis Moschos.)

## Tratamiento



### CUADRO 9-5. Guías para referir al oncólogo ginecólogo a una paciente con una masa pélvica recién diagnosticada

**Mujeres premenopáusicas (<50 años)**  
Incremento extraordinario del nivel de CA125  
Ascitis  
Signos de metástasis en el abdomen o a distancia (por exploración o estudios de imagen)

**Mujeres posmenopáusicas (≥50 años)**  
Mayor nivel de CA125  
Ascitis  
Masa pélvica nodular o fija  
Signos de metástasis en el abdomen o a distancia (por exploración o estudios de imagen)

Compilación con autorización de the American College of Obstetricians and Gynecologists, 2011.

8 de marzo día oficial

# Epidemiología

CUADRO 35-4. Supervivencia de mujeres con tumores ováricos de bajo potencial maligno

Etapa	Supervivencia a 5 años (%)
I	95
II	98
III	90
IV	77

Tomado con autorización de Versell, 2007.

Sobrevivida a 5 años es de 46%

Quinta causa más frecuente de muerte relacionada con cáncer

### SUBTIPOS HISTOLÓGICOS

#### SEROSO



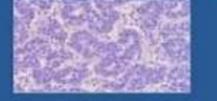
Subtipo más frecuente, se originan de lesiones in situ de las fimbrias de la tuba uterina.

#### MUCINOSO



Representan el 20% de las neoplasias ováricas y se presentan a la mitad de la edad adulta.

### ENDOMETRIOIDE



Se asocia con endometriosis y con la presencia de carcinoma de endometrio.



También se asocia a endometriosis, tiene un pobre pronóstico.

# Factores de Riesgo

- Incidencia máxima de 56-60 años
- Nuliparidad
- Menarquia temprana
- Menopausia tardía
- Caucásicas

- BRCA 1 39-46% Cr 17q21
- BRCA 2 12-20% Cr 13q12-13
- Cáncer de mama de inicio temprano
- cáncer de ovario a cualquier edad
- cáncer de mama bilateral
- cáncer de mama y ovario en el mismo individuo

- Edad avanzada
- Antecedentes familiares
- Talco: por contaminación ascendente de la cavidad peritoneal
- Tabaquismo
- Obesidad

# Factores Protectores

-ACOs anticonceptivos orales

-Embarazo  
-Alimentación a pecho materno  
-Progesterona

-Histerectomía

# Cuadro Clínico

## Etapas tempranas

- inespecífico
- asintomático inicialmente
- dolor abdominal o pélvico
- plenitud saciedad temprana

- síntomas urinarios urgencia o frecuencia
- tumorción abdominal
- diagnóstico diferencial con patología benigna

**Cáncer avanzado de ovario**

- Ascitis
- Derrame pleural
- Dolor pélvico o abdominal persiste en etapas avanzadas
- Urgencia urinaria y poliuria

- Aumento de diámetro abdominal
- Distensión abdominal
- Dispepsia o dificultad para comer
- Anorexia o pérdida de peso

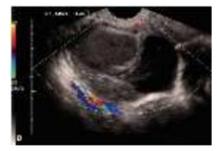
# Estadificación FIGO

Estadio	Características
<b>I</b>	<b>Tumor limitado a los ovarios</b>
IA	El tumor se limita a un ovario; sin ascitis que contenga células malignas. Tampoco hay tumor en la superficie externa; cápsula íntegra
IB	El crecimiento se limita a ambos ovarios; sin ascitis que contenga células malignas; tampoco hay tumor en la superficie externa; cápsula íntegra
IC*	Tumor en estadio IA o IB, pero se extiende hasta la superficie de uno o ambos ovarios o con rotura de la cápsula o con ascitis con células malignas o con un lavado peritoneal positivo.
<b>II</b>	<b>El tumor abarca uno o ambos ovarios con extensión pélvica</b>
IIA	Extensión y/o metástasis al útero y salpinges
IIB	Extensión hacia otros tejidos pélvicos
IIC*	Tumor en estadio IIA o IIB, pero además en la superficie de uno o ambos ovarios o con rotura de la cápsula o con ascitis que contiene células malignas o con lavado peritoneal positivo
<b>III</b>	<b>El tumor abarca uno o ambos ovarios, con implantes peritoneales confirmados por medio de análisis histológico fuera de la pelvis y/o ganglios linfáticos regionales positivos. Las metástasis hepáticas superficiales son estadio III. El tumor al parecer se limita a la pelvis verdadera, pero se observa extensión maligna histopatológica hacia el intestino delgado o el epiplón</b>
IIIA	Tumor limitado desde el punto de vista macroscópico a la pelvis verdadera, con ganglios negativos, pero con metástasis microscópicas comprobadas por medio de análisis histológico al intestino delgado o el epiplón en la superficie peritoneal abdominal
IIIB	El tumor abarca uno o ambos ovarios, con metástasis confirmadas por medio de análisis histológico en la superficie peritoneal abdominal, pero ninguna mayor de 2 cm de diámetro. Los ganglios linfáticos son negativos
IIIC	Metástasis abdominales más allá de la pelvis que miden >2 cm de diámetro y/o ganglios linfáticos regionales positivos
<b>IV</b>	<b>Tumor que abarca uno o ambos ovarios con metástasis a distancia. En caso de existir derrame pleural, la citología debe ser positiva para que sea estadio IV. La presencia de metástasis en el parénquima hepático corresponde a estadio IV</b>

# Tumores Malignos de Ovario

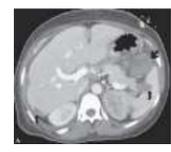


**Doppler transvaginal:** proyecciones papilares o neovascularización



**Ecografía pélvica:** Ascitis

**Ecografía transvaginal:** Para diferenciar los tumores benignos de los cánceres ováricos en etapa temprana



**TC:** planeación del tratamiento en las mujeres con cáncer ovárico avanzado

# Diagnóstico

**Radiografía:** para detectar derrames pulmonares o, metástasis pulmonares

**Paracentesis:** diagnóstica para guiar el tratamiento.

**Asesino Silencioso** sin signos o síntomas apreciables hasta que aparece la enfermedad avanzada evidente.

**Pruebas de laboratorio**  
La biometría hemática y la química sanguínea sistemáticas a menudo demuestran unos cuantos rasgos característicos. Ej., 20 a 25% de las pacientes presenta trombocitosis

Hiponatremia

**Exploración pélvica recto vaginal**  
**Hallazgos sugestivos**  
-Masa anexial sólida, irregular, fija

-Aumento del perímetro abdominal secundario a ascitis  
-Masa palpable en cuadrante superior izquierdo (omental cake)  
-Derrame pleural

# Exploración física



FIGURA 35-6. Fotografía de una mujer con abdomen distendido por una tumoración ovárica grande.

- Adenomegalias
- Apariencia desnutrida a pesar de peso estable
- Nódulo de la hermana María José

# Tratamiento

- R** **Cirugía primaria** con fines de diagnóstico etapificación y citorreducción
- R** **-Etapas I o II:** citorreducción quirúrgica MAS quimioterapia con taxanos y platino
- R** **-Etapas IA y IC** paridad NO satisfecha: preservar el útero y el ovario contralateral
- R** **-Etapa III :** Linfadenectomía sistemática.
- R** **-Etapa IV:** Uso de quimioterapia



FIGURA 35-16. Carcinoma de ovario y supe...

# ¿Qué es?

Neoplasia glandular maligna que se origina en la capa interna (endometrio) del cuerpo uterino.

# Epidemiología

Grupo más común de neoplasias malignas ginecológicas

4ta neoplasia más común en mujeres con un 4% de mortalidad

3era neoplasia del tracto genital femenino más común en México

En 2020 se diagnosticaron 66,570 nuevos casos

Mujer blanca mayor riesgo

Raza	Mujeres
Todas las razas	23.3 x 100,000
Biancas	24.2 x 100,000
Negras	20.2 x 100,000
Asiáticas	18.8 x 100,000
Indias americanas/ Alaska nativas	16.3 x 100,000
Hispanas	17.8 x 100,000

# Factores de Riesgo

- Sx Metabólico
- Obesidad
- Sx de ovarios poliquísticos
- Uso prolongado de dosis altas de estrógenos en la menopausia
- Menarca a edad temprana

- Edad avanzada de menopausia natural
- Antecedente de infertilidad
- Nuliparidad
- Irregularidades menstruales
- Edad avanzada

Variantes Anatomía	Enfermedad franca	Carcinogenos externos
Menarca temprana (Edad < 12)	Diabetes	Terapia con Tamoxifeno
Menopausia tardía (Edad > 52)	Obesidad	TRH
Infertilidad o nuliparidad	Hipertension	Radiacion
Hereditario		Dieta alta en grasa animal
Mujer blanca		
Edad mayor de 40ª		

# Cuadro Clínico

- Presión y dolor pélvico que refleja el crecimiento uterino o diseminación extrauterina del tumor
- Menstruación prolongada y abundante o manchado intermenstrual
- Secreción vaginal anormal
- Hemorragia posmenopáusica

# Tratamiento

- Laparotomía para estadificación.
- Estadificación laparoscópica.
- Quimioterapia
- Radioterapia

## Histerectomía



Tipos	TIPO I (75%)	TIPO II (15%)
Factores de riesgo	Exceso de estrógenos (sin oposición de progestágenos)	No relacionado con estrógenos
Mutación	PTEN	Sobreexpresión de HER2/neu y p53
Tratamiento	Responden a hormonoterapia	Responden a quimioterapia

El tratamiento hormonal para el cáncer de endometrio puede incluir:

- Progestinas (este es el principal tratamiento hormonal usado)
- Agonistas de hormona liberadora de la hormona luteinizante (agonistas LHRH)
- Inhibidores de la aromatasa

# Cáncer Endometrial

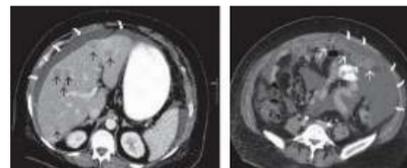
# Diagnóstico y Estadificación

- Dilatación y curetaje
- Histeroscopia
- Ultrasonido transvaginal
- Resonancia magnética
- PET o PET CT
- Biopsia endometria!

Examinación pélvica  
Cáncer endometrio es un carcinoma el cual su tratamiento y estadificación en cirugía

Diagnóstico y Estadificación  
El diagnóstico de carcinoma endometrial debe considerarse:

- ▶ **Mujeres postmenopáusicas:**
  - Cualquier sangrado transvaginal
- ▶ **Mujeres perimenopausia:**
  - Con hiperpolimenorrea
- ▶ **Mujeres premenopáusicas**
  - Patrones de sangrado anormal
  - Obesas
  - Oligo-ovulación (oligomenorrea)



CARACTERÍSTICAS	TIPO I	TIPO II
Exposición a estrógenos	Presente	Ausente
Crecimiento	Lento	Rápido
Precursor de lesión	Hiperplasia con atipias	Carcinoma intraepitelial endometrial
Histología	Endometriode	Seroso, células claras
Grado	Bajo	Alto
Profundidad de invasión	Superficial	Profundo
Cambios genéticos moleculares	PTEM o K-RAS mutación microsatélite	Mutación p53 90%

Característica	Tipo I	Tipo II
Estrógeno sin oposición	Presente	Ausente
Estado menopáusico	Premenopáusico y perimenopáusico	Postmenopáusico
Hiperplasia	Presente	Ausente
Raza	Blanca	Negra
Grado (malignidad)	Bajo	Alto
Invasión miometrial	Mínima	Profunda
Subtipos específicos	Endometriode	Seroso, células claras
Comportamiento	Estable	Agresivo

Tipo I: Caracterizado por la exposición a estrógenos

- Lesión de bajo grado (diferenciado)
- Buen pronóstico
- Hiperplasia endometrial

Tipo II: No relacionado con exposición estrógenos

- Mujeres de mayor edad
- Lesión de alto grado (indiferenciado)
- Carcinoma intraepitelial endometrial
- Endometrios atróficos
- Mal pronóstico

# Estadificación FIGO

Estadio <sup>a</sup>	Características
<b>I</b>	<b>Tumor confinado al cuerpo uterino</b>
IA	Invasión miometrial nula o menor de 50%
IB	Invasión ≥50% del miometrio
<b>II</b>	<b>El tumor invade el estroma cervical, pero no se extiende más allá del útero<sup>b</sup></b>
<b>III</b>	<b>Diseminación local y/o regional del tumor</b>
IIIA	El tumor invade la capa serosa del cuerpo uterino y/o los anexos <sup>c</sup>
IIIB	Metástasis vaginales y/o parametriales <sup>c</sup>
IIIC	Metástasis a los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos <sup>c</sup>
IIIC1	Ganglios pélvicos positivos
IIIC2	Ganglios linfáticos paraaórticos positivos con o sin ganglios linfáticos pélvicos positivos
<b>IV</b>	<b>El tumor invade la vejiga y/o la mucosa intestinal y/o de metástasis a distancia</b>
IVA	El tumor invade la vejiga y/o la mucosa intestinal
IVB	Metástasis a distancia, incluidas metástasis intraabdominales y/o a los ganglios linfáticos inguinales

<sup>a</sup>Ya sea G1, G2 o G3.  
<sup>b</sup>Las lesiones de las glándulas endocervicales se consideran únicamente estadio I y ya no estadio II.  
<sup>c</sup>Es necesaria una citología positiva por separado sin cambiar el estadio.  
FIGO, International Federation of Gynecology and Obstetrics.

# Epidemiología

CA. Ginecológico más frecuente

3° CA. más frecuente entre las mujeres

Etapas localmente avanzadas (IIB-IVA) son las que tienen mayor prevalencia

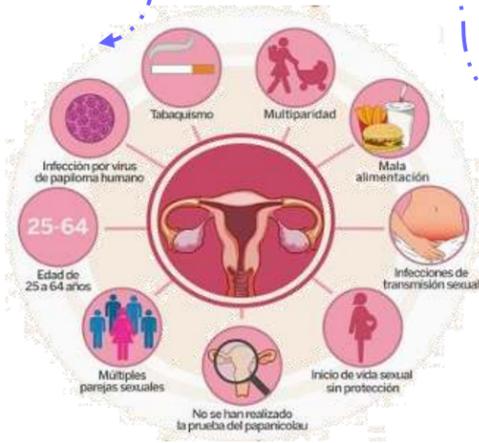
**CUADRO 30-1. Tasas de incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino estandarizadas por edad (por 100 000 mujeres por año)**

	Todas las razas	Caucásica	Raza negra	Asiáticas y de las islas del Pacífico	Nativas americanas y nativas de Alaska	Hispana, latina
Incidencia	8.1	8.0	10.0	7.3	7.8	11.1
Mortalidad	2.4	2.2	4.3	2.1	3.4	3.1

Basado en casos diagnosticados durante 2004 a 2008 de 17 áreas geográficas en el programa Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). Del National Cancer Institute, 2011.

1 de cada 10 muertes por cáncer en mujeres mexicanas, se debe a cáncer de cuello uterino

# Factores de Riesgo

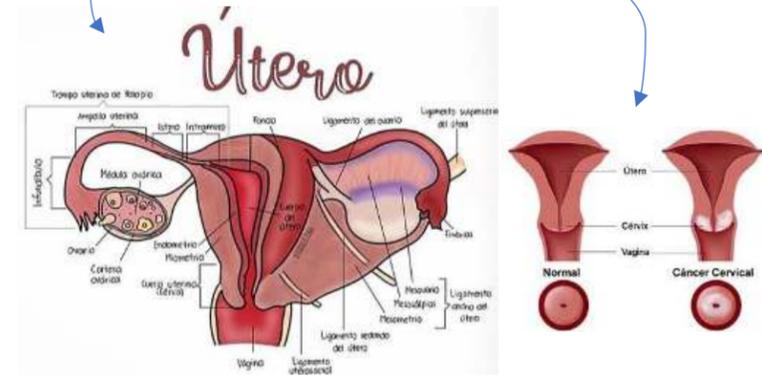


- Edad Avanzada
- Antecedentes familiares
- Edad avanzada
- Uso prolongado de anticonceptivos

# Prevención

- única neoplasia prevenible al 100%
- Vacunación contra VPH (protege contra los tipos de VPH asociados al 70% de los cánceres)
- Uso del condón (reduce en 70% la transmisión del VPH)
- Detección y tratamiento de lesiones precancerosas

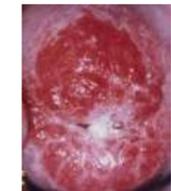
# Anatomía



# Histología

ADENOCARCINOMA MÁS MUCINOSOS	ADENOCARCINOMA CON DESVIACIÓN MÍNIMA	ADENOCARCINOMA VELLOSO GLANDULAR	ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE	CARCINOMAS SEROSOS	ADENOCARCINOMA MÁS MESONEFRICOS
Endocervical Intestinal Velloso-glandular	Adenoma maligno Glandulas lisas Mayor numero de glandulas a mayor profundidad	Se asemeja a un adenoma velloso	2° mas frecuentes exhiben glandulas que se asemejan al endometrio		

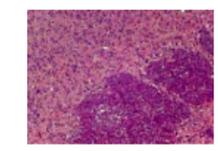
**Epidermoide**  
75% de los CA. queratinizantes y no queratinizantes  
CA. escamoso papilar



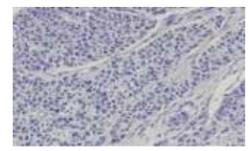
**Adenocarcinoma**  
20—25%  
Origen en células glandulares endocervicales  
cuello en forma de barril palpable  
suelen permanecer ocultos



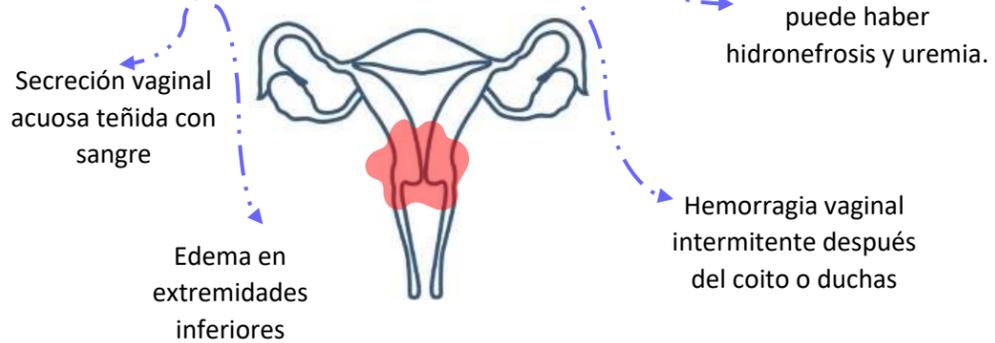
**CA. Cervicales mixtos**  
raros  
adenocarcinoma  
adenoescamoso  
ca. de células vidriosas



**Tumores neuroendocrinos**  
Incluyen tumores de células grandes y células pequeñas del cuello uterino.



# Síntomas



# Cáncer Cervicouterino

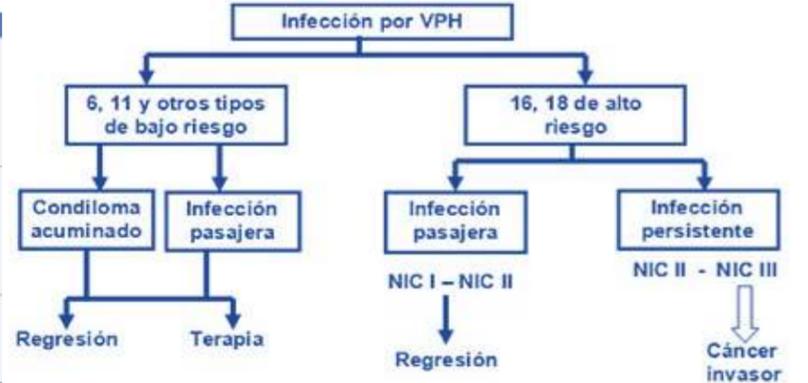
# Estadificación FIGO

Etapa	Características
I	Carcinoma estrictamente confinado al cuello uterino (debe descartarse la extensión al cuerpo)
IA	La invasión del carcinoma puede ser diagnosticada solamente por microscopio, con una profundidad invasiva ≤ 5 mm y de extensión ≤ 7 mm
IA1	La invasión máxima del estroma no es mayor de 3 mm de profundidad y no es más ancha que 2 mm
IA2	Invasión máxima del estroma mayor de 3 mm y no mayor de 5 mm de profundidad; no más ancha de 7 mm
IB	Lesiones clínicas confinadas al cuello uterino e lesiones prediagnósticas mayores de IA
IB1	Lesiones clínicas no más grandes de 4 cm
IB2	Lesiones clínicas mayores de 4 cm
II	El carcinoma se extiende fuera del cuello uterino, pero no se extiende a la pared pélvica; afecta la vagina, pero no hasta el tercio inferior
IIA	Sin compromiso para metral evidente
IIA1	Lesiones clínicas no más grandes de 4 cm
IIA2	Lesiones clínicas mayores de 4 cm
IIB	Compromiso para metral evidente
III	El carcinoma se extendió a la pared pélvica, en el examen rectal no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica; el tumor afecta el tercio inferior de la vagina; deben incluirse todos los casos con hidronefrosis o falta de función renal, a menos que se conozca otra causa de ellos
IIIA	Sin extensión a la pared pélvica, pero con compromiso del tercio inferior de la vagina
IIIB	Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o falta de función renal por el tumor
IV	El carcinoma se extendió fuera de la pelvis verdadera, o hay compromiso clínico de la mucosa vesical o rectal
IVa	Diferenciación del carcinoma a los órganos pélvicos adyacentes
IVb	Diferenciación a órganos distales

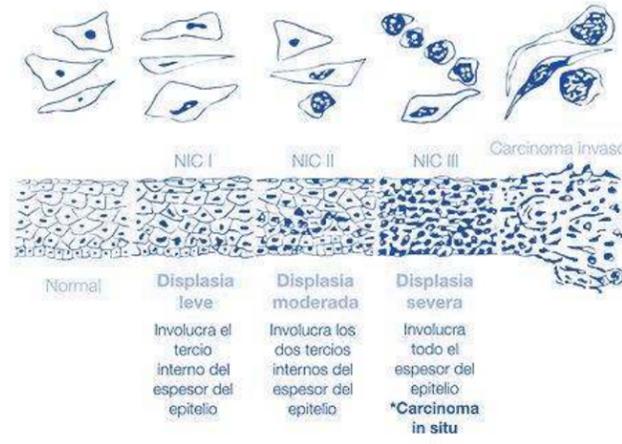
# Pruebas para estadificación

Prueba	A identificar:
<b>Laboratorio</b>	
CBC	Anemia previa a la operación, quimioterapia o radioterapia
Análisis de orina	Hematuria
Perfil químico	Anormalidades electrolíticas
Función hepática	Metástasis hepática
Concentraciones de creatinina y BUN	Deterioro renal u obstrucción
<b>Radiológicas</b>	
Radiografía torácica	Metástasis pulmonar
Pielografía intravenosa	Hidronefrosis
CT (abdomen y pelvis)	Metástasis ganglionar, metástasis a otros órganos distantes, hidronefrosis
Imagen MR	Invasión extracervical local, metástasis ganglionar
PET	Metástasis ganglionar, metástasis distante
<b>Procedimientos</b>	
Cistoscopia	Invasión tumoral a la vejiga
Proctoscopia	Invasión tumoral al recto
Examen bajo anestesia	Extensión de la diseminación del tumor pélvico, etapas clínicas

# Infección por VPH



# Neoplasia intraepitelial cervical

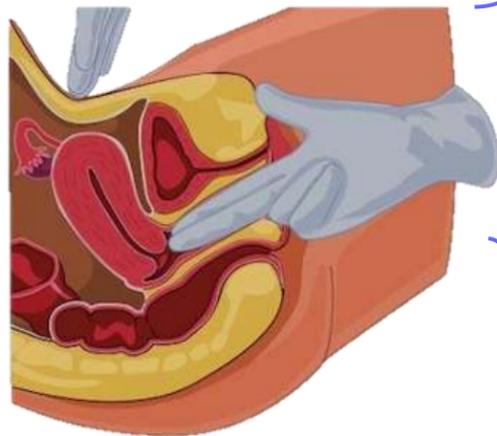


## Exploración física

**Etapas Tempranas**  
Normales en la exploración física general

**Enfermedad avanzada**  
crecimiento de ganglios supraclaviculares o inguinales, edema de extremidades inferiores

**Metástasis**  
Ascitis o disminución de ruidos respiratorios en la auscultación pulmonar

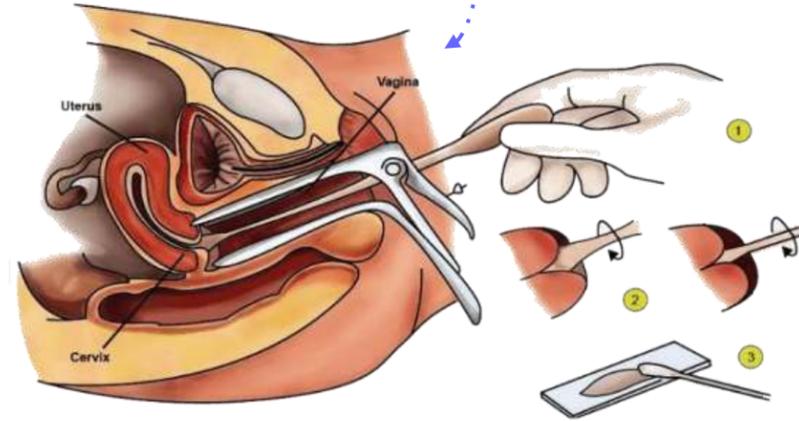


**EXPLORACION BIMANUAL:**  
útero agrandado

**PALPACION DEL TABIQUE RECTOVAGINAL:** tabique grueso

**EXAMEN RECTAL:** compromiso parametrial, uterosacro y parietal lateral

## Citología Cervicovaginal



## Tratamiento General

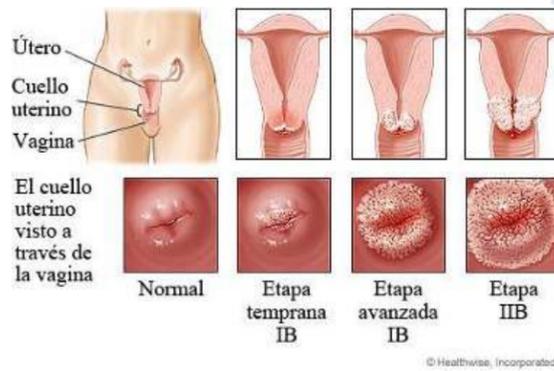
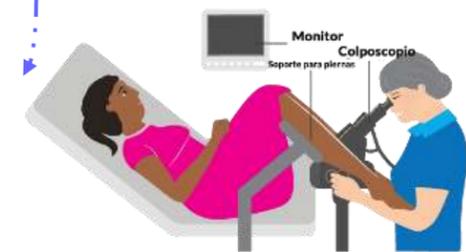
Estadio del cáncer	Tratamiento
IA1 <sup>1</sup>	Se prefiere la histerectomía simple si ha concluido su vida reproductiva o Conización cervical
IA1 <sup>1</sup> (con LVSI)	Histerectomía radical modificada y linfadenectomía pélvica o Traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica en las pacientes que desean conservar la fertilidad
IA2 <sup>2,3</sup>	Histerectomía radical y linfadenopatía pélvica o Traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica en las mujeres que desean conservar la fertilidad
IB1 <sup>3</sup> Algunas IB2 IIA1	Histerectomía radical y linfadenopatía pélvica o traquelectomía radical y linfadenopatía pélvica para las mujeres que desean conservar la fertilidad o Quimiorradioterapia
Voluminosos IB2 IIA2	Quimiorradioterapia
IIB a IVA	Quimiorradioterapia o Exenteración pélvica en raras ocasiones <sup>4</sup>
IVB	Quimioterapia paliativa y/o Radioterapia paliativa o Tratamiento paliativo (cuidados para desahuciados)

<sup>1</sup> En cada paciente las recomendaciones terapéuticas varían según las circunstancias clínicas.  
<sup>2</sup> En algunas instituciones se lleva a cabo una histerectomía radical modificada (tipo II) y linfadenopatía pélvica para las lesiones en estadio IA2 y los tumores pequeños en estadio IB.  
<sup>3</sup> Para las que no son candidatas quirúrgicas se puede recurrir a la braquiterapia intracavitaria.  
<sup>4</sup> Las pacientes con una lesión en estadio IVA y una fistula son candidatas de una exenteración pélvica. LVSI, afección del espacio linfoscavascular.

## Histerectomía

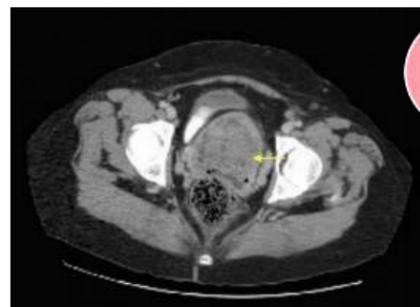
Tipo de histerectomía	Tejidos que abarca <sup>a</sup>						
Procedimiento	Tipo <sup>b</sup>	Cuerpo <sup>c</sup>	Parametrios y paracolpos	Ligadura de los vasos uterinos	Sección de los ligamentos uterosacros	Vagina	Porción proximal de útereros y vejiga
Histerectomía simple	I	Se extirpa	Se conserva	En el istmo uterino	A nivel de la inserción del útero	Se conserva	Se conservan
Histerectomía radical modificada	II	Se extirpa	Se extirpa entre el útero y el uréter	A nivel del uréter	A la mitad del trayecto entre el útero y el recto	Se extirpan 1-2 cm	Se conservan
Histerectomía abdominal radical	III	Se extirpa	Se extirpa desde el origen de los vasos uterinos (a un lado del uréter)	En el origen de los vasos iliacos internos	Se extirpan por completo <sup>d</sup>	Se extirpan $\geq 2$ cm	Se conservan
Tipo	IV <sup>e</sup>	Se extirpa	Se extirpa desde el origen de los vasos uterinos (a un lado del uréter)	En el origen de los vasos iliacos internos; se ligan por arriba de la arteria vesical	Se extirpan por completo	Se extirpan $\frac{3}{4}$ partes	Se conservan
Tipo	V <sup>e</sup>	Se extirpa	Se extirpa desde el origen de los vasos uterinos (a un lado del uréter)	En el origen de los vasos iliacos internos; se ligan por arriba de la arteria vesical	Se extirpan por completo	Se extirpan $\frac{3}{4}$ partes	Se extirpan, se requiere una ureteroiliocistostomía
Histerectomía vaginal radical		Se extirpa	Se extirpa entre el útero y el uréter	A nivel del uréter	Se extirpan parcialmente	Se extirpan $\geq 2$ cm	Se conservan
Traquelectomía vaginal radical		Se conserva	Se extirpa parcialmente	Se ligan por la rama cervicovaginal descendente	A la mitad del trayecto entre el útero y el recto	Se extirpan 1-2 cm	Se conservan
Traquelectomía abdominal radical		Se conserva	Se extirpa desde el origen de los vasos uterinos (a un lado del uréter)	En el origen a partir de los vasos iliacos internos	Cerca del recto	Se extirpan $\geq 2$ cm	Se conservan

## Colposcopia

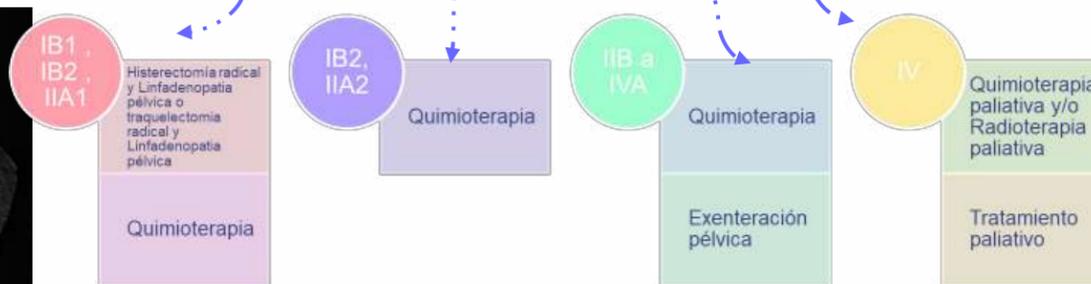


## Estudios de Imagen

- Resonancia Magnética
- Tomografía Computarizada
- Tomografía por emisión de positrones
- Diseción de Ganglios linfáticos



## Tratamiento



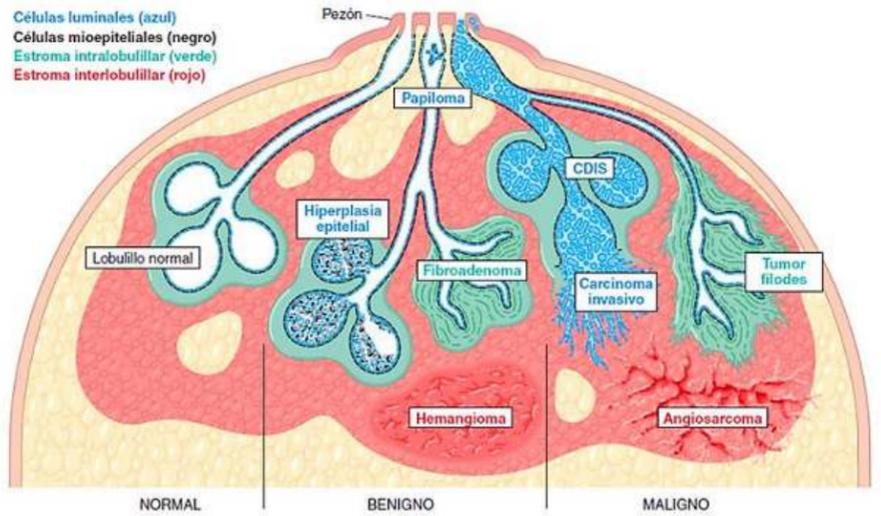
# Patología Benigna de mama

## ¿Qué es?

Grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse

Responden a mecanismos de tipo hormonal

La patología benigna de mama se puede dividir según su sintoma principal



- Dolor mastodinia
- Tumoración
- Secreción
- Alteraciones en la piel, areola y pezón
- Alteración de la forma o volumen mamario

## Mastitis

- Es la inflamación del tejido mamario
- Infecciosa y no infecciosa
- Absceso mamario complicaciones graves.

El microorganismo más frecuente es:

- Staphylococcus aureus

Es producida por:

- Streptococcus pyogenes (grupo A o B), Escherichia coli, Bacteroides, Corynebacterium.

### Factores de riesgo

- • Episodio de mastitis previo
- • Ingurgitación mamaria
- • Drenaje insuficiente de la leche
- • Presencia de grietas del pezón



## Mastodinia

Dolor mamario o mastalgia es un caso frecuente de consulta, puede ser cíclico (relacionado con cambios menstruales) o no cíclico.

### Mastodinia patológica

Está asociada a cambios anatomopatológicos benignos, como:  
Nódulos fibrosos  
Quistes

### Factores de riesgo

Nuliparidad o escasa paridad  
Sensibilidad especial a hormonas (estrógenos, progestágenos, prolactina)  
Desequilibrio hormonal (predominancia estrógenos).

### Exploración física

Valorar la existencia de:  
Eritema  
Secreción  
Tumoración

## Mastopatía clínica

- Dolor bilateral difuso
- Predominante en cuadrante superior externo
- Inicio de la ovulación y cede al iniciarse la menstruación.
- <35 años > Tratamiento. Estudios complementarios si el dolor persiste.
- >35 años > Mamografía y/o ecografía.
- Si existen otros síntomas acompañantes aparte de la mastodinia cíclica (tumoración, eritema, dolor) se solicitan pruebas complementarias.

### La mastalgia no cíclica

- No está relacionada con ciclo menstrual. Afecta a mujeres tanto pre como postmenopáusicas
- Para el diagnóstico se utiliza la clínica
- Mastografía
- Ultrasonido mamario
- Biopsia

## Mastitis puerperal

### Clínica:

- Dolor localizado en la mama
- Eritema de la piel subyacente
- Febrícula o fiebre de 38.5
- Si no es tratada procesa a un absceso

### Exploración física

Ecografía para descartar absceso mamario  
Hemocultivo solo si hay datos de sepsis o tratamiento empírico insuficiente  
Cultivo de la secreción mamaria

### Tratamiento

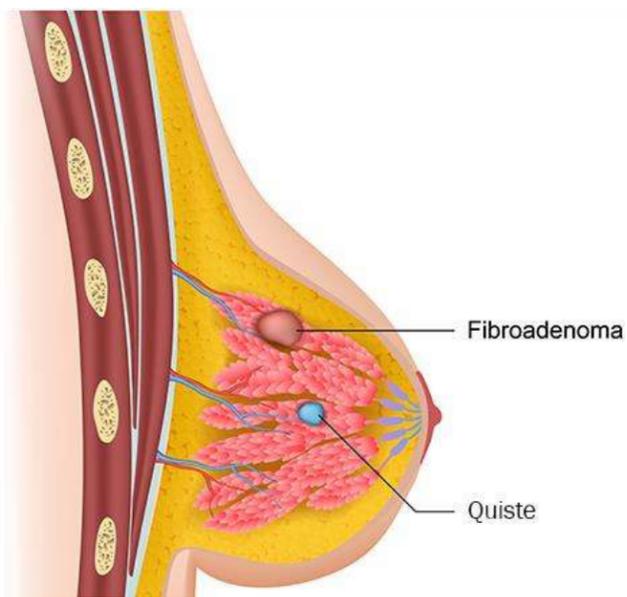
Descargado por Angie Demierre (angie.demierre@gmail.com)  
Encuentra más documentos en UDocz  
seguir amamantando

## Mastitis no puerperal

La vía de entrada suele ser una lesión erosiva en el pezón ocasionada por manipulación del pezón, o succión en las relaciones sexuales

### Factores

- Hormonal: flujo menstrual (hormonal estrógenos prolactina)
- Aumento del IL-8 por tabaquismo activo o pasivo
- Anatómico: Retracción congénita del pezón Ambiental y nutricional: Tabaquismo, nicotina deficiencia de vitamina A y bacterias) gram negativos, anaerobios, S aureus



## Fibroadenoma mamario

- Tumor benigno de mama más frecuente diagnosticado en la premenopausia
- Frecuentemente en población entre 20 a 40 años; pudiendo aparecer durante el embarazo.
- Tumor de tamaño variable entre 2 a 5 cm, de forma esférica o discretamente alargado, lobulado, de consistencia dura o elástica,
- límites bien definidos, generalmente doloroso.

### Diagnostico

- Pacientes < 35 años: ecografía mamaria
- Pacientes > 35 años se solicita: ecografía y mastografía

### Tratamiento

- Fibroadenoma asintomático NO se realiza exéresis.
- Fibroadenoma sintomático se realiza exéresis si la paciente lo desea.
- Exéresis obligada si tiene un aumento rápido del tamaño --> descartar tumor filodes.
- Se puede extirpar mediante cirugía o crioblación.

## Secreción del pezón

### Clasificación según su apariencia

- Lechosa
- Verde amarroada
- Sanguinolenta (asociada con el papiloma intraductal y carcinoma) 46%
- Serosa
- Nebulosa
- Purulenta

### Secreciones asociadas a enfermedad mamaria:

- Metaplasia apocrina
- Quistes
- Ectasia ductal
- Fibroadenoma
- \*Fibrosis
- Mastitis
- Metaplasia escamosa
- Hiperplasia leve

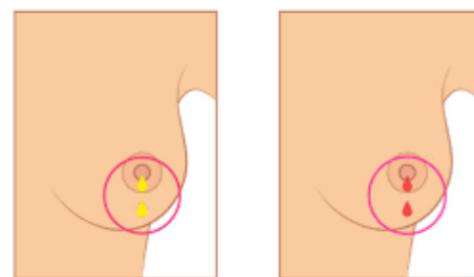
### Diagnóstico

Las secreciones bilaterales-pluriorificiales están asociadas a hiperprolactinemia.

Las secreciones unilaterales se asocian a patología mamaria subyacente incluso a malignidad.

### Clínica

- Examen físico
- Mastografía
- Ecografía mamaria
- Resonancia magnética
- Ductoscopia
- biopsia



## Papiloma intraductal

- Tumores benignos que surgen del epitelio de los conductos mamarios.
- Ocurren más frecuentemente dentro o en el interior de los conductos lactíferos terminales

### Clínica

Secreción verdosa o sanguinolenta por el pezón. (Signo característico)  
Secreción unilateral y uni-orificial.

### Diagnostico

- Galactografía
- Ecografía
- Mastografía
- Citología

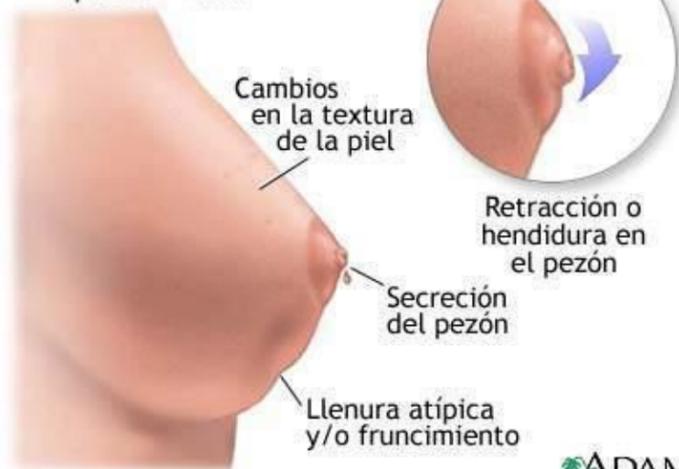
### Tratamiento

- Exéresis del papiloma
- Aumenta dos veces el riesgo de desarrollar cáncer

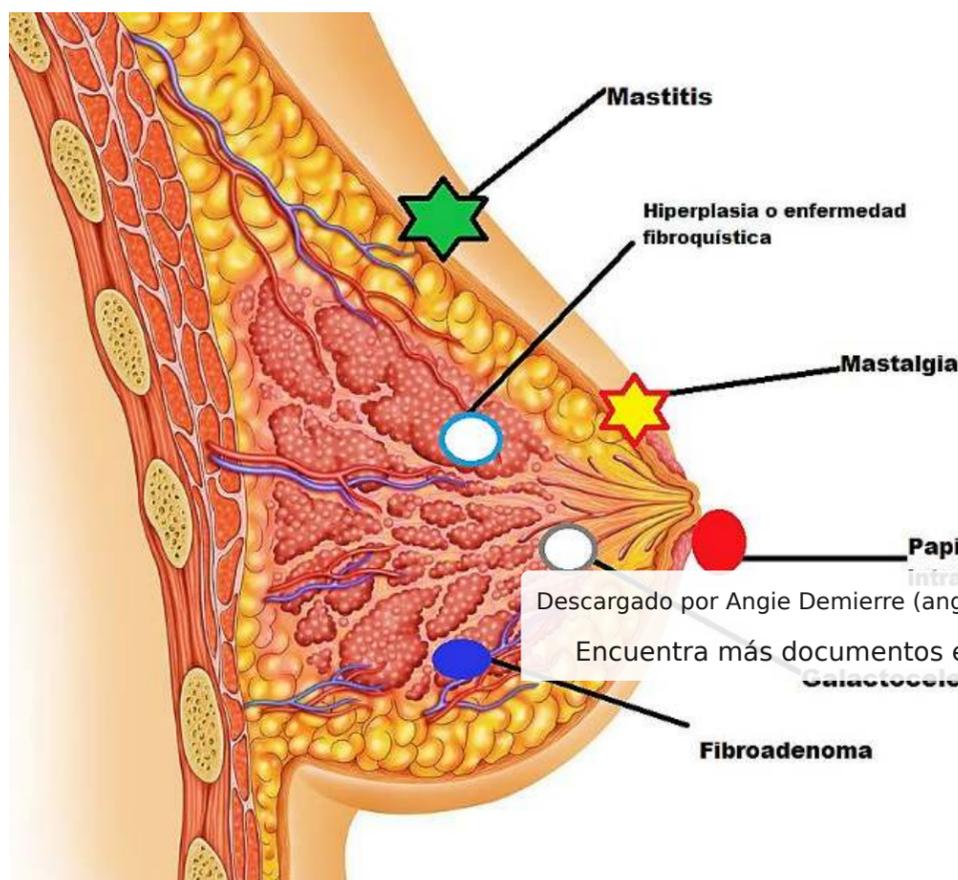
## Galactorrea

- No se recomienda estudio citológico
- Prueba de embarazo
- Niveles de prolactina y de hormonas tiroideas
- El tratamiento dependerá de los resultados y la anamnesis
- Tratamiento de hipotiroidismo
- Prolactinomas
- Uso de Cabergolina, bromocriptina incluso cirugía

Autoexamen de seno:  
Inspección visual



ADAM.

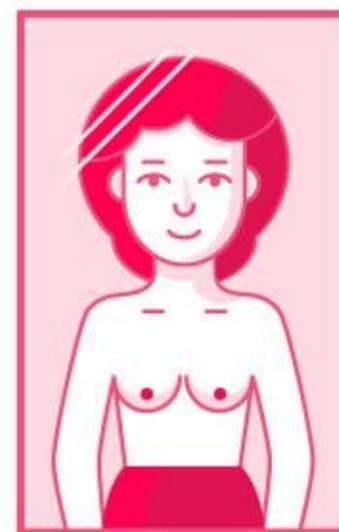


Descargado por Angie Demierre (angie.demierrem@gmail.com)

Encuentra más documentos en

Galactosele

Docz



# ¿Qué es?

Crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse.

# Epidemiología

En México, el cáncer de mama representa la primera causa de muerte

2020, fallecieron 7 821 mujeres y 58 hombres

La tasa más alta de defunciones de mujeres por cáncer de mama se registra en el grupo de edad de 60 años o más

Este tipo de cáncer fue el de mayor incidencia en 2020, con 2.3 millones de casos nuevos

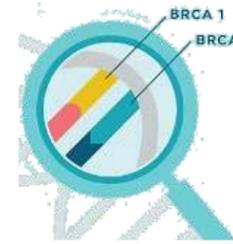
# Fisiopatología

Mutaciones o cambios anómalos, en los genes que regulan el crecimiento de las células.

(P53, BRCA 1 y 2, HER 2, RE.)

Las células modificadas adquieren la capacidad de dividirse sin ningún tipo de control

produce más células iguales y genera un tumor

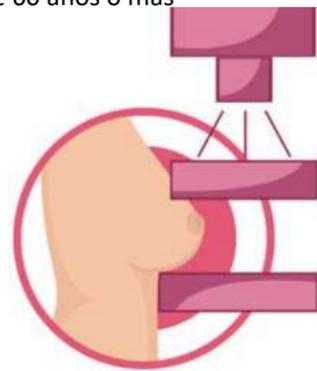


# Factores de Riesgo



# Prevención

- Búsqueda de factores de riesgo
- Autoexploración a partir de los 20 años
- El examen clínico anual a partir de los 25 años
- Orientar sobre los cambios en el estilo de vida
- Identificar lesiones sugestivas en pacientes con sintomatología mamaria
- La mastografía a partir de los 40 a 69 años.



# Cáncer de mama

# Factores genéticos

Nombre del síndrome	Mutación genética	Trastornos concomitantes
Cáncer mamario y ovárico hereditario	BRCA1 BRCA2	Cánceres de mama, ovario, páncreas, estómago, vía biliar, próstata y melanoma; cáncer mamario en varones en el caso del gen BRCA2
Li-Fraumeni	p53	Sarcoma, leucemia, melanoma y cánceres de mama, cerebro, corteza suprarrenal, páncreas, pulmón, cuello uterino y próstata
Cowden	PTEN	Mama: adenosis, fibrosis, hamartoma, fibroadenoma y cáncer (varones y mujeres); enfermedades tiroideas; pólipos hamartomatosos de ileón y de colon; tricoilemoma facial; macrocefalia y papilomatosis bucal
Peutz-Jegher	KB1	Pólipos hamartomatosos digestivos; cánceres de mama, intestino delgado, colon/recto, páncreas, ovario, endometrio, cuello uterino, pulmón y testículo; pigmentación bucal por melanina
p16 <sup>del</sup> y p14 <sup>del</sup>	p16 <sup>del</sup> p14 <sup>del</sup>	Leucemia/linfoma, melanoma y cánceres de mama, páncreas, cuello uterino, vesícula biliar, pulmón, laringe, próstata, hígado e intestino
Ataxia-telangiectasia mutado	ATM	Linfoma, leucemia, y cáncer de mama; ataxia cerebelosa; telangiectasias; vitiligo y manchas de color café con leche
CHK2	CHK2	Sarcoma, leucemia, melanoma y cánceres de cerebro, corteza suprarrenal, páncreas, pulmón, cuello uterino y próstata; cáncer mamario en varones y mujeres

p16<sup>del</sup> y p14<sup>del</sup> también son conocidos como síndromes de nevos displásicos.  
Datos tomados de Borg, 2002; Concannon, 2002; The Breast Cancer Linkage Consortium, 1999; The CHEK2-Breast Cancer Consortium, 2002; Evans, 1997; Lim, 2003 y Schragar, 1998.

# Autoexploración

**Haz movimientos concéntricos.**

**Haz movimientos verticales.**

**Busca diferencias entre las mamas.**

**Revisa cambios en la textura de la piel.**

**Palpa tu axila.**

**Presiona el pezón para ver si hay secreciones.**

**Observa la forma y contorno.**

**Revisa la forma del pezón.**

**Acostada**

**Frente al espejo**

# CÁNCER DE MAMA CLASIFICACIÓN

**Formas pre-invasivas 15-30%**

**Carcinoma ductal in situ**

80%, lesión maligna precursora, son multicéntricos en 1/3 de los casos

**Carcinoma lobulillar in situ**

20%, proliferación lobulillar con células en "anillo de seto", distribuida difusamente

**Cáncer invasor 70-85%**

<p><b>Carcinoma Ductal Infiltrante</b></p> <p>79%, tumores duros a la palpación por respuesta fibrotica significativa</p>	<p><b>Carcinoma Lobular</b></p> <p>10%, es bilateral en 20%, tiende a la multicentricidad. Células agrupadas en "en fila india"</p>	<p><b>Tubular cribiforme</b></p> <p>6%, lesión limitada que puede confundirse con fibroadenoma, de crecimiento rápido.</p>
<p><b>Mucinoso</b></p> <p>2% De crecimiento lento</p>	<p><b>Medular</b></p> <p>2%, Bien diferenciado, de excelente pronóstico. Multifocal 10-56% Bilateral 9-38%</p>	<p><b>Papilar</b></p> <p>1%, tumor de crecimiento lento y buen pronóstico</p>

**Metaplásico** <1%, incluye variedades como adenocarcinomas convencionales

# Manifestaciones clínicas sugestivas de cáncer de mama



# Factores protectores

- Lactancia materna (disminución del 4% por año de la lactancia)
- Menopausia antes de los 35 años
- Tener un embarazo a término antes de los 20 años
- Mastectomía profiláctica
- Ablación ovárica u Ooforectomía bilateral
- Quimioprofilaxis con tamoxifeno



**-AUTOEXPLORACIÓN**

**EN CLÍNICA**

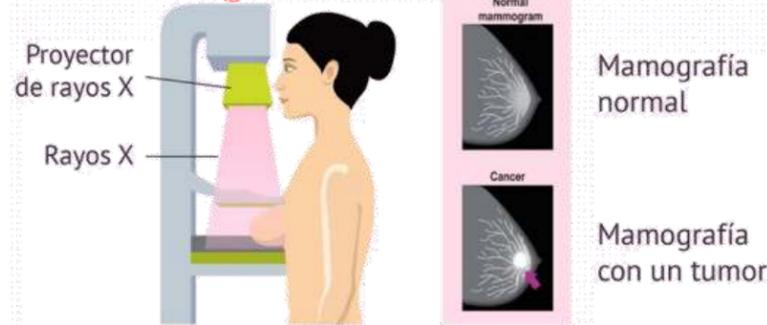


**-MASTOGRAFÍA**

La mastografía de detección oportuna, también conocida como de tamizaje, que se usa en mujeres que no tienen signos ni síntomas de cáncer de mama.

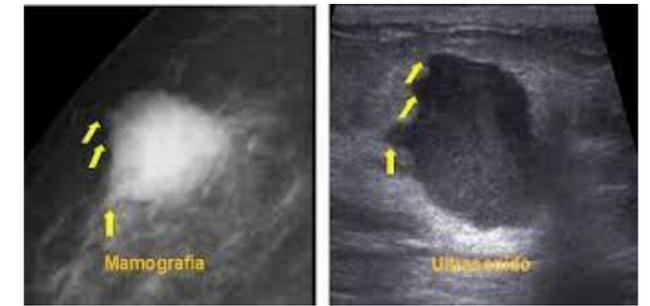
La mastografía diagnóstica, se recomienda en mujeres después de que se detecta alguna bolita o abultamiento, o algún otro signo o síntoma de cáncer de mama

**Diagnóstico y detección**



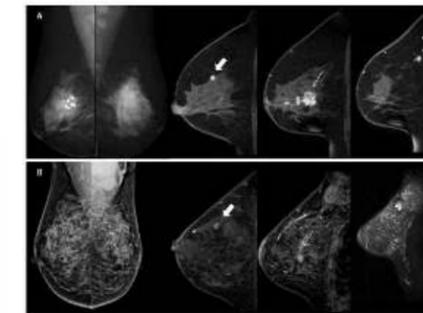
**-ULTRASONIDO**

Nos permite la visualización de una lesión. Es la única forma no invasiva de determinar si un bulto sospechoso es un quiste benigno lleno de líquido o si es una masa cancerosa sólida.



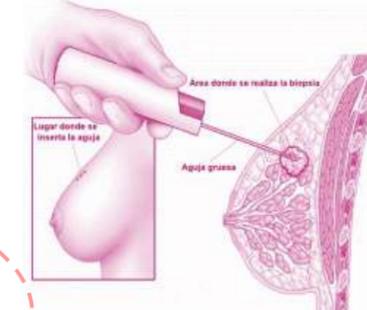
**-RESONANCIA MAGNÉTICA**

Nos ayuda a identificar tumores, pero esta no siempre nos ayuda a distinguir si es un tumor benigno o maligno.



**-BIOPSIA;** Casi todos los cánceres de mama se diagnostican a través de la biopsia de un nódulo detectado en la mastografía o mediante palpación.

- Biopsia por aspiración con aguja fina (FNA)
- Biopsia por punción con aguja gruesa
- Biopsia quirúrgica (abierta)
- Biopsia de ganglios linfáticos



**Tratamiento**



**Cáncer de mama**

**Estadificación Quirúrgica**

Estadio T	Descripción	Agrupación de los estadios
Tis	In situ	Tis
T1	≤ 2 cm	T1
T2	> 2 cm pero ≤ 5 cm	T2
T3	> 5 cm	T3
T4	Lesiones de la piel o de la pared torácica o cáncer inflamatorio	T4
Estadio N	Descripción	Agrupación de los estadios
N0	Sin metástasis a los ganglios linfáticos	N0
N1	1-3 ganglios	N1
N2	4-9 ganglios	N2
N3	≥ 10 ganglios o cualquier ganglio infraclavicular	N3
Estadio M	Descripción	Agrupación de los estadios
M0	Sin metástasis a distancia	M0
M1	Con metástasis a distancia	M1

**CA MAMA: Tx**

1ª causa de muerte por cáncer y neoplasia más común en la mujer a nivel mundial

**Dx Tru-Cut**

- 1ª línea
- Mejor rendimiento Dx
- Mayor especificidad
- Menos tasas falsos negativos
- Menos muestras inadecuadas
- Hace diferencia entre Invasor e in situ

**Supervivencia A 5 años**

- 99% CARCINOMA IN SITU
- 92-65% ENFERMEDAD TEMPRANA
- 47-44% ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA
- 14% ENFERMEDAD METASTÁSICA

GRUPO	ESTADIO	TRATAMIENTO
CARCINOMA IN SITU	o-LOBULILLAR	BIOPSIA EXCISIONAL + VIGILANCIA
	o-DUCTAL	LUMPECTOMÍA + RT
ENFERMEDAD TEMPRANA	ESTADIO I-II + IIIA (T3, N1, Mo) < 5cm y ≤ N1	LUMPECTOMÍA + RT +QT ady: si Alto Riesgo (>2cm o GL + o triple marcador -.HER2 +) +TX Hormonal: si RE/RP + +Trastuzumab : si HER2 +
ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA	ESTADIO III + IIB (T3, No, Mo) ≥ 5cm y ≥ N2	QT neoadyuvante + QX + RT +QT adyuvante +TX Hormonal: si RE/RP + +Trastuzumab : si HER2 +
ENFERMEDAD METASTÁSICA	ESTADIO IV	RT si: Metástasis óseas, SNC, piel, hígado o pulmón QT si: RE/RP + o enfermedad rápidamente progresiva Tx Hormonal: RE/RP + Trastuzumab : si HER2 +

**BIRADS**

BREAST IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM

<b>0</b>	Insuficiente para diagnóstico, se requiere evaluación con más estudios
<b>1</b>	Negativo, ningún hallazgo que reportar
<b>2</b>	Hallazgos benignos: calcificaciones secretorias múltiples, ganglios intramamarios, implantes, quistes simples, lesiones grasas
<b>3</b>	Hallazgos probablemente benignos. Menos de 2% de probabilidad de malignidad. Nódulos circunscritos no calcificados, asimetrías focales, microcalcificaciones redondas puntiformes
<b>4</b>	Hallazgos con sospecha de malignidad 4a. Baja (1.9%) 4b. Moderada (10-49%) 4c. Alta (50-94%)
<b>5</b>	Clásicamente maligno (mayor a 95%)
<b>6</b>	Biopsia conocida, malignidad comprobada

Biopsia, referencia en menos de 10 días a servicio de patología

Tratamiento definitivo

# ¿Qué es?



significa que un órgano pélvico, como la vejiga, se ha caído (prolapsado) de su lugar normal en el abdomen y está presionando contra la vagina

# Epidemiología

Tercera indicación más frecuente para realizar una histerectomía.

la prevalencia del prolapso de órganos pélvicos aumenta con la edad

30 - 65% mujeres que acuden a consulta → Padece Prolapso estadio 2

# Factores de Riesgo

Factores de riesgo (FDR) confirmados y potenciales de los prolapsos de los órganos pélvicos.

FDR confirmados	FDR potenciales
Parto vaginal	FDR obstétricos
Edad avanzada	- embarazo
Obesidad	- extracción con fórceps
	- primer parto a temprana edad
	- prolongación de la segunda fase del trabajo de parto
	- peso al nacer > 4.500 g
	Forma y orientación de los huesos de la pelvis
	Antecedente familiar de prolapso
	Origen étnico
	Profesiones de riesgo (esfuerzo físico intenso)
	Estreñimiento crónico
	Alteración del tejido conjuntivo
	Histerectomía
	Estado hormonal (menopausia)

Los sistemas anatómicos de sostén de los órganos pélvicos dependen, básicamente, de los músculos elevadores del ano y la fascia pélvica

La ruptura o la disfunción de estos sistemas complejos pueden generar el desarrollo de un prolapso genital

# Fisiopatología

La fascia pélvica envuelve los órganos pélvicos y asegura su conexión con las estructuras musculares y óseas de la pelvis

Algunas deformaciones óseas (hiperlordosis lumbar) pueden incrementar el riesgo de prolapso

La ruptura o el estiramiento de este sistema tisular conjunto pueden producirse después de un parto o una histerectomía, o deberse al esfuerzo crónico o al envejecimiento

# Tratamiento

El tratamiento depende de la gravedad del prolapso y de las manifestaciones asociadas o inducidas

- Abstención terapéutica (observación)
- Métodos de contención (pesario)
- Reparación quirúrgica
- Reparación del prolapso de la cúpula vaginal
- Técnicas de cierre vaginal definitivo



# Prolapso de órganos Pélvicos

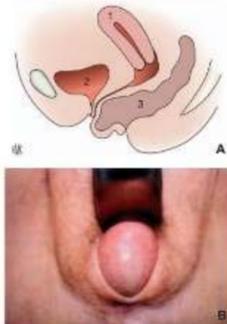
# Estadificación

# Síntomas

Síntomas vaginales	Síntomas urinarios	Síntomas digestivos	Síntomas sexuales
Sensación de bola vaginal Tumefacción vulvar visible o palpable Presión Pesadez	Incontinencia urinaria Polaquiuria Deseo imperioso de orinar Síndrome disúrico (efecto de pelota del prolapso) Maniobras digitales facilitadoras de la reducción Cambio de posición y aumento de presión abdominal para iniciar o completar la micción	Incontinencia anal (gases, heces líquidas o sólidas) Disquecia Deseo imperioso de defecar Evacuación digital facilitadora endoanal Maniobras digitales endovaginales facilitadoras	Dispareunia

# Diagnóstico

- Exploración Física
- Exploración Perineal
- Prueba urodinámica es necesaria cuando hay trastornos urinarios asociados
- La RM dinámica y la colpocistografía



Estadificación de los prolapsos según el sistema POP-Q (pelvic organ prolapse-quantification).

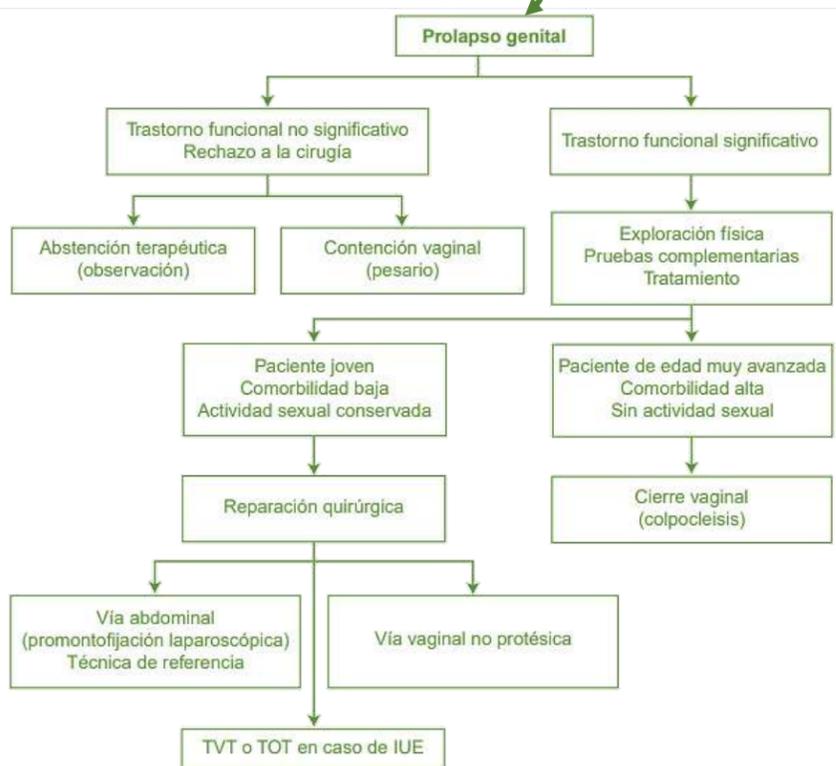
Grado	Definición
0	Sin prolapso
I	Porción más distal del prolapso situada a una distancia ≤ -1 cm de la línea himenal
II	Porción más distal del prolapso situada entre -1 y +1 cm de la línea himenal
III	Porción más distal del prolapso situada a una distancia > +1 cm de la línea himenal sin sobrepasar (TVL - 2) cm
IV	Eversión completa de la TVL La porción más distal del prolapso se sitúa a una distancia > (TVL - 2) cm

TVL: longitud total de la vagina.

# CUADRO 24-3. Sistema de media distancia de Baden-Walker para la valoración del prolapso de órgano pélvico en la exploración física<sup>a</sup>

Grado	Definición
Grado 0	Posición normal de cada sitio respectivo
Grado 1	Descenso a la mitad de la distancia al himen
Grado 2	Descenso hasta el himen
Grado 3	Descenso a la mitad de la distancia después del himen
Grado 4	Máximo descenso posible de cada sitio

<sup>a</sup> El descenso de la pared vaginal anterior, pared vaginal posterior o pueden graduarse con este sistema. Tomado con autorización de...

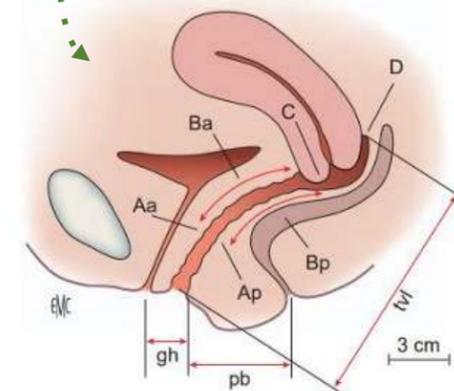


pared anterior	pared anterior	cuello uterino o manguito vaginal
Aa	Ba	C
hiato genital	cuerpo perineal	longitud vaginal total
gh	pb	tvL
pared posterior	pared posterior	fondo de saco posterior
Ap	Bp	D

FIGURA 24-3. Matriz empleada para la valoración del prolapso de órganos pélvicos (POP-Q).

Descargado por Angie Demierre (angie.demierrem@gmail.com)

# Exploración física



Sistema de estadificación POP-Q

# ¿Qué es?

Salida involuntaria de orina

La orina puede fugarse a partir de un sitio diferente de la uretra, como fístulas o malformaciones congénitas de las vías urinarias bajas.

## Epidemiología

Prevalencia de incontinencia urinaria de 15 a 55%

Es más frecuente a medida que tienen más edad

Sólo 1 de cada 4 mujeres busca atención médica por incontinencia a causa de vergüenza

## Factores de Riesgo

CUADRO 23-1. Factores de riesgo para la incontinencia urinaria	
Edad	
Embarazo	
Parto	
Menopausia	
Histerectomía	
Obesidad	
Síntomas urinarios	
Daño funcional	
Daño cognitivo	
Elevación crónica de la presión intraabdominal	
Tos crónica	
Estreñimiento	
Riesgo laboral	
Tabaquismo	

## Clasificación

- I.U. ESFUERZO.
- I.U. URGENCIA. (VEJIGA HIPERACTIVA).
- I.U. MIXTA
- I.U. REBOSAMIENTO.
- I.U. REVERSIBLE

## Causas

Causas neurológicas	Causas no neurológicas
Esclerosis múltiple.	Problemas de vejiga.
Demencia.	Tumores.
Enfermedad de Parkinson.	Alteración de la pared.
Diabetes.	Cálculos.
Enfermedad vascular cerebral.	Infección.
	Llenado rápido.
	Déficit estrogénico.
	Uso de diuréticos.
	Histerectomía.

## Tratamiento

### Conservador/no quirúrgico

- Ejercicios para fortalecer el piso pélvico
- Entrenamiento muscular del piso pélvico
- Estimulación eléctrica
- Terapia de biorretroalimentación.
- Dieta
- Micción programada
- Sustitución de estrógenos

### Fármacos

en pacientes con incontinencia mixta es razonable una prueba con imipramina para favorecer la contracción y cierre uretrales.

Duloxetine

Pesario e insertos uretrales

### Quirúrgico

Materiales expandibles uretrales.  
Procedimientos transvaginales con aguja y reparación paravaginal del defecto



## Diagnóstico

Anamnesis

Agrupación de síntomas

Diario de micción

Exploración física

Se inspecciona el perineo en busca de atrofia

Valoración del soporte pélvico

Análisis y cultivo de orina

Volumen residual posmiccional

Pruebas urodinámicas

Síntomas urinarios  
Polaquiuria.  
Retención urinaria.

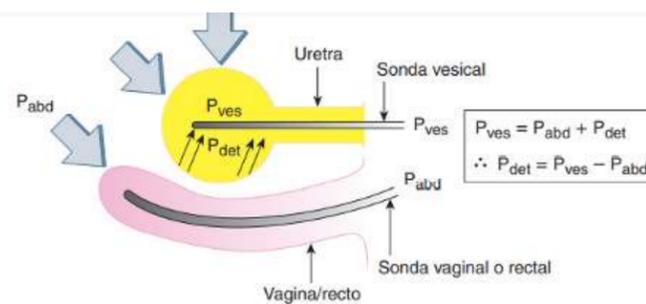
CUADRO 23-2. Anamnesis por aparatos y sistemas en mujeres con incontinencia urinaria

Fuga con el esfuerzo	S/N	Descompresión digital del intestino	S/N
Fuga con la urgencia	S/N	Descompresión digital de la vejiga	S/N
Fuga con cambios de posiciones	S/N	Gesto posicional	S/N
Fuga con el ejercicio	S/N	Sensación de vaciado incompleto	S/N
Fuga durante el coito/orgasmo	S/N	Inyecciones urinarias recurrentes	/año
Fuga inadvertida	S/N	Micción con maniobra de Valsalva	S/N
Duración de los síntomas	semanas / meses	Charo de urine: fuerte/normal/débil	
Fugas por	día / semanas / meses	Enuresis infantil	S/N
Apósitos al día	Tira de apósitos	Polaquiuria	S/N
Micciones diurnas		urgencia	S/N
Micciones nocturnas		Disuria	S/N
Estreñimiento	S/N	Hematuria	S/N
Au. uterino con		Dolor de espalda	S/N
Evacuaciones	/día /semana	Presión/abultamiento pélvico	S/N
Incontinencia anal	S/N	Dispareunia	S/N
Duración	meses / años	Hemorragia rectal	S/N
Flatos	/semanas /meses	Levantar objetos pesados	S/N
Líquido	/semanas /meses	Interiere con estilo o calidad de vida	S/N
Heces	/semanas /meses		

## Comparación Sistemática

Parámetro	Incontinencia de urgencia	Incontinencia de esfuerzo
Urgencia	Sí	No
Polaquiuria con urgencia	Sí	No
Fuga de orina con elevación de presión intraabdominal	No	Sí
Cantidad de orina que se fuga en cada episodio de incontinencia	Grande	Pequeña
Capacidad para llegar al baño a tiempo después de la urgencia para orinar	A menudo no	Sí
Despierta para orinar por la noche	Por lo regular	Pocas veces

Técnica	Descripción	Indicación	Comentarios
Inyección uretral	Se inyecta una sustancia que aumenta el volumen en la submucosa uretral	ISD	También para SUI en pacientes no elegibles para operación; algunas veces se necesitan varias inyecciones
Suspensión con aguja	La porción proximal de la uretra se suspende por medio de la pared abdominal anterior	SUI	El índice de éxito a largo plazo es reducido; ya no se recomienda para SUI
Reparación del defecto paravaginal	La pared vaginal lateral se fija a la ATFP	Prolapso vaginal	Ya no se recomienda para SUI
Uretropexia retropúbica	La fascia pubocervical se fija al ligamento de Cooper (Burch) o sínfisis del pubis (MMK)	SUI	Tratamiento efectivo a largo plazo; requiere experiencia quirúrgica; sus beneficios son menos reproducibles que la técnica de la suspensión mediouretral
Cabestrillos pubovaginales	El cuello vesical se sostiene por medio de una tira de fascia fijada a la pared abdominal anterior	ISD; técnica fallida de SUI	Tratamiento efectivo a largo plazo; algunas veces útil en pacientes en las que no se desea introducir material sintético; es necesario aislar el injerto de la pared abdominal anterior o de la fascia lata de la pierna
Cabestrillos mediouretrales: TVT, TOT	La porción media de la uretra se sostiene al colocar una red: por vía retropúbica o a través del obturador	SUI; ISD SUI	Tratamiento efectivo a corto plazo; recuperación posoperatoria rápida; TVT con datos de eficacia a largo plazo; se necesitan estudios ulteriores para establecer la eficacia de TOT en las pacientes con ISD



Situación clínica	I a.	b.	II a.	b.
P <sub>abd</sub> (presión abdominal) [sonda vaginal o rectal]				
P <sub>ves</sub> (presión vesical) [sonda vesical]				
P <sub>det</sub> (presión del detrusor real) [restada/calculada]				
Fuga	⊕	⊖	⊕ ⊖	⊕ ⊖

Diario vesical			
Por favor, registre la hora y la cantidad ingerida de líquidos, el gasto urinario, la fuga de orina y los cambios de apósito DURANTE 3 DÍAS.			
Hora	Consumo oral	Orina emitida	Fuga de orina o cambio de apósito

FIGURA 23-12. Ejemplo de un diario urinario.

# ¿Qué es?

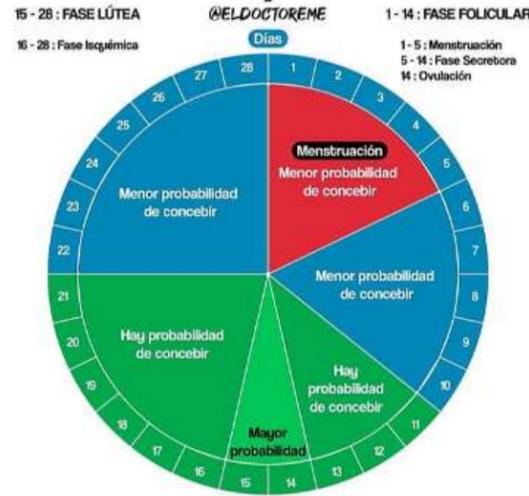
**Climaterio** hace referencia a un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva.



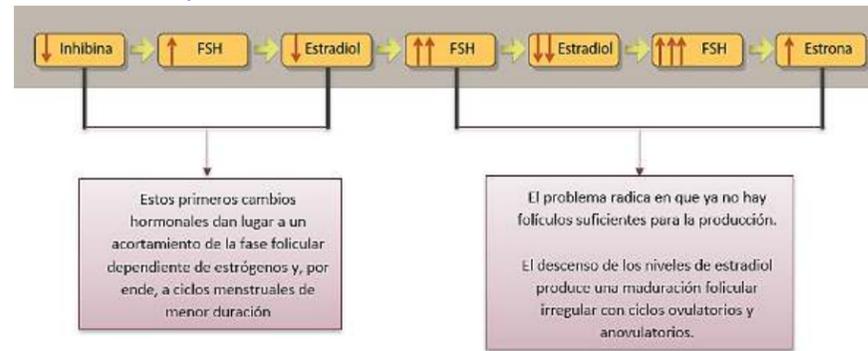
**Menopausia** cese permanente de la menstruación, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas

Se presenta en mujeres entre los 45 y 55 años; en México se ha visto que en promedio aparece a los 48 años.

## Ciclo Menstrual



## Fisiología



Estos primeros cambios hormonales dan lugar a un acortamiento de la fase folicular dependiente de estrógenos y, por ende, a ciclos menstruales de menor duración

El problema radica en que ya no hay folículos suficientes para la producción. El descenso de los niveles de estradiol produce una maduración folicular irregular con ciclos ovulatorios y anovulatorios.

## Factores de Riesgo

Menopausia precoz, natural o quirúrgica. Períodos de amenorrea.

Vida sedentaria

Consumo del alcohol o cafeína. Tabaquismo.

Algunos medicamentos como el uso prolongado de corticoesteroides.

Procesos como enfermedad tiroidea, artritis reumatoide y problemas que bloquean la absorción intestinal de calcio.

# Climaterio y Menopausia



## Síntomas



## Tratamiento

**Tratamiento farmacológico no hormonal:** Los IRS (paroxetina, venlafaxina y fluoxetina)

**Tratamiento no farmacológico** Consiste en un cambio en el estilo de vida, por lo que se deberá hacer énfasis en:

### Farmacológico

Hormonal	No hormonal
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrógenos</li> <li>Progestágenos</li> <li>Estrógenos + progestágenos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inhibidores de la recaptura de serotonina</li> </ul>

Estrógenos	Progestágenos
<b>Naturales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estradiol</li> <li>Estriol</li> </ul> <b>Sintéticos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etinilestradiol</li> <li>Dietilestilbestrol</li> <li>Mestranol</li> </ul> <b>Estrógenos conjugados</b>	<b>Natural</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Progesterona</li> </ul> <b>Sintético</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Relacionados con la progesterona                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Hidroxiprogesterona</li> <li>Medroxiprogesterona</li> <li>Ciproterona</li> </ul> </li> <li>Relacionados con la testosterona:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Noretindrona</li> <li>Levonogestrel y derivados</li> </ul> </li> </ul>

Dietoterapia. Control del peso e índice de masa corporal (IMC). Hacer ejercicio.

Evitar el alcohol y las bebidas que contengan cafeína.

No fumar

## Diagnóstico

**Clínico**

**Menopausia temprana** Solicitar la cuantificación de la hormona FSH y estradiol

**Vigilancia Integral** Se deben solicitar estudios de laboratorio y gabinete a las mujeres que se encuentren en la perimenopausia

identificar factores de riesgo para patologías que se sobreexpresan en esta etapa por la disminución de la influencia hormonal de estrógenos.

## Cuadro Clínico

<b>Enfermedad cardiovascular:</b> En el hígado la disminución estrogénica favorece una disminución del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL); también se ha visto que existe mayor resistencia a la insulina.		<b>Osteoporosis:</b> Los estrógenos inhiben la resorción ósea y aumentan la liberación del factor de crecimiento transformante-beta en los osteoblastos, favoreciendo la reabsorción ósea.		<b>Genitourinarios:</b> Atrofia urogenital, que va a provocar sequedad y prurito vaginal, dispareunia, disuria, urgencia miccional e incontinencia urinaria.
	<b>Psicológicos:</b> Los niveles de serotonina disminuyen en la menopausia. La disminución de este neurotransmisor se asocia con cambios en el estado de ánimo, labilidad emocional, alteración del ciclo sueño vigilia y disminución de la libido.		<b>Bochornos:</b> Existirá una sobreexpresión de los receptores de serotonina (5-HT2A), que se ha vinculado a una fuerte distorsión del centro termorregulador en el hipotálamo.	

# Planificación Familiar

## Definición

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios.



## Métodos anticonceptivos

## Clasificación

### Anticonceptivos de primer tipo

- Intrauterinos
- Implantes de progestágeno
- Técnicas anticonceptivas permanentes

### Anticonceptivos de segundo tipo

- Métodos por combinación hormonal
- Anticonceptivos con progestágeno solo

CUADRO 5-3. Categorías dentro de los criterios de elegibilidad médica de Estados Unidos

Categoría	Definición
1	Estado de la mujer (o entidad patológica) en el cual no hay restricción para utilizar el método anticonceptivo
2	Estado de la mujer (o entidad patológica) en que las ventajas de usar el método por lo común son mayores que los riesgos teóricos o probados
3	Estado de la mujer (o entidad patológica) en que los riesgos teóricos o probados por lo regular son mayores que las ventajas de usar el método
4	Estado (o entidad patológica) que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo

Con autorización de los Centers for Disease Control and Prevention, 2010b.

### Criterios de elegibilidad médica

Clasifica los métodos anticonceptivos en 6 grupos por su semejanza:

- Anticonceptivos orales por combinación
- Píldora de progestágeno solo
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito.
- Implantes
- Dispositivo intrauterino de levonorgestrel.
- Dispositivo intrauterino de cobre.

### Anticonceptivos de tercer tipo

- Preservativos

### Anticonceptivo de cuarto tipo

- Espermicidas
- Esponja anticonceptiva

## Lactancia

En promedio, 20% de las mujeres que amamantan a su hijo ovula  $\geq 90$  días después del parto.

Los métodos que se pueden utilizar en estas pacientes son:  
Dispositivo intrauterino de cobre

**Progestágenos solos** - Se inicia a las 6 semanas del puerperio en quien amamanta a su hijo y a las 3 semanas, si no hacen esto de manera exclusiva.

**Combinaciones hormonales** - Se puede iniciar a las 6 semanas después del parto.

Las preocupaciones en cuanto al uso de hormonas con fin anticonceptivo en el caso de mujeres que amamantan se basan en la posibilidad de que los progestágenos sistémicos pueden interferir en la producción de leche materna.



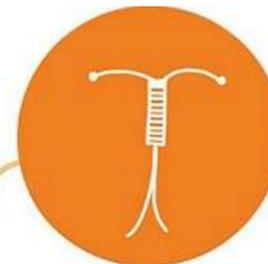
### OTB - VASECTOMIA

**Eficacia 99.9%**  
Ejercen su efecto anticonceptivo al ser una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos. Es el mejor método **IRREVERSIBLE**



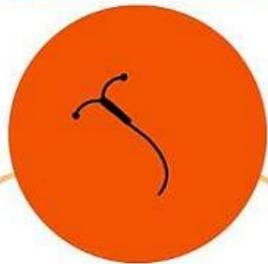
### IMPLANTE SUBDÉRMICO

**Eficacia 99.95%**  
Actúa por un sistema de liberación continua gradual de progesterona inhibiendo la ovulación. Es el mejor método **REVERSIBLE**



### DIU COBRE

**Eficacia >98%**  
Reacción inflamatoria local por cuerpo extraño, aumento de la permeabilidad capilar, acción gametocida y potencia acción espermicida



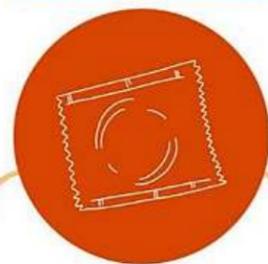
### DIU LEVONOGESTREL

**Eficacia >99%**  
El progestágeno actúa al atrofiar al endometrio; estimula el moco cervical y disminuye la motilidad tubaria



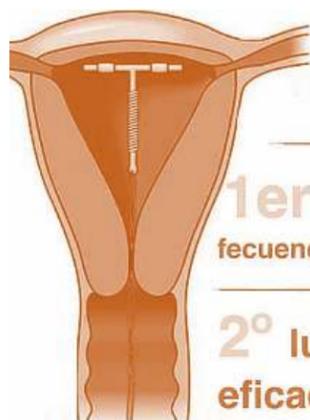
### ANTICONCEPTIVOS ORALES

**Eficacia 92 a 99%**  
Impiden la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical. Protegen contra Ca de endometrio pero se contraindican en Ca de mama o cérvix.



### MÉTODOS DE BARRERA

**Eficacia 98% (utilizados correctamente)**  
"Condones" Impiden la interacción de los gametos al formar una barrera, además minimizan el riesgo de ETS



## Dispositivo Intrauterino

1er lugar en frecuencia de uso

2º lugar en eficacia.

### Contraindicación

- Embarazo
- EPI
- Anomalías uterinas
- Hemorragia uterina no estudiada
- Dismenorrea intensa
- CaCu
- Ca en

CARACTERÍSTICA	DIU- COBRE	DIU- LEVONOGESTREL
EFICACIA	99.2%	99.8%
EVITA IMPLANTACIÓN	SI	SI
EVITAN CAPACITACIÓN ESPERMÁTICA	SI	SI
ENGROSAMIENTO DE MOCO CERVICAL	NO	SI

Encuentra más documentos en

## Anticoncepción de emergencia

Métodos no abortivos utilizados después del coito y antes de la implantación  
Contraindicados en embarazo

### Método Yuzpe

- Estrógenos + progestinas
- Primeras 72 horas post-coito
- 50 mcg etinilestradiol o 0,25 mg levonorgestrel o 0,5 mg norgestrel, 2 tabletas, repetir en 12 horas
- Efectos adversos: náusea, vómito, mastodinia, cansancio, cefalea

### Levonorgestrel

- Más eficaz que método Yuzpe
- Tomar las primeras 72 horas post-coito

• Tomar en dos dosis: 0,75 mg cada una con intervalo de 12 horas  
• Si se toma en una sola dosis: 1,5 mg dentro de 12 horas posteriores a la ingesta, no se repite la dosis

### DIU post-coital

- El DIU de cobre es el método de anticoncepción de emergencia más efectivo
- Se puede insertar hasta 7 días después del coito

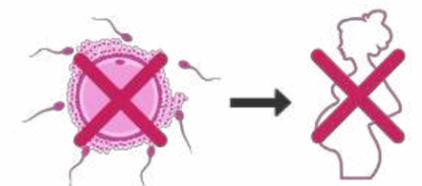
**Spotlight:** En general, los métodos anticonceptivos de emergencia se indican para cualquier mujer que desea evitar el embarazo y se presente dentro de los 5 días (120 horas) posteriores a relación sin protección o inadecuadamente protegida  
Se considera exitosa si hay menstruación en los primeros 21 días de la anticoncepción



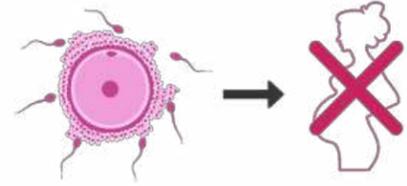
# ¿Qué es?

## Esterilidad

## Infertilidad



No se produce la fecundación  
No hay embarazo



Se produce la fecundación  
No se desarrolla el embarazo

Incapacidad de tener descendencia debido a problemas en la fecundación, causados por la imposibilidad de que óvulo y espermatozoide se unan para dar lugar al embrión.

Ésta se subdivide en: **Esterilidad primaria**, esto es, sin embarazos previos.

**Esterilidad secundaria**, que se refiere a la infertilidad después de una concepción previa.

Incapacidad de llevar a término la gestación, es decir, la ausencia de nacimiento a pesar de haber tenido lugar la concepción.

**Fallos de implantación:** el embrión se forma, pero no consigue implantar en el endometrio materno.

**Aborto espontáneo:** el embarazo se detiene en algún momento del desarrollo fetal.

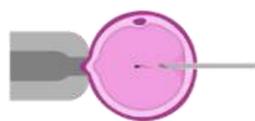
**Embarazo ectópico:** el embrión implanta, pero fuera de la cavidad uterina, lo que impide el desarrollo normal.



Coito programado



Inseminación artificial



Fecundación in vitro

# Anamnesis de la mujer

**Ginecológicos**  
Al igual que con cualquier enfermedad, es importante contar con una anamnesis detallada y una exploración física minuciosa

**Grupo étnico**  
búsqueda de anemia de células falciformes (drepanocítica) en los estadounidenses de raza negra, enfermedad de Tay-Sachs y otros trastornos en los judíos asquenazíes y fibrosis quística en personas de ascendencia del norte de Europa.

**Sociales**  
Los antecedentes sociales se concentran en el estilo de vida y ciertos factores ambientales, como los hábitos alimenticios y el contacto con toxinas  
-Tabaco  
-Alcohol  
-Cafeína  
-Marihuana  
-Obesidad

**Médicos**  
Antecedentes médicos se buscan síntomas de hiperprolactinemia y tiropatías.  
Síntomas de andrógenos excesivos, como acné o hirsutismo, indican la presencia de un síndrome de ovarios poliquísticos o, con mucha menos frecuencia, hiperplasia suprarrenal congénita.

**Quirúrgicos**  
Antecedentes quirúrgicos principales son las intervenciones quirúrgicas pélvicas y abdominales. (adherencias pélvicas)

# Infertilidad y Esterilidad

# Factores de Riesgo



Factor	Efecto sobre la fertilidad
Obesidad (BMI >35)	Aumento de 2 veces en el TTC
Bajo peso (BMI <19)	Aumento de 4 veces en el TTC
Tabaquismo	60% de aumento en el RR
Consumo de alcohol (>2/día)	60% de aumento en el RR
Fármacos ilícitos	70% de aumento en el RR
Toxinas	40% de aumento en el RR
Cafeína (>250 mg/día)	45% de disminución en la capacidad de fecundación

BMI, índice de masa corporal; RR, riesgo relativo de esterilidad; TTC, tiempo para concebir. Adaptado con autorización de American Society for Reproductive Medicine, 2008a.

# Causas

Existe un 30% - 33% de casos en los que los problemas para conseguir una gestación son debidos a problemas en la mujer.

Entre los **factores de esterilidad femenina** más comunes destacan:



- Trastornos de la función ovárica
- Alteraciones en las trompas de Falopio
- Factor cervical
- Factor uterino



Esterilidad de origen desconocido    Esterilidad inmunológica    Vaginismo    Factor genético

# Pruebas Diagnósticas

Causa	Valoración
Disfunción ovárica	Progesterona sérica a la mitad de la fase lútea Dispositivo con facho predictivo de ovulación Concentración folicular de FSH = concentración de estradiol (reserva ovárica) = Concentración de hormona antimulleriana (AMH) = Medidas séricas (TSH, prolactina, andrógenos) = Ecografía ovárica (recuento de folículos antrales) = Curva de temperatura basal = Biopsia endometrial (defecto de la fase lútea)
Patología tubarie/pélvica	Histerosalpingografía Laparoscopia con cromotubación
Factor uterino	Histerosalpingografía Ecografía transvaginal Ecografía con solución salina Imagen por resonancia magnética Histeroscopia Laparoscopia
Factor cervicouterino	= Prueba poscoital
Factor masculino	Análisis del semen

FSH, hormona foliculostimulante; TSH, hormona estimulante de la tiroides.

## CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

- Factores ambientales
- Tabaquismo
- Alcohol
- Cafeína
- Control de Peso

## Corrección de la disfunción ovárica

- Hiperprolactinemia
- Hipotiroidismo

- Madre sustituta
- Donación de óvulos
- Transferencia intratubaria de gametos
- Transferencia intratubaria de cigotos
- Criopreservación del embrión
- Criopreservación de ovocitos
- Maduración in vitro

## Tratamiento

**Ejercicio**  
Las deportistas de alto rendimiento a menudo experimentan amenorrea, ciclos irregulares, disfunción lútea e infertilidad

## Nutrición

### Manejo del estrés

- Corrección de la causa identificada
- Corrección de la disfunción ovárica
- Inducción de la ovulación
- Citrato de clomifeno
- Sensibilizadores a la insulina
- Gonadotropinas
- Inhibidores de la aromatasa

# Tipos de Laser en Ginecología

# Uso del Laser en ginecología

## Láser fraccionado CO2 como tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia

**Laser CO2**  
Es el más utilizado en endoscopia ginecológica.

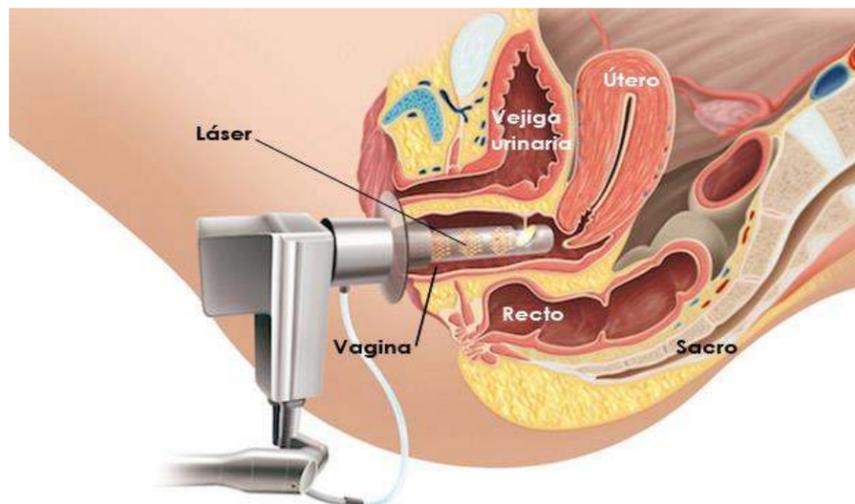
**Laser de Neodimio: YAG (Yttrium-aluminium-garnet)**  
Tiene una longitud de onda de emisión de 1.064 nm, que le da la posibilidad de ser transmitido por una fibra óptica flexible, visible y de fácil manejo.

**Láser KTP**  
variante del láser de Nd: YAG, Su característica fundamental es que su penetrancia oscila entre los 0.3 a 2 mm en el tejido, con lo cual es bastante seguro para utilizarlo en cirugía endoscópica

Este tipo de laser se transmite a través de líquidos ya que estos no lo absorben, esto le confiere su utilidad en cirugía histeroscópica

**Láser de argón**  
Se trasmite por aire y líquidos, tiene un buen poder coagulante y hemostático sobre los vasos de pequeño y mediano calibre y los tejidos pigmentados con hemoglobina lo absorben selectivamente.

**Láser de Holmium**  
buen efecto coagulador y también capacidad de vaporización. Sin embargo, su alto precio lo hacen poco difundido en cirugía endoscópica ginecológica



El láser fraccionado de CO2 es una opción terapéutica no hormonal efectiva, sencilla, bien tolerada y sin efectos adversos, para el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia.

La terapia "antiaging", ofrece una serie de alternativas para eliminar los daños o efectos deletéreos que el envejecimiento fisiológico

produce en el organismo, restaurando, regenerando o restableciendo el aspecto y funcionalidad normal de nuestro cuerpo.

Tratamiento de los casos de neoplasia intraepitelial de cérvix (CIN), neoplasia vulvar intraepitelial (VIN), neoplasia vaginal intraepitelial (VAIN) y enfermedad condilomatosa

Se aplica la tecnología láser, que facilitará que el propio organismo active los mecanismos biológicos propios de reparación tisular.

Puede ser utilizado con mayor facilidad en la cirugía endoscópica, ofreciendo nuevas alternativas terapéuticas para el tratamiento de la endometriosis y el síndrome adherencial

El láser CO2 es considerado actualmente como el más versátil y seguro y con los últimos avances en los sistemas de transmisión del haz de luz

Esta respuesta origina una rápida y temporal alteración en el metabolismo celular caracterizada por un incremento masivo en la producción de las proteínas de respuesta (Heat shock proeins) presentes en las células del organismo.

El mecanismo de acción se basa en la generación de una respuesta suprafisiológica en los niveles de calor que inducen una HRS local en la zona tratada.

El efecto térmico del láser activa las HSP que estimulan a los fibroblastos, que producirán colágeno maduro y nuevas fibras elásticas, incrementando la angiogénesis, el flujo vascular y la permeabilidad de la mucosa vaginal

Para la llegada de numerosos nutrientes a la lámina propia, formando nuevos componentes de la matriz extracelular, así como la hidratación y la regeneración del epitelio vaginal

Un efecto agudo termo-ablativo inicial intenso, que produce la ablación de la zona epitelial de la mucosa atrófica vaginal con bajo contenido en agua

Para conseguir el efecto deseado por el láser de CO2 microablativo y fraccionado se emite un pulso determinado en 2 fases

Seguido de un efecto térmico prolongado que facilita la proliferación del colágeno y del tejido conjuntivo

El uso del láser fraccionado de CO2, específicamente diseñado para la mucosa vaginal con unos parámetros predeterminados, ha sido publicado como tratamiento eficaz para los síntomas del síndrome genitourinario en menopausia sin efectos secundarios, lesiones posteriores y muy bien tolerado por las pacientes.

# Bibliografía

