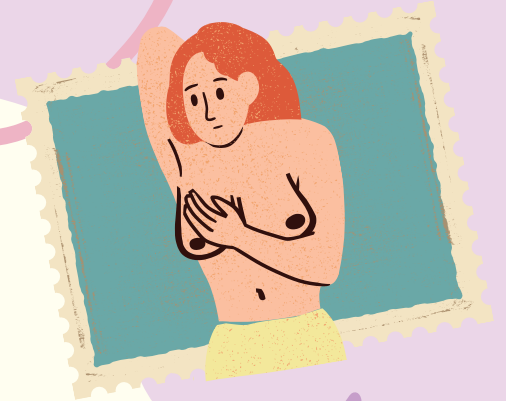


Clínica de
EMQ 2023



COMPILADO MAPAS MENTALES

Patología Ginecológicas
más frecuente



ABORTO

ENTIDADES

1. GCO para comprobar vitalidad fetal
2. Grupo y RH
3. Pruebas de coagulación
4. VDRL/RPR, VIH o exs según servicio
5. Hemograma-VHS-PCR ante infección
6. Orina completa + Urocultivo
7. Cultivos vaginales

EXÁMNES

FACTORES DE RIESGO

- Edad materna avanzada.
- Aborto espontáneo anterior.
- Consumo de alcohol, drogas, tabaco, agentes teratogénos, toxinas, fármacos, etc.
- Infecciones maternas (sífilis, vaginosis bacteriana, VHS, citomegalovirus, toxoplasmosis, entre otros).
- Medicamentos: AINEs, Misoprostol, Metotrexato, Retinoides.
- Anomalías uterinas
- Embarazo con DIU.

TRATAMIENTO

AMCU

Aspiración manual del contenido uterino mediante una cánula plástica, que utiliza una jeringa de 60 ml., bajo anestesia es un procedimiento ambulatorio y se utiliza después del uso de Misoprostol.

LUI

Limpieza uterina instrumental. Corresponde a la extracción de tejido dentro del útero. Se debe hospitalizar para realizar el procedimiento.

Farmacológico

Tratamiento con Misoprostol. Aborto retenido: Esquema 100-200 ug en fondo de saco posterior o en OCG. Si no hay expulsión o inicio de trabajo de aborto, repetir dosis a las 4 horas, hasta 4 veces. Reacciones Adversas: Cefalea, mareos, náuseas y vómitos, estreñimiento, dispepsia, diarrea, flatulencias, dolor abdominal.

Departamento Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE
Integrantes:
Carolina Miranda
Carolina Mora
Pilar Molina
Francisca Navarro

DEFINICIÓN

Interrupción de la gestación antes de lograr viabilidad fetal <22 semanas de gestación o < de 500 gramos

ETIOLOGÍA

- Causas maternas**
- Endocrinológicas
 - Anomalías uterinas
 - Inmunológicas
 - Infecciones virales
 - Intervenciones quirúrgicas abdominales
 - Exposición a radiaciones
 - Ingestión de drogas
- Causas ovulares**
- Corresponden al 60% del total de abortos y se asocian a abortos precoces (antes de las 12 semanas)
- Anomalías cromosómicas: Trisomías autosómicas, triploidia o tetraploidia, monosomía X.

SIGNOS DE MAL PRONÓSTICO EN GCO

- Hallazgos diagnósticos de falla prematura del embarazo**
- Embrión con LCN \geq 7 mm sin LCF.
 - Saco gestacional \geq 25 mm sin embrión.
 - Ausencia de embrión con LCF en 2 ecografías separadas por \geq 14 días en caso de saco gestacional sin saco vitelino.
 - Ausencia de embrión con LCF en 2 ecografías separadas por \geq 11 días en caso de saco gestacional con saco vitelino.

AMENAZA DE ABORTO

Presencia de contracciones uterinas, dolor en la zona hipogástrica hasta la región sacra.

- Contener y tranquilizar a la usuaria
- No hospitalizar
- Reposo en decúbito lateral
- Abstinencia sexual
- Uso de antiespasmódicos orales para el dolor

SÍNTOMA DE ABORTO

Presencia de contracciones uterinas dolorosas con sangrado variable igual o menor a una menstruación a través del OCG.

- Contener y tranquilizar a la usuaria
- Realizar GCO, No hospitalizar
- Reposo en decúbito lateral
- Abstinencia sexual mientras dure el sangrado
- Control con Médico y ecográfico a la semana

ABORTO INEVITABLE

Embarazo con mal pronóstico, pero no necesariamente finalizará en aborto. Criterios de Inevitabilidad: Cuello dilatado, Huevo roto, Huevo infectado, Desprendimiento ovular y Metrorragia importante.

- Siempre Hospitalizar
- Cuello dilatado: en presencia de CUD esperar trabajo de aborto espontáneo en las primeras 6-24 horas. Posteriormente, comprobar con GCO embarazo indemne o presencia de restos ovulares.
 - Huevo roto (rotura membranas): Embarazo <25 sem. con embrión vivo hospitalizar durante 5 a 7 días. En caso de infección realizar screening infeccioso y tto. ATB. Alta con educación en signos de alarma. Control + GCO c/2 sem hasta sem 24. Desde sem 25 controlar polilincina ARD.
 - Huevo infectado: Metronidazol (500mg/6horas x 7 días)+Ceftriaxona (1gr IV diario x 5-7 días). Ante mejora: alta con control + GCO semanal.
 - Desprendimiento ovular: Hospitalizar, realizar GCO para ver vitalidad y esperar evolución espontánea. Gestionar analgesia en caso de dolor.
 - Metrorragia: GCO para evaluar vitalidad. Dejar en evolución espontánea. Ante cese de la metrorragia, alta con control + GCO a la semana. Educación signos de alarma.

ABORTO EN EVOLUCIÓN

Embarazo no viable, con CUD frecuentes, dilatación del OCG y borramiento del cuello. A través del cuello se pueden palpar partes ovulares o fetales.

- Hospitalizar
- Contener a la usuaria, informar, resolver dudas, junto a persona significativa
 - Manejo del dolor
 - Tras expulsión del producto, evaluar la cantidad del sangrado para determinar legrado inmediato o diferido
 - Valorar condición hemodinámica

ABORTO INCOMPLETO

Presencia de restos ovulares o partes embrionarias o fetales dentro de la cavidad uterina.

- Hospitalizar
- En GCO se visualiza un diámetro del endometrio mayor o igual a 15mm
 - Contener a la usuaria, informar, resolver dudas, junto a persona significativa
 - Manejo del dolor
 - Tratamiento instrumental
 - Alta al Día siguiente

ABORTO COMPLETO

Eliminación total de los restos ovulares y embrionarios o fetales, disminución del dolor y sangrado, disminución tamaño del útero y cierre del cuello (a las 72 horas).

- Confirmación mediante clínica (o GCO)
- Alta
- Abstinencia sexual por 2 semanas
- Educar sobre posible metrorragia
- Anticoncepción
- Control en Policlínico

ABORTO RETENIDO

Embrión o feto en la cavidad uterina sin frecuencia cardíaca o saco gestacional sin embrión. No presenta síntomas y es diagnosticado por GCO.

- Realizar GCO TV para evaluar la ausencia de LCF o ausencia de embrión
- Toma de una segunda GCO TV 2 semanas después para corroborar cuadro
- Ante la confirmación, hospitalizar para evacuar útero
- Inducción con Misoprostol, evaluar UV, metrorragia y posible expulsión del embrión o feto
- Manejo del dolor
- Legrado si falla del tto farmacológico (6 hrs posterior a última dosis)
- GCO confirmatoria

ABORTO INDUCIDO

Le N° 21.030 regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales:

- Peligro para la vida de la mujer
- Inviabilidad fetal con causa letal
- Embarazo por violación

ABORTO SÉPTICO

Cualquiera de las etapas de aborto asociada a estado afebril ($T^{\circ} > 38^{\circ}C$) en dos tomas separadas por 6 hrs. Se caracteriza por la presencia de CUD, flujo purulento por OCG con o sin mal olor, con o sin compromiso peritoneal, miometrial o de los anexos.

ABORTO CON DIU

Embarazo no viable en usuaria portadora de DIU y que además esté cursando cualquiera de las etapas del aborto. Se considera aborto séptico con fiebre $> 38^{\circ}C$

- Bajo Riesgo** (gestación < 8 sem, fiebre < 24 hrs, sin compromiso anexial, miometrial o peritoneal)
- Hospitalizar
 - Régimen hídrico por 6 hrs
 - Administrar ATB: 1° Línea (Clindamicina 20-40 mg/Kg en 3 o 4 dosis IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM 1 dosis diaria. Al 3° día se puede bajar dosis de Clindamicina por vía oral. Duración: 5 a 7 días).
- Alto Riesgo** (gestación > 8 sem, fiebre > 24 hrs, compromiso anexial, miometrial o peritoneal y flujo purulento por OCG)
- Hospitalizar
 - Régimen hídrico por 6 hrs
 - Administrar ATB: 1° Línea (Clindamicina 20-40 mg/Kg en 3 o 4 dosis IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM 1 dosis diaria. Al 3° día se puede bajar dosis de Clindamicina por vía oral. Duración: 5 a 7 días).

LEGY DOMINGA
Proceso respetado, privado, acompañado en todo momento, presencia de equipo multidisciplinario



Integrantes: Katalina Almendras, Sofia Calderon, Yasmin Quezada



Bibliografía: Guía Perinatal 2015, Manual Ginecología y Obstetricia PUC 2022



Elaborado por:
 • Paloma Díaz
 • Rossiel Díaz
 • Francisca Gálvez
 • Daniela Labarca

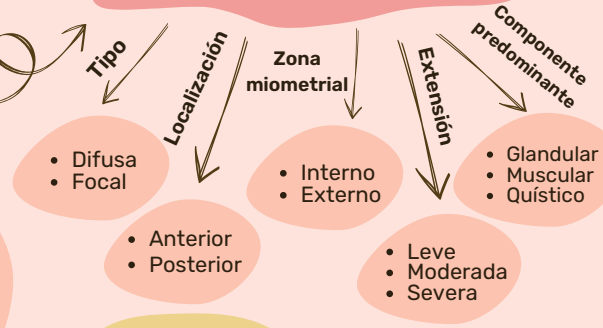
Adenomiosis



¿Qué es?

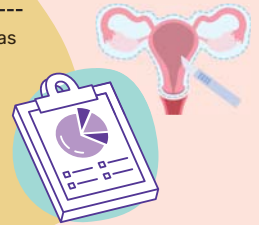
Enfermedad ginecológica benigna, estrógeno dependiente. El tejido endometrial (glandular y estromal) invade las profundidades del miometrio, induciendo hipertrofia e hiperplasia de este.

¿Cómo se clasifica?



Epidemiología

- Presente en el 20-35% de las mujeres en edad fértil.
- Más frecuente en mujeres perimenopáusicas.
- Puede llegar a presentarse hasta en el 70% de los especímenes de hysterectomías.



Etiopatogenia

Las glándulas y el estroma endometrial en el miometrio inducen

- **Hipertrofia**
- **Hiperplasia**

que resulta en

Agrandamiento difuso del útero



Etiopatogénesis DESCONOCIDA

2 teorías

Invaginación del endometrio basal en el miometrio debido a trauma endometrial.

Metaplasia de novo a partir de células embriológicas mullerianas pluripotenciales.

Factores de riesgo

Exposición a estrógenos

(menarquia temprana, ciclos menstruales cortos, IMC elevado, uso de tamoxifeno, etc.)

Multiparidad

Ant. de cirugías uterinas previas

Tratamiento médico conservador

- DIU-LNG
- Dienogest
- ACO
- Análogos de GnRH

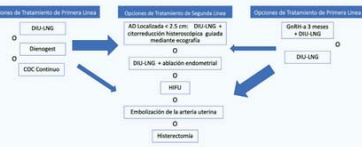
Tratamiento

Puede dividirse en 2

Tratamiento médico conservador

Tratamiento quirúrgico

Síntomas moderados y útero < 100-150 ml



- Citorreducción histeroscópica
- Ablación endometrial
- Embolización de la arteria uterina
- Ultrasonido focalizado de alta intensidad
- Histerectomía

Tratamiento quirúrgico

Diagnóstico

- Ecografía transvaginal
- Resonancia magnética
- Estudio histopatológico del útero

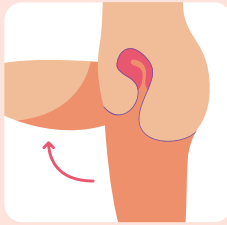


Manifestaciones clínicas

Dolor (dispareunia, dismenorrea y dolor crónico no cíclico)

Sangrado uterino anormal

Infertilidad



Definición
 PIP severo que comprende un compromiso inflamatorio-infeccioso de las tubas uterinas y los ovarios. La principal vía de infección es ascendente desde la vagina al cérvix.

Tratamiento antibiótico endovenoso
 Ceftriaxona 1g c/24 h ev
 Doxiciclina 100 mg c/12 h vo o ev
 Metronidazol 500mg c/12 h vo o ev por 7-10 días.
 (Metronidazol completar 14 días 500mg v.o. c/12 h)

Tratamiento quirúrgico

- Radical
- Conservador
 - No roto → Laparoscopia
 - Roto → Laparotomía

Hospitalización

- Inmediato
- Mediato → 24 - 72 hrs
- Diferido → Posterior al alta a menores de 1 año

ATO >8 cm
 Tumor pélvico (ATO) con reducción menor al 50% del volumen original

Definición

Manejo y Tratamiento

Diagnóstico

- Criterios mayores**
- Dolor a la palpación del fondo uterino
 - Dolor a la movilización cervical
 - Dolor a la palpación de anexos
- Criterios menores**
- Flujo cervical anormal o descarga
 - Fiebre
 - Leucocitosis mayor a 10.000
 - Aumento de leucocitos en FG
 - VHS y/o PCR elevados
 - Test (+) para Gonorrea o Chlamydia

- Imágenes**
- Laparoscopia → Gold Standard
 - Laboratorio
 - Hemograma
 - VHS
 - PCR Chlamydia y Gonococo
 - BHCG

ATO

ABSCESO TUBO OVÁRICO

Clínica y Examen Físico

- MANIFESTACIONES CLÍNICAS**
- Dolor abdominal infraumbilical, mayor en el hipogastrio
 - Metrorragia irregular
 - Uretritis
 - Fiebre
- EXAMEN GINECOLÓGICO**
- Flujo genital de mal olor, purulento a través del OCE
 - Dolor a la palpación del fondo del útero y anexos
 - Dolo a la movilización cervical
 - Masa palpable sensible y fija

Conductas matrona

- INGRESO HOSPITALARIO**
- Asignar unidad y revisar de historia clínica
 - Examen físico general y segmentario con enfoque de riesgo
 - Ingreso administrativo y clínico, dentro de éstos asegurar que se haya leído y firmado el consentimiento informado
 - Revisión de exámenes y toma de nuevas indicaciones
 - Prevenir la enfermedad trombotica
 - Aplicar pautas (UPP y riesgo de caídas)
 - Elaborar el plan de matronería
 - Resolver dudas de la usuaria
- ALTA**
- Asegurar que se cumplan los requisitos de alta
 - Entregar educación y papeles de:
 - Epicrisis (verificar que entienda indicaciones)
 - Protocolo de operación
 - Recetas de medicamentos
 - Cornet de alta
 - Resultados de exámenes + exámenes externos al servicio
 - Indicar fecha de control médico si corresponde

Fisiopatología



Microbiología

- ITS
- Neisseria Gonorrhoeae
 - Chlamydia Trachomatis
- Flora endógena
- Micoplasma Hominis
 - Escherichia Coli
 - Klebsiella Pneumoniae

Factores Protectores

- MAC tipo barrera
- ACO combinado
- Salpingectomía

Factores de Riesgo

- Inicio precoz de la actividad sexual
- Alta frecuencia de coito
- Alta frecuencia de cambio de pareja
- Coito durante la menstruación
- No utilizar preservativos de barrera
- Uso de DIU
- Vaginosis bacteriana
- Antecedente de PIP o infección por Gonococo o Chlamydia previa



Integrantes: Liz Álvarez, Andrea Bustos, Isaac Quiroga, Tiare Vargas.



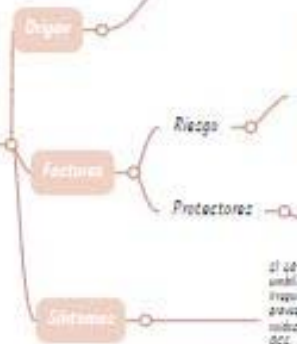
ATO

¿Que es el Absceso Tubo-Ovárico (ATO)?

Corresponde a una complicación del Proceso inflamatorio pélvico. El ATO es la pérdida de la estructura normal de uno o ambos anexos que puede contener una colección de fluidos.

Los abscesos pélvicos más prevalentes suelen ser ITD (Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis); las bacterias anaerobias e incluso la misma flora vaginal pueden ser causantes del proceso infeccioso. Los PIP más avanzados suelen ser abscesos poliorbitarios. Existe la posibilidad de que el PIP sea producto de la instrumentación uterina como, la dilatación, curetaje, aborto provocado o inserción DIU.

Proceso inflamatorio/infeccioso del tracto genital superior femenino y/o estructuras contiguas, es un proceso que adquiere el nombre de la estructura a la cual compromete. La principal vía de infección es ascendente desde la vagina o cérvix.



Riesgo: Inicio precoz actividad sexual, Alta frecuencia cambio de pareja sexual (>2 en 6m) y de coito (>5 en una semana, No uso de anticoncepción de barrera, Antecedente de PIP o infección por gonorrea o clamidia, Uso de DIU (3-4 semanas post inserción), Vaginosis bacteriana, Bajo nivel socioeconómico (aducción), Tabaquismo, Coito durante la menstruación.

Protectores: MAC tipo barrera, ACO combinada, Embarazo, Esterilización quirúrgica.

Síntomas: El 40% con dolor: Dolor abdominal (localizado en zona umbilical o el sistema urinario, asociado o no con meteorología irregular, flujo genital de mal olor, uretritis y flujo. En casos graves se puede presentar flujo, signos de irritación peritoneal, náusea, íleo paralítico abdominal, flujo purulento a través del OCU, dolor a la movilización cervical y a la palpación del fondo uterino y los anexos. Dolor en un lado o el otro puede indicar salpingitis. Si se palpa una masa, se más probable un ATO.

Ceftriaxona 1g c/12h EV + Doxiciclina 100mg c/12h VO por 48h (completar 14d con Doxiciclina 100mg c/12h VO) + Metronidazol 500mg VO o Clindamicina 300mg c/8h VO por 14d

Clindamicina 900mg c/8h EV + Gentamicina 3mg/Kg/d EV o IM por 48h (completar 14d con Doxiciclina 100mg c/12h VO) + Clindamicina 300mg c/6h por 14d

Manejo: Siempre hospitalizado con antibióticos endovenosos

Objetivo Terapéutico:

*ATO: Conservar ovario
*ATO roto: conservar vida



Imagenología

La ecografía TV tiene gran utilidad para la observación de los Abscesos Tubo-Ovárico, con un mejor rendimiento a mayor tamaño de la lesión.

¿Qué es el PIP?

Diagnóstico

Criterios de Hager y CDC

Mayores: dolor a la palpación del fondo, anexos y movilización cervical.

Menores: flujo cervical anormal, T° oral >38,3°C, Leucocitosis >10.000, aumento de leucocitos en flujo vaginal, VHS y/o PCR elevadas, complejo anaxial al ex físico o ecoTV, test (+) cervicovaginal para N.Gonorrhoea o C. Trachomatis.

Entidades Clínicas

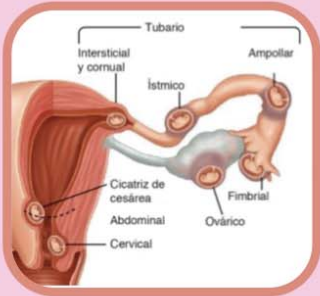
- ATO
- Endometritis
- Endometritis-Salpingitis
- Poliperitonitis
- Peritonitis difusa

Tratamiento

No existe el manejo expectante. Si la paciente presenta al menos 1 de los criterios mayores, se inicia tratamiento empírico. Ambulatorio u hospitalario.

Quirúrgico

- Radical
- Conservador
- Inmediato



Tubario
Ovárico
Cervical
Abdominal
Cicatriz de cesárea

- Interferencias en la función normal de la tuba.
- Ventana de implantación tubaria.
- Cambios hormonales.
- Defectos cromosómicos.

- Antecedente de EE.
- Patología tubaria.
- Antecedente de cirugía tubaria y abdominopélica.
- Exposición in útero a DES.
- Antecedente de PIP.
- Infertilidad.
- Fertilización asistida.
- Edad >35 años.
- Tabaquismo.



EE no complicado:
 Atraso menstrual,
 metrorragia o
 spotting. Paciente
 hemodinámicamente
 estable.

1-2 % de las gestaciones.
 Responsable del 10-15% de
 muertes en el embarazo y
 80-90% de muertes en el
 primer trimestre.

EPIDEMIOLOGÍA

FISIOPATOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO

PRESENTACIÓN CLÍNICA

EE complicado: Rotura
 de la tuba uterina.
 Amenorrea + dolor
 hipogástrico + tumor
 anexial.
 * Signo de Blumberg



EMBARAZO ECTÓPICO

Fecundación de un óvulo
 que se implanta y madura
 fuera de la cavidad uterina.

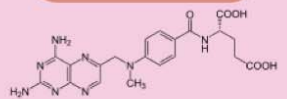
¿QUÉ ES?

TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Expectante
 Paciente
 asintomática,
 clínicamente
 estable.

Médico
 Uso de
 Metotrexato.
 Útil en EE no
 tubarios.



Quirúrgico
 Conservador
 (salpingostomía
 lineal) o radical
 (salpingectomía).

BIOPSIA
 Diagnóstico
 definitivo:
 Histológico.

Anamnesis + Examen físico dirigido

Valor β-HCG: Zona discriminación
 >3.500 mUI/ml

Ecografía Transvaginal
 Observar saco gestacional, saco vitelino o embrión en
 posición extrauterina.
 Masa hipocogénica para-ovárica VPP 80% de EE.
 Pseudosaco gestacional

Valores de referencia en embarazo normal

SEMANAS DE GESTACION	RANGOS mUI/ml
3 - 4	9 - 130
4 - 5	75 - 2600
5 - 6	850 - 20800
6 - 7	4000 - 100200
7 - 12	11500 - 289000
12 - 16	18300 - 137000
16 - 29	1400 - 53000
29 - 41	940 - 60000

USA HCG REFERENCE SERVICE

Carvajal, J; Barriga, M. Obstetricia y Ginecología [Internet]. Chile: Facultad de Medicina UC; 2022. [Revisado 06 Abril 2023]. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf

Hoffman, L. Williams Ginecología [Internet]. McGraw-Hill, 3ª Edición, 2017. [Revisado 07 Abril 2023]. Disponible en: https://www.bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/?fulldisplay24ocid=alma991007531167003936&context=1&vid=56UDC_INST:56UDC_INST&lang=es&search_scope=Mvinst:and C1&adaptor=local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any:ntains:williams%20ginecologia



Karla Herrera
 Jeanette Miranda
 Betsy Pastén



01 ¿QUE ES?

Es la implantación anómala de un ovocito fecundado, es decir, en un lugar a la cavidad endometrial



ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA 02

EPIDEMIOLOGÍA:

- 1-2% de las gestaciones
- Responsable del 10-15% de muertes en el embarazo y 80-90% de muertes en el 1er trimestre



ETIOLOGÍA:

- Defecto congénito en tubas uterinas
- Endometriosis
- Antecedente de embarazo ectópico
- Cicatrización a raíz de infecciones pasadas o cirugía de los órganos femeninos

03 CUADRO CLÍNICO

EE sin rotura: Sangrado variable (metrorragia o spotting) que se puede acumular en peritoneo que provocará dolor crónico tipo cólico.

Hemodinámicamente estable.

EE con rotura de tuba uterina: Precedida por dolor intenso persistente por el hemiabdomen inferior.

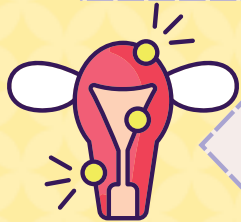
Con sangrado profuso, puede haber compromiso hemodinámico

Tumor anexial palpable



CLASIFICACIÓN 04

Lugar: Tubario, Ampular, Istmio, Infundíbulo y fimbrias, Intersticial, Ovárico, Abdominal, Cervical
 Momento: Abdominal primaria: implantación inicial a nivel abdominal. Abdominal secundaria: el huevo se implanta a nivel abdominal luego de una Rotura.
 Evolución crónico: no complicado y complicado



FACTORES DE RIESGO 05

- Tabaquismo
- EE previo
- Esterilización quirúrgica
- Uso de DIU
- Fertilización in vitro
- Enfermedades inflamatorias pélvicas
- Antc. de clamidia y gonococo
- Antc. que provoque daño estructural de la trompa a nivel endotelial



06 DIAGNÓSTICO

Sospecha:

- Anamnesis + examen físico
- Valor de B-HCG se encuentra en fase meseta (los valores se mantienen o no duplican en 48 hrs)

Confirmación:

- Ecografía transvaginal: observar saco gestacional, saco vitelino o embrión fuera de cavidad uterina



07 TRATAMIENTO

Tto expectante:

- Monitoreo hasta recuperación (paciente asintomática y clínicamente estable)



Tto farmacológico

- **Metotrexato:** Reduce multiplicación celular del tejido trofoblástico, 1mg/kg o 50mg/m2



Tto quirúrgico:

- Conservador salpingostomía laparoscópica (abre la trompa)
- Radical: salpingectomía (se saca trompa dañada)



Endometriosis

Si hay contraindicación de ACO combinado se puede utilizar

1. Progestágenos
2. Agonistas GnRh
3. Danazol

ACOs combinados: disminución flujo menstrual, atrofia y apoptosis tejido endometrial ectópico

AINES naproxeno e inhibidores SOX2

Eco transvaginal: buen rendimiento en endometriomas

Resonancia magnética: útil en evaluación prequirúrgica

Sangrado intermenstrual

Álgia pélvica: dismenorrea, disquecia o crónica.

- Riesgo
1. Antecedente familiar 1º grado
 2. Retraso maternidad
 3. Nuliparidad
 4. Menarquia temprana
 5. Menopausia tardía
 6. Ciclos <27 días

- Principales indicaciones
1. Álgia pélvica moderada a intensa sin respuesta a tto médico
 2. Nódulo en tabique recto vaginal sintomático
 3. Endometriomas
 4. Infertilidad

Conservador: extirpación o ablación de implantes endometriósicos y eliminación de adherencias pélvicas

Radical: histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral y remoción de lesiones remanentes



Es una enfermedad crónica e incurable que requiere tratamiento hasta la menopausia

Médico

Tratamiento

Enfermedad hormono dependiente causada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, principalmente en el peritoneo y órganos extrapelvicos. Induce una reacción inflamatoria crónica.

Definición

Prevalencia

2-10% en mujeres en edad reproductiva

30-80% en mujeres con dolor pélvico crónico

20-50% en mujeres que consultan por infertilidad



Etiología

Teoría del transporte de fragmentos de endometrio vía vascular o linfática

Teoría menstruación retrógrada:

Teoría celómica

Falla de los mecanismos inmunológicos

Diagnostico

Biopsia: confirmación anatomopatológica

Anamnesis: dismenorrea, dispareunia, álgia pélvica

Examen físico: características dependen del tipo de endometriosis

Laparoscopia: Gold Standard

Sintomatología

Triada

Factores

Protectores

1. Multiparidad
2. Lactancia prolongada
3. Menarquia tardía
4. Uso de ACO a largo plazo
5. Ejercicio regular

Fisiopatología

En última instancia, los focos producen inflamación producto de macrófagos activados y citoquinas pro inflamatorias

Los focos endometriósicos consisten en glándulas y estroma idénticos al endometrio. Contienen receptores de estrógeno y progesterona, por lo que crecen, se diferencian y sangran en respuesta a cambios hormonales

Los focos pueden autosostenerse o retro degradar

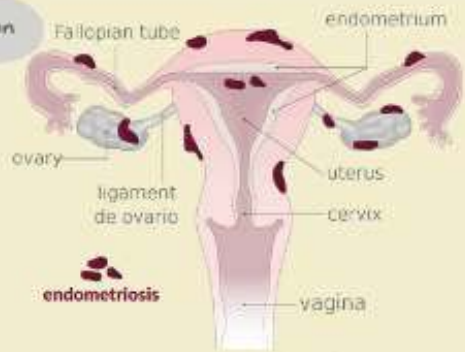
Clasificación

Extra pélvica

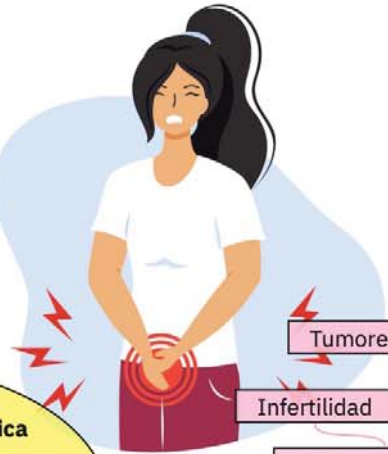
Peritoneal

De infiltración profunda

Ovarica



Luis Arancibia
 Cynthia Soto
 Camila Vasquez
 Catalina Yañez



Es una enfermedad crónica inflamatoria benigna, hormono dependiente. Se caracteriza por la presencia de tejido glandular y estromal fuera de la cavidad uterina.

- DIAGNÓSTICO**
- Anamnesis
 - Examen físico
 - Ecografía TV
 - Laparoscopia + Biopsia (GS)



Bibliografía
 H. Sovino, R. González. Endometriosis. Alfredo Pérez Sánchez. Ginecología. Cuarta edición. Mediterráneo. 2014. p.309-321.
 Jorge A. Carvajal Cabrera. Endometriosis. Manual Obstetricia y Ginecología. Décimo cuarta edición. p.598-605.

ENDOMETRIOSIS

FISIOPATOLOGÍA

EPIDEMIOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO

TRATAMIENTO

- Tratamiento médico:**
- AINES
 - Anticonceptivos Orales Combinados
 - Progestágenos
 - Agonistas GnRh

- Tratamiento Quirúrgico**
- Manejo conservador:
Fulguración de focos de endometriosis superficial o peritoneal, escisión de lesiones, quistectomía, salpingectomía, resección de lesiones que invadan órganos adyacentes.
 - Manejo Radical:
HTT + Salpingooforectomía bilateral



Teoría de Sampson (menstruación retrógrada)

ETIOLOGÍA

CLASIFICACIÓN (ASRM) según extensión laparoscópica

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
GRADO I (MÍNIMA)	Lesiones aisladas y sin adherencias
GRADO II (LEVE)	Implantes superficiales endometriales menor a 5 mm.
GRADO III (MODERADA)	Implantes múltiples superficiales o invasivos. Se pueden observar adherencias alrededor de las trompas o del ovario.
GRADO IV (SEVERA)	Implantes múltiples, superficiales y profundos que incluyen grandes quistes de tejido endometrial en el ovario (endometriomas). Usualmente se observan adherencias con gran extensión.

- EPIDEMIOLOGÍA**
- 2 - 10% Mujeres en edad reproductiva.
 - 20- 50% Mujeres que consultan por infertilidad.
 - 30- 80% Mujeres que consultan por algia pélvica crónica.

- FACTORES DE RIESGO**
- Obstrucción del flujo menstrual
 - Exposición prolongada a estrógenos endógenos.
 - Ciclos menstruales cortos
 - Exposición a sustancias disruptivas endocrinas

- SIGNOS CLÍNICOS**
- Tumores pélvicos
 - Infertilidad
 - Algia pélvica

Autoras:
 Isidora Azúa
 Fabiana Gutiérrez
 Francisca Moreno

Incontinencia de orina

Pérdida involuntaria de orina por uretra objetivamente demostrable.

Epidemiología

En Chile se estima un 62% prevalencia en mujeres sobre 30 años

Se estima que el 20% de las mujeres entre 45 y 59 años reportan incontinencia diaria o severa, y 1/3 reporta incontinencia semanal.

Afecta a un 30% de las mujeres adultas, y hasta el 50% mujeres de la tercera edad

Factores de riesgo

Síntomas

> Edad (IUE 46-50 años y IUU 51-55 años)
Raza blanca
Hipoestrogenismo
Obesidad (proporcional al IMC)
Multiparidad - instrumentación del parto
Tabaquismo
Estreñimiento
Complicaciones neurológicas: ACV, demencia, vejiga neurogénica, etc.
Historia familiar

- Presión o espasmo en zona pélvica.
- Polaquiuria (>8 veces/día)
- Disuria.
- Nocturia (>8 días, >2 meses).

Tipos

IUE

IUU

IUM

Definición

Pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal.

Pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia (deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar).

Percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo.

Diagnóstico

- Anamnesis
- Examen pélvico
- Estudio microbiológico (Urocultivo)
- Cartilla miccional
- Prueba de estrés
- Cistometría simple
- Medición del residuo post miccional
- Test Parthes
- Estudio urodinámico mono y multicanal

- Anamnesis
- Urgencia: súbito y fuerte deseo de orinar.
- Frecuencia: 8 o más micciones en 24 horas o nicturia 2 o más veces.
- Urge incontinencia: pérdida súbita e involuntaria de orina.

- Anamnesis
- Examen pélvico
- Cistometría simple
- Urodinamia multicanal

Tratamiento

Conductual, dispositivos y/o quirúrgico

Conductual y/o farmacológico

Entrenamiento vesical (kinesiología)
Eliminación de irritantes vesicales
Resolución quirúrgica



A MÉTODOS

- Anamnesis
- Revisión ficha clínica
- Tablas de diagnóstico diferencial
- Examen clínico (Especuloscopia para ver pérdida de orina tras Valsalva, tacto vaginal para evaluación piso pélvico con Kegel)

B DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico	Características	Pruebas
... (text partially obscured)
... (text partially obscured)

C TABLAS

- Escala Sandvik (Derivar >7)
- Diario miccional
- Escala de Oxford: evalúa piso pélvico

GENERALES

- Edad
- Raza
- Estado Hormonal
- Obesidad
- Tabaquismo
- Antecedentes embarazo y parto
- Estreñimiento
- Historia Familiar

3 DIAGNÓSTICO
 IU es síntoma de otro problema de salud y hay otros síntomas que pueden presentar

A NO FARMACOLÓGICO

- Disminuir consumo: alcohol, cafeína y chocolate
- Suspender tabaco
- Manejar constipación
- Aumentar actividad física y mejorar alimentación
- Ejercicios de piso pélvico
- EENTP
- Entrenamiento vesical y diario miccional
- Pesarios

B FACTORES ESPECÍFICOS PARA URGENCIA MICCIONAL

- Edad
- Raza
- Peso

2 FACTORES DE RIESGO

INCONTINENCIA URINARIA
DEFINICIÓN
 Pérdida involuntaria de orina que puede afectar la calidad de vida de una persona.

4 TRATAMIENTOS

B FARMACOLÓGICO

- Estrógenos Vaginales
- Anticolinérgicos (los más usados en Chile son la Oxibutina y el Trosipio)

C FACTORES ESPECÍFICOS PARA IOE

- Multiparidad
- Obesidad
- EPOC
- Menopausia
- Aumento de la edad
- Post Quirúrgico

1 CLASIFICACIÓN Y SUS CAUSAS

5 ROL MATRON/A

C QUIRÚRGICO

- TVT
- TOT

A I. ESFUERZO
 Distensión de tejido periuretral, genera hipermovilidad de la uretra por lo que al aumentar la presión abdominal genera pérdida de orina. (tosar, actividad física, pararse, agacharse, etc.)
 Por deficiencia de los esfínteres, insuficiencia para coaptarse ante esfuerzos

B URGENCIA MICCIONAL/VEJIGA HIPERACTIVA

- Deseo miccional intenso difícil de demorar
- Causa idiopática o multicausal
- Hiperactividad del músculo detrusor, se contrae antes de que la vejiga este llena, incluso genera dolor
- + común en adulto mayor

C I. MIXTA

- Pérdida de orina por esfuerzo y por deseo miccional de urgencia
- Por pérdida del soporte uretral generando salida ante esfuerzo
- Y por estímulo nervioso que genera urgencia y contracción de músculo detrusor.

- Revisión a ficha clínica/anamnesis
- Diagnóstico diferencial
- Aplicación de instrumentos: Sandvik, Oxford, test Parthes (2°), prueba de estrés (2°)
- Antropometría
- Examen Clínico : Valsalva/Kegel
- Exámenes rutinarios y específicos
- Derivación interna
- Derivación Nivel Secundario
- Educación

¿Qué es?

Tumores benignos derivados del músculo liso de la pared uterina (miometrio) que pueden recibir el nombre de Leiomioma o fibroma.



Etiología y epidemiología

Se desconoce la causa pero se sabe que crecen en un ambiente hiperestrógeno por una proliferación monoclonal de las células musculares lisas del miometrio.

20-25% en raza blanca y 50% en la raza negra.
35-54 años es la edad de máxima incidencia.

Clasificación

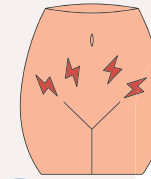
- Subserosos (10%)
- Intramurales (60-70%)
- Submucosos (15-25%)
- Otros



Cuadro clínico

Algunos síntomas:

- Sangrado uterino anormal
 - Presión pélvica y dolor
 - Problemas reproductivos
- Aunque el 50-80% de los casos son asintomáticos



Factores protectores

- Tabaquismo
- Multiparidad
- Menopausia
- Mayor edad en el último embarazo.



Miomatosis



Factores de riesgo

- Afroamericanas
- Edad fértil
- Obesidad
- Antecedente familiar en 1º grado
- Menarquia temprana
- SOP.



Diagnóstico

- Examen pélvico: Tacto bimanual
- Imágenes: Eco tv, histerosonografía, entre otros
- Diagnóstico Diferencial: embarazo ectópico, tumores ováricos, tumores malignos uterinos, mola.



Tratamiento

- Farmacológico: AINES, Sayana Press, análogos de GnRh, anti progestágenos, Modulador del receptor de progesterona, esteroides Androgénicos.
- Quirúrgico: miomectomía, histerectomía total, (HTT), HTT + SOB o radical.



PATOLOGÍAS BENIGNAS DE LA MAMA

ETIOLOGÍA

Rol Hormonal (Estrógeno, Progesterona) en el desarrollo de PPB

Cambios genéticos (Pérdida de heterocigosidad), delección de pequeñas cantidades ADN

Mutaciones en genes: BCRA 1 y BCRA2

PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO

CLASIFICACIÓN

DEFINICIÓN

Grupo de afecciones caracterizadas por cambios en el tejido mamario que no son malignos ni cancerosos.

PATOLOGÍAS DE BAJO RIESGO

PATOLOGÍAS SIN RIESGO

TUMOR PHYLLODE

PAPILOMAS MÚLTIPLES

HIPERPLASIA DUCTAL/LOBULILLAR CON ATIPIA

CARACTERÍSTICAS

Se dan >40 años, presenta lesión fibroepitelial, sólidos indolores, lisos, multinodulares con límites bien definidos y redondeados. Tienen un crecimiento muy rápido

CARACTERÍSTICAS

Es la presencia de proyecciones papilares de células epiteliales y mioepiteliales en el lumen de los conductos terminales de la mama

CARACTERÍSTICAS

Enfermedad precancerosa donde se acumulan células anómalas diferenciadas a las células basales en conductos y/o lóbulos mamarios

CLÍNICA

Se presenta como una tumoración de consistencia fibrosa-elástica, bien delimitada y no adherida a la piel ni a planos profundos, rara la mastodinia y el dolor a la palpación

CLÍNICA

Tumoraciones en los senos, nódulos en la ecografía, generalmente en cuadrantes superiores de la mama. En raras ocasiones pueden presentar secreción por el pezón.

CLÍNICA

No suele presentar protuberancia o masa palpable, no provoca síntomas específicos

DIAGNÓSTICO

EFM, Mx y eco mamaria. Dx diferencial con fibroadenoma.

DIAGNÓSTICO

Examen físico mamas, mamografía, ecografía mamaria

DIAGNÓSTICO

Mamografía, ecografía mamaria

DERIVACIÓN A UPM

FIBROADENOMA SIMPLE

CARACTERÍSTICAS

Nódulo en el lobulillo mamario, Sólido, circunscrito, indoloro, En edades tempranas (<40), Hormonalmente dependiente

CLÍNICA

Nódulo esférico u ovoide, puede moverse, único o múltiple, delimitado por pseudocápsula.

DIAGNÓSTICO

EFM compatible + Mx y/o eco mamaria.

MANEJO

Control c/6 meses con eco y anual si no cambia. Educación, Derivar si cambia algo.

MASTITIS PUPERPERAL

CARACTERÍSTICAS

Período de lactancia, 5-6 días post parto, Agente principal: S. Aureus

CLÍNICA

Fiebre >38,5, Mayoría unilateral, Enrojecimiento, aumento de tamaño, calor local y sensibilidad.

MANEJO

Educación técnica de lactancia, Frío local, Antibioticoterapia, Control 3 a 7 días post inicio tto, AINES por 7 días, ABSCEDADA = DERIVACIÓN N°3

MASTITIS NO PUPERPERAL

CARACTERÍSTICAS

Se relaciona con cicatrices, Secundaria a traumatismos, Infecciones G. Montgomery

CLÍNICA

Lesiones supuradas, Quistes subcutáneos infectados, Forúnculos, Picaduras, Eczema de pezón y areola

MANEJO

Frío local, Antibióticos, Control 3 a 7 días post tto, AINES primeros 3 días luego SOS hasta el 7, Derivación si hay absceso

CONDICIÓN FIBROQUÍSTICA

CARACTERÍSTICAS

Frecuente entre 20-40 años, Se asocia a ciclo menstrual, nulíparas, no consumen ACO, Cambios de consistencia y nodularidad

CLÍNICA

Aumento del tejido fibroglandular por desbalance hormonal (más estrógeno) que causa inflamación.

MANEJO

Anamnesis: mastalgia, nódulos por AEM, derrame del pezón, hábitos (café, chocolate), antecedentes de cáncer de mama, Ingesta de vitamina E 1000 UI, Control 3-6 meses

QUISTE SIMPLE

CARACTERÍSTICAS

Dilatación de conductos galactóforos secundarios y terciarios ocupados por líquidos.

CLÍNICA

Nódulos redondeados u ovalados de consistencia banda y móviles.

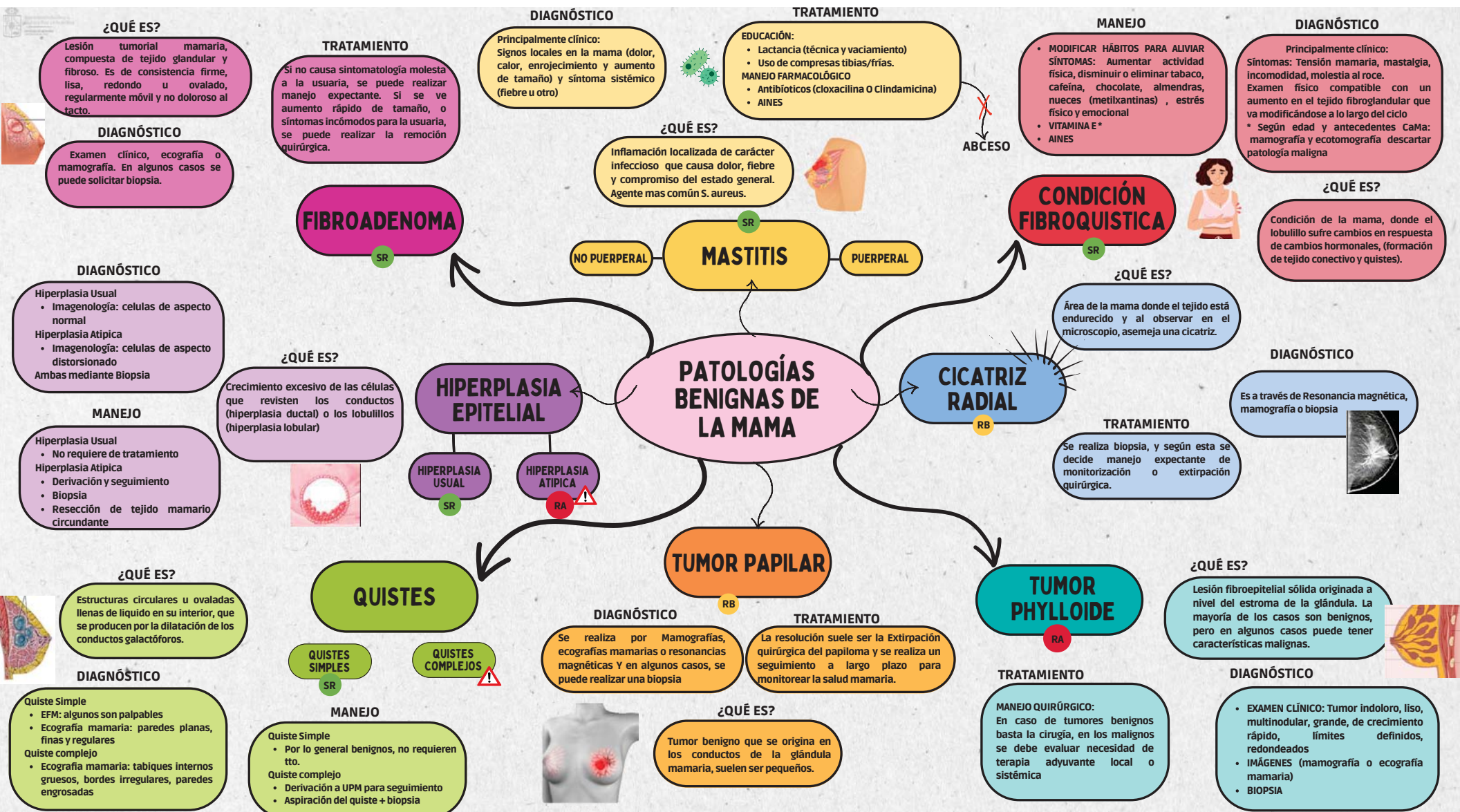
DIAGNÓSTICO

Examen físico por palpación, estudio imagenológico entrega diagnóstico de quiste.

MANEJO

En aquellos palpables se aspira el líquido, Seguimiento 1 vez al año, Quiste palpable se deriva a N°2

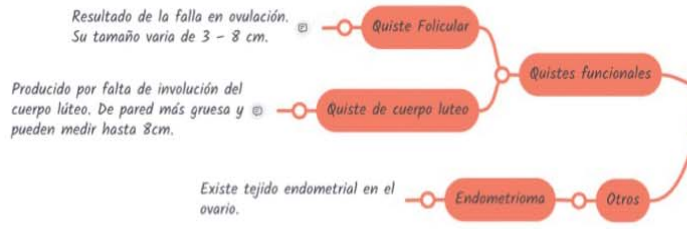
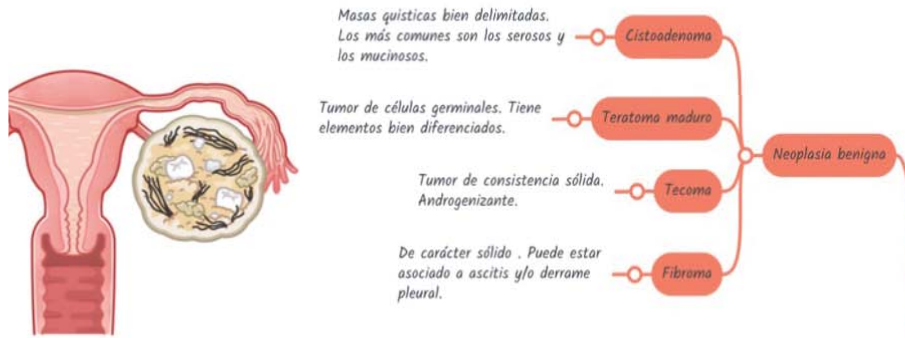
J.L. GALLO VALLEJO, M.P. MAS MASATS, I. VICO ZÚÑIGA, L. AIBAR VILLÁN. MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA. ASPECTOS CONTROVERTIDOS. CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 2013.
• B. LAFARGE-BART, E. BARRANGER. PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA. EMC GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA.
• APUNTES DIPLOMA PATOLOGÍA MAMARIA. CONAC, 2011
• ACEVEDO, JUAN CARLOS; ALIAGA, NUVIA. PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA: INFORMACIÓN PARA EL MÉDICO GENERAL. REV. MED. CLÍNICA LAS CONDES. ENERO 2009, INDD 77
• SANTOS S, JOSÉ ÁNGEL ET AL. TUMOR FILODES DE LA MAMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EN IMAGEN Y ANATOMOPATOLÓGICAS A
• SSWIN-PROFECODO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIAS DE PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA, SEPT. 2012.
• SANTEN RJ. BENIGN BREAST DISEASE IN WOMEN. [UPDATED 2018 MAY 25]. IN: FEINGOLD KR, ANAWAL B, BOYCE A, ET AL, EDITORS. ENDOTEXT [INTERNET]. SOUTH DARTFMOOUTH (MA): MDTEXT.COM; INC; 2000- AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/BOOKS/NBK278994/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278994/)
• B. LAFARGE-BART, E. BARRANGER. PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA. EMC - GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA. V
• APUNTES-DIPLOMA-PATOLOGIA-MAMARIA.
• ACEVEDO, JUAN CARLOS; ALIAGA, NUVIA. PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA: INFORMACIÓN PARA EL MÉDICO GENERAL. REV. MED. CLÍNICA LAS CONDES.





Integrantes:

- Catalina San Martin
- Sebastian González
- Barbara González
- Amy Huatay



Clasificación

Definición
 Tumor o crecimiento que no es canceroso. Es decir, que no se propaga a otras partes del cuerpo ni invade el tejido adyacente. Por lo que no es considerada como peligrosa o grave. Ubicado en los Ovarios

Epidemiología
 1 de cada 10 mujeres desarrollará un tumor anexial. El 20% de las lesiones anexiales son funcionales o benignas.

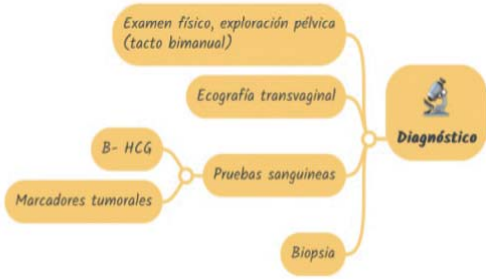
Patologías benignas del ovario

Factores de riesgo

- Quistes → Alteraciones Hormonales
- Neoplasias Benignas → Presencia de cánceres ováricos en familiares directos
- Mujeres en edad fértil, peri y post menopáusica

Sintomatología

- Generalmente asintomático
- Síntomas inespecíficos
 - Dolor pélvico → Sordo / Agudo
 - Sensación de peso
 - Sangrado genital

Manejo



Clasificación



Tumores No neoplásicos

Quiste funcional

Quiste folicular: Se forman cuando el óvulo se está desarrollando en el folículo

Cuerpo lúteo: Se desarrollan a partir de la estructura que se forma tras romperse el folículo y liberar su óvulo

Endometrioma

Producido a partir de tejido endometrial ubicado en el ovario

Infeciosos

Absceso tubo ovárico

Tumores Neoplásicos

Origen epitelial

Cistoadenoma: Neoplasia benigna más frecuente, se clasifican según su histología en seroso, mucinoso y endometriode

Cistoadenocarcinoma seroso: representado por una proliferación epitelial con características de atipia y que forma estructuras papilares de distinto grado de diferenciación

Cistoadenofibroma: estroma fibroso es el componente dominante además del revestimiento epitelial

Origen Germinal

Teratoma: presencia de tejidos extra ováricos derivados de las tres capas germinales. May elementos bien diferenciados, mayoría quísticos, pero puede ser sólido

Origen Gonadal estromal

Tecoma: Tumor de consistencia sólida, androgenizante

Fibroma: tumor de tejido conectivo de carácter sólido y hormonalmente inactivo

Fibrotecoma: Presenta rasgos mixtos de fibroma y de tecoma

Definición

Benigno: no conlleva compromiso vital, se circunscribe a un mismo lugar y no proliferar a otras partes del cuerpo (no posee capacidad de metástasis)

Tumor benigno del ovario: crecimiento anormal, aunque no maligno, del tejido existente en el ovario

Incidencia

- Constituye el tercer grupo de tumores en la mujer
- 1 de cada 10 mujeres se verá afectada a lo largo de su vida
- Se pueden presentar desde edades tempranas hasta avanzadas, teniendo una alta incidencia entre los 35-65 años



Tumores benignos del Ovario



Factores de riesgo

- > 60 años
- Menarquia precoz
- Menopausia tardía
- Nuliparidad
- Infertilidad
- Antecedente cáncer de colon
- Antecedente familiar de cáncer de colon, ovario o mama



Tratamiento



La magnitud de la cirugía debe ser de acuerdo del caso, considerando la edad y deseo de la paciente de fertilidad a futuro

Requisitos:

- Persistencia 2 ecografías separadas por 6 a 8 semanas
- Evidencias de crecimiento en ecografías secuenciales
- Tumor anexial mayor a 10 cm
- Tumores sólidos mixtos (papilas)
- Tumor palpable en premenarquia o postmenopausia
- Presencia de ascitis
- Sintomático
- Antecedentes familiares o personales (predisposición al cáncer)
- Deseo de la paciente de cirugía versus seguimiento
- Hallazgo incidental en otra cirugía

2 opciones:

Monitorización regular con ecografía transvaginal: cada 6 a 8 semanas + uso de ACO

Requisitos:

- Edad fértil
- Aspecto ecográfico sugerente de benignidad
- Tamaño (menos de 10 cm)
- Asintomático
- Paciente confiable
- Marcadores negativos

Diagnóstico



1 Anamnesis

- **Remota:** Ant. Cirugía tubaria o cáncer Endometrio, colon, ovario y mama
- **Actual:** Síntomas. Si presenta Oligomenorrea (tumor Hormonodependiente)

3 Riesgo Oncológico

- Edad
- Características tumor
- Marcadores tumorales

4 Caracterización del Tumor

- Ex Pélvico:
 - a) **TV:** móvil, unilateral y no sensible
 - b) **T Recto Vaginal:** Palpar nódulos
- Imágenes:
 - a) **Eco TV:** tamaño, consistencia, tabique, ascitis
 - b) **Hemograma:** Ev Rcto Leucocitos y valor Hto
- Ex Laboratorio
 - a) **B-hCG:** si > 1800 mUI/ml y EcoTV - Embarazo Ectópico
 - b) **Marcadores Tumorales**
 - **Ca 125:** + en 80% Cá. Epiteliales
 - **Ca 19-9:** + en Tumores mucinosos del ovario
 - **BhCG:** + en Coriocarcinoma de ovario y tumor de células germinales
 - **Alfa feto proteína:** Marcador T. células germinales

2 Examen Físico

- Ex. Físico: CSV
- a) **EFS:**
- **Ex ABD:** (sensibilidad, ascitis, hepatoesplenomegalia)
 - **Pélvico (ECP y TVB):** sensibilidad, tamaño, localización, movilidad utero y anexos)
 - **Recto Vaginal:** Nódulos en ligamento utero sacro

Síntomas



- La gran mayoría no produce síntomas
- Dolor pélvico intermitente (tipo sordo o agudo)
- Dolor profundo en abdomen durante actividad sexual
- Anomalías menstruales: algunos quistes producen hormonas que afectan periodos menstruales (irregulares, más abundantes, spotting) y en mujeres posmenopáusicas sangrado vaginal
- Quiste de cuerpo lúteo: si sangra provoca dolor/sensibilidad en zona pélvica
- Quiste > 6 cm: dolor intenso más torsión del ovario (complicación más frecuente)
- Raras veces: ascitis, derrame pleural

Creado por:

Francisca Cornejo, Camila Fredes,
 Fernanda Salinas, Catalina Torres

Tumores No neoplásicos

Quiste funcional

Quiste folicular: Se forman cuando el óvulo se está desarrollando en el folículo

Cuerpo lúteo: Se desarrollan a partir de la estructura que se forma tras romperse el folículo y liberar su óvulo

Endometrioma

Producido a partir de tejido endometrial ubicado en el ovario

Infecciosos

Absceso tubo ovárico

Tumores Neoplásicos

Origen epitelial

Cistoadenoma: Neoplasia benigna más frecuente, se clasifican según su histología en seroso, mucinoso y endometrioides

Cistoadenocarcinoma seroso: representado por una proliferación epitelial con características de atipia y que forma estructuras papilares de distinto grado de diferenciación

Cistoadenofibroma: estroma fibroso es el componente dominante además del revestimiento epitelial

Origen Germinal

Teratoma: presencia de tejidos extra ováricos derivados de las tres capas germinales. Hay elementos bien diferenciados, mayoría quísticos, pero puede ser sólido

Origen Gonadal estromal

Tecoma: Tumor de consistencia sólida, androgenizante

Fibroma: tumor de tejido conectivo de carácter sólido y hormonalmente inactivo

Fibrotecoma: Presenta rasgos mixtos de fibroma y de tecoma

1

Anamnesis

- **Remota:** Ant. Cirugía tubaria o cáncer Endometrio, colon, ovario y mama
- **Actual:** Síntomas. Si presenta Oligomenorrea (tumor Hormonodependiente)

2

Examen Físico

Ex. Físico: CSV

a) EFS :

- **Ex ABD** (sensibilidad, ascitis, hepatoesplenomegalia)
- **Pelvico** (ECP y TVB: sensibilidad, tamaño, localización, movilidad utero y anexos)
- **Recto Vaginal:** Nódulos en ligamento utero sacro



Riesgo Oncológico 3

- Edad
- Características tumor
- Marcadores tumorales

Caracterización del Tumor 4

- Ex Pélvico:
 - a) **TV:** móvil, unilateral y no sensible
 - b) **T Recto Vaginal:** Palpar nódulos
- Imágenes:
 - a) **Eco TV:** tamaño, consistencia, tabique, ascitis
- Ex Laboratorio
 - a) **B-hCg:** si > 1800 mUI/ml y EcoTV - Embarazo Ectópico
 - b) **Hemograma:** Ev Rcto Leucocitos y valor Hto.
- Marcadores Tumorales
 - a) **Ca 125:** + en 80% Cá. Epiteliales
 - **Ca 19-9 :** + en Tumores mucinosos del ovario
 - **BhCG:** + en Coriocarcinoma de ovario y tumor de células germinales
 - **Alfa feto proteína:** Marcador T. células germinales

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

- 4° TIPO DE CÁNCER MÁS FRECUENTE EN MUJERES.
- ES LA 6° CAUSA DE MUERTE POR CÁNCER EN MUJERES CHILENAS.
- APROX EL 90% DE LOS NUEVOS CASOS Y MUERTES EN 2020 TUVIERON LUGAR EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIANOS.
- LA PRINCIPAL ETIOLOGÍA (> 95%) SE DEBE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH). ESTE SE TRANSMITEN PRINCIPALMENTE POR CONTACTO SEXUAL Y LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS SE INFECTAN POCO DESPUÉS DE INICIAR SU VIDA SEXUAL > 90% CONSIGUE ELIMINAR LA INFECCIÓN.
- LOS VPH DE TIPOS 16 Y 18 SON LOS RESPONSABLES DE CASI EL 50% DE LOS CAU.
- LOS VPH DE TIPOS 6 Y 11 SON LOS RESPONSABLES DEL 90% DE LOS CONDILOMAS O VERRUGAS GENITALES

DEFINICIÓN

EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ES UN CARCINOMA (TUMOR MALIGNO) QUE SE GENERA CUANDO LAS CÉLULAS SANAS DEL CUELLO UTERINO DESARROLLAN MUTACIONES EN SU ADN. CORRESPONDE A UNA PATOLOGÍA GES.

DESARROLLO

- 1 INFECCIÓN POR VPH
- 2 PERSISTENCIA VIRAL
- 3 INFECCION PERSISTENTE HASTA PRECANCER
- 4 INVASION DE LA MEMBRANA BASAL



PREVENCIÓN

PRIMARIA:
-VACUNACIÓN A NIÑOS Y NIÑAS DE 9 A 14 AÑOS. EN CHILE LA VACUNACIÓN ESCOLAR SE REALIZA EN CUARTO BÁSICO CON LA 1° DOSIS Y QUINTO BÁSICO LA 2° DOSIS. LA VACUNA ES LA TETRAVALENTE GARDASIL (6, 11, 16 Y 18)
-EDUCACIÓN SEXUAL Y PROMOCIÓN DEL USO DEL CONDÓN

SECUNDARIA:
• 25 - 64 AÑOS: PAP CADA 3 AÑOS.
• 30 - 64 AÑOS: TEST VPH CADA 5 AÑOS + PAP.



FACTORES DE RIESGO

- INICIO PRECOZ DE ACT. SEXUAL
- INFLAMACIÓN CRÓNICA
- ALTO NÚMERO PAREJAS SEXUALES
- CUALQUIER TIPO DE ACT. SEXUAL DONDE HAYA CONTACTO CON PIEL MUCOSAS ORALES Y GENITAL
- COINFECCIÓN CON CHLAMYDIA Y VIH
- INFECCION PERSISTENTE POR VPH ONCOGENICO
- TABAQUISMO
- SISTEMA INMUNE DEBILITADO
- MULTIPARIDAD
- BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO
- POBRE HIGIENE ORAL

Cancer cervico Uterino

TRATAMIENTO

- QUIIMIOTERAPIA
- RADIOTERAPIA
- HISTERECTOMÍA
- TRAUQUELECTOMÍA
- LLETZ
- LÁSER
- CONIZACIÓN
- CRIOTERAPIA
- LEEP

CUADRO CLÍNICO

TEMPRANOS

- SANGRADO IRREGULAR/LEVE ENTRE PERIODOS MENTRUALES
- MANCHADO O SANGRADO POSTMENOPÁUSICO
- SINUSORRACIA
- AUMENTO DEL FLUJO VAGINAL C/ MAL OLO.

MAS AVANZADOS

- DOLOR DE ESPALDA, PIERNAS O PÉLVICO PERSISTENTE
- PÉRDIDA DE PESO, CANSANCIO Y/O PÉRDIDA DE APETITO
- FLUJO MALOLIENTE Y MOLESTIAS VAGINALES.
- HINCHAZÓN DE UNA O AMBAS PIERNAS
- INCONTINENCIA

ESTADIOS

- I Estrictamente **CONFINADO** AL CERVIX
- II CARCINOMA INVADE MAS ALLA DEL UTERO, **SIN EXTENDERSE AL TERCIO INFERIOR** DE LA VAGINA NI A LA PARED PÉLVICA
- III CARCINOMA **COMPROMETE EL TERCIO INFERIOR** DE LA VAGINA Y/O SE EXTIENDE A LA PARED PÉLVICA
- IV DISEMINACIÓN A **ORGANOS ADYACENTES O LEJANOS**



CÁNCER CERVICOUTERINO. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. RECUPERADO EL 22 DE JUNIO DE 2021, DE [HTTPS://WWW.WHO.INT/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/CERVICAL-CANCER](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer)
CARPAJAL 3 BIA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA XIX EDICION MANUAL DE INTERNET VOL. 15A FACULTAD DE MEDICINA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE. 2022. 219-223 P. AVAILABLE FROM [HTTPS://MEDICNA.UC.CL/WP-CONTENT/UPLOADS/2022/05/MANUAL-OBSTETRICIA-Y-GINECOLOGIA-2022_COMPRESO.PDF](https://medicna.uc.cl/wp-content/uploads/2022/05/MANUAL-OBSTETRICIA-Y-GINECOLOGIA-2022_COMPRESO.PDF)

EPIDEMIOLOGÍA

Sexta neoplasia maligna más común entre las mujeres en todo el mundo
 En Chile no existen estadísticas oficiales de incidencia, pero la mortalidad va en aumento. Según cifras del INE la tasa de mortalidad pasó de 2,5 a 3,2 por 100.000 mujeres al comparar los años 1997 y 2009.
 Al 2018 la tasa de incidencia estaba en 6,7, y la tasa de mortalidad en 1,9.

CLASIFICACIÓN

La presentación del carcinoma endometrioide se puede clasificar en 2 tipos:

- Tumores tipo I: responde a estrógeno
- Tumores tipo II: de alto grado, incluye a tumores con histología no endometrioide

El grado de diseminación, profundidad de la invasión, compromiso y presencia de metástasis extrauterinas pueden ser estadificadas en base a la FIGO

Estadio	Criterio
IA	Tumor limitado al endometrio o invade ≤ 50% miometrio
IB	Tumor invade > 50% miometrio
II	Extensión a estroma cervical
IIIA	Extensión a la serosa uterina y/o anexos
IIIB	Extensión a la vagina, parametrios y/o peritoneo pélvico
IIIC1	Metástasis a ganglios linfáticos pélvicos
IIIC2	Metástasis a ganglios paraaórticos, independiente del estatus de los ganglios linfáticos pélvicos
IVA	Extensión a la vejiga y/o mucosa rectal
IVB	Metástasis a distancia, incluyendo ganglios intraabdominales y/o inguinales

Clasificación de la FIGO 2009

Cáncer de endometrio

Es el cáncer que con mayor frecuencia se origina en el útero. Empieza con la proliferación celular anormal de la capa endometrial a nivel glandular. La mayoría de los Ca. End. son adenocarcinomas, pero pueden desarrollarse diversos tipos de neoplasias histológicas.

FACTORES DE RIESGO

Menarquia precoz/menopausia tardía
 Aumento de estrógenos
 >45 años
 Obesidad
 Terapia Tamoxifeno >2 años
 Nuliparidad
 Anovulación
 DM, HTA
 Antecedente Cá. de Mama

FACTORES PROTECTORES

Embarazo y lactancia
 Uso de ACO
 Hábitos saludables

DIAGNÓSTICO

Biopsia (GOLDSANTARD)
Procedimientos que aportan:
 Examen físico y especuloscopia
 Resonancia magnética pélvica
 Eco TV (>5mm postmenopausia)

TRATAMIENTO

- Progestágenos en caso de deseo de fertilidad
- Histerectomía
- Salpingooforectomía bilateral
- Vaciamiento ganglionar pélvico
- Radioterapia pélvica con o sin quimioterapia para estadios II y III

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Sangrado postmenopausico
 Sangrado intermenstrual
 Dolor pélvico



FACULTAD DE MEDICINA
 UNIVERSIDAD DE CHILE

Sofía Gutierrez
 Diego Novoa
 Tiare Poque
 Javiera Vallejos

MAPA MENTAL CÁNCER DE MAMA

Integrantes:

Tatiana Castillo - Beatriz Díaz
Naomi Martínez - Thyare Soto

Clínica de Enfermería Médico Quirúrgica
Junio, 2023



Evitar factores de riesgo y aumentar factores de protección como:

- Realizar actividad física.
- Adecuado hábito alimenticio.
- Reducir niveles de estrés.



En Chile, el Programa Nacional de Cáncer de Mama, incluye examen clínico mamario por personal capacitado a todas las mujeres entre 35 y 64 años, cada 3 años, junto a la toma del PAP; y Mamografía gratuita a las mujeres entre 50 y 69 años, cada tres años como parte del Examen de Medicina Preventiva.



Se estima que en Chile cada día mueren 3 mujeres por cáncer de mama y que cada 3 horas se diagnostica una mujer con esta patología.



CÁNCER DE MAMA

6 PREVENCIÓN

Cirugía: mastectomía parcial o total.

Quimioterapia: tratamiento farmacológico cuyo objetivo es destruir o inhibir la proliferación de las células cancerígenas.

Terapia hormonal: impide que las células cancerosas obtengan las hormonas que necesitan para crecer.

Terapia biológica: trabaja con el sistema inmune del cuerpo para ayudarlo a combatir las células cancerosas o a controlar los efectos secundarios que causan otros tratamientos contra el cáncer

Radioterapia: recurso terapéutico que se basa en el suministro controlado y dirigido de ondas electromagnéticas a células cancerígenas, con el objetivo de alterar el material genético de estas y causar la muerte.

5 TRATAMIENTO

1 ¿QUÉ ES?

Es una enfermedad que se desarrolla por el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios, y que posee la capacidad de diseminarse.

2 FACTORES DE RIESGO

Género: la mujer tiene más riesgo.
Edad: la tasa de incidencia de cáncer aumenta desde los 40 años de edad.
Predisposición genética: mutaciones hereditarias más importantes son BRCA 1 y BRCA 2

Factores hormonales: menarquia precoz, nuliparidad, menopausia tardía, uso de ACO.
Proliferaciones benignas.
Factores ambientales: exposición a radiaciones.



Consumo de bebidas alcohólicas.
Tejido mamario denso.
Hábito tabáquico.

3 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Bulto nuevo en mama o axila, aumento del grosor o hinchazón de la mama, irritación o hundimientos en la piel o el pezón, enrojecimiento o descamación, secreción del pezón, cambio de tamaño o forma de la mama, dolor.

4 EXÁMENES DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

★ **Mamografía:** radiografía de la mama capaz de detectar microcalcificaciones, masas o bultos. Es el examen de elección en la detección precoz del cáncer de mama.

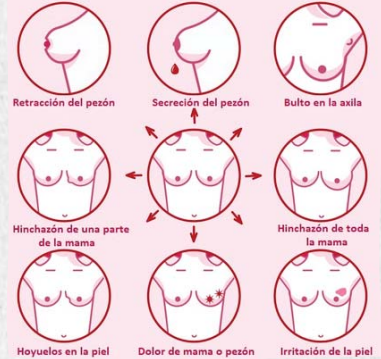
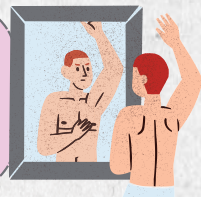
Ecografía mamaria: útil en mujeres jóvenes debido a la densidad del tejido mamario. Mayor capacidad para diferenciar lesiones quísticas de sólidas.

Examen clínico de mamas: está asociado a la observación y palpación de la mama por parte de un profesional de la salud.

Autoexamen de mamas: examen simple, sencillo y sin costo que se debe realizar todos los meses.

Resonancia magnética: su indicación principal es la detección de la multifocalidad.

★ **Biopsia:** esta es una prueba en la que se extirpa tejido o se saca líquido de la mama para estudiarse bajo el microscopio o para hacer más pruebas.



Categoría BI-RADS	Interpretación	Recomendación
0	Estudio Incompleto necesita estudios adicionales	Estudios adicionales con mamografía, proyecciones localizadas o magnificadas y/o ecotomografía.
1	Normal examen negativo	Control según indicación.
2	Normal o con hallazgos no patológicos	Control según indicación.
3	Anormalidad (hallazgos probablemente benignos)	Hallazgos probablemente benignos: realizar seguimiento.
4	Anormalidad sospechosa de malignidad sugerir estudio histológico	Hallazgos sospechosos, sugerir estudio histológico.
5	Alta probabilidad de malignidad , realizar estudio histológico	Hallazgos altamente sospechosos, realizar estudio histológico.
6	Cáncer de Mama diagnosticado y/o tratado, control.	Control con especialista

Tabla 2. Clasificación TNM.

TUMOR PRIMARIO	
Tx	Tumor desconocido
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor de 2cm o menos en su diámetro mayor
T1mic	Microinvasor de de menos 0,1 cm en su diámetro mayor
T1a	Tumor de 0,5 cm o menos.
T1b	Tumor mayor de 1 cm y hasta 2 cm
T1c	Tumor mayor de 2cm y hasta 5 cm
T2	Tumor mayor de 5 cm
T3	Tumor mayor de 5 cm
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión a pared torácica o a piel.
T4a	Extensión a pared torácica
T4b	Piel con edema, ulceración o nódulos satélites en la mama.
T4c	Suma de a+ b
T4d	
NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES	
N0	No se palpan ganglios axilares
N1	Ganglios axilares fijos del lado del tumor
N2	Ganglios axilares fijos en el mismo lado en ausencia de metástasis
N3	Metástasis en ganglios infra o supraclaviculares.
METÁSTASIS	
MX	No se pueden evaluar metástasis distantes
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

Tabla 3. Estadios de la enfermedad

Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T2	N0	M0
Estadio IIB	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T4	N0	M0
Estadio IIIB	Todo T	N1	M0
Estadio IV	Todo T	Todo N	M1

Bibliografía

Centro para el control y la prevención de enfermedades. ¿Qué es el cáncer de mama? [Citado el 16 de Junio del 2023] Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm

Espinoza Marianagela. Cáncer de mama. [Internet] Revista médica sinergia. 2018 [Citado el 16 de Junio del 2023] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. Prevención del cáncer de seno. 2021 [Citado el 16 de Junio del 2023] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq>

Guías Clínicas AUGE. Cáncer de mama [Internet]. Ministerio de Salud. 2015 [Citado el 16 de Junio del 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>



Cifras

Es el cáncer de mayor prevalencia.

En 2020 se diagnosticaron 2,2 M casos nuevos

Es el cáncer de mayor incidencia para las mujeres.

A nivel mundial:

En Chile:

Es la segunda causa de muerte en mujeres

En 2020 se diagnosticaron 55 por cada 100 mil mujeres y murieron en el año 17,3 por cada 100 mil.

Qué es

Es un tipo de cáncer en donde las células malignas de la mama se multiplican sin control.

Lobulillos conductos tejido conectivo

Fisiopatología

Alteración de vías de control y funcionamiento celular mediante la mutación de genes.

Al evadir estos sistemas de regulación pueden:

- Alterar las señales de crecimiento
- Inhibir estímulos inhibitorios, evadir la apoptosis
- Desarrollar capacidad de invasión y metástasis

Genes asociados

- Gen BRCA1 y BRCA2: asociados directamente al cáncer de mama -> división celular descontrolada, inhibición de la apoptosis y metástasis a órganos distantes.
- Gen p53: función de regular ciclo celular, controlar apoptosis y mantener integridad del genoma

Algunos estímulos

Sobreeposición a estrógenos (puede generar estas mutaciones)
Sobrexpresión de leptina (hormona en tejido adiposo mamario)-> estimula proliferación celular.

Para que el cáncer pueda lograr hacer metástasis, se dismina a través de los ganglios linfáticos y la circulación sanguínea o ambos.

Factores de riesgo

- Sexo femenino (entre el 0,5% y el 1% de los casos de cáncer de mama afectan a varones.)
- Historia personal de cáncer de mama.
- Historia familiar de cáncer de mama.
Edad: 50 años o más.
- Menarquia en edades tempranas: antes de los 12 años.
- Menopausia en edades tardías: después de los 55 años.
- Obesidad y dieta rica en grasas.
- Consumo excesivo de alcohol.

Factores Protectores



- Ejercicio físico habitual
- LM prolongada
- Control de peso

CÁNCER DE MAMA

Prevención

Autoexamen de mamas una vez al mes
Mamografías desde los 40 años
Chequeos anuales



Tratamiento

El tratamiento se decide una vez establecido el estadio, tipo de tumor, extensión, si posee receptores hormonales, etc.

Terapia hormonal
Quimioterapia
Radioterapia
Braquiterapia
Tratamiento quirúrgico

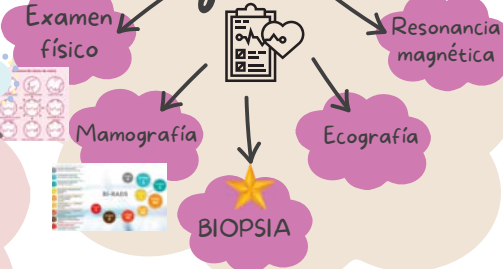
Estadios

Estadio	Grupos
I	T1N0M0
IIA	T1N1M0/T2N0M0
IIB	T2N1M0/T3N0M0
IIIA	T1N2M0/T2N2M0/T3N1M0
IIIB	T4N0,1,2M0
IIIC	CUALQUIER T,N,M0
IV	CUALQUIER T Y N, M1

o Estado I: tumores pequeños, sin afectaciones metastásicas de la axila
o Estado II: tumores de 2 cm o con afectación metastásica axilar moderada
o Estado III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar mayor
o Estado IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado)



Diagnóstico



Catalina Verdugo, Grissel Ruy Pérez,
Antonia Lattus, Renata Cuevas.

Qué es

Es un tipo de cáncer en donde las células malignas de la mama se multiplican sin control.

Lobulillos conductos tejido conectivo

Cifras



Es el cáncer de mayor prevalencia.

En 2020 se diagnosticaron 2,2 M casos nuevos

Es el cáncer de mayor incidencia para las mujeres.

A nivel mundial:

En Chile:

Es la segunda causa de muerte en mujeres



En 2020 se diagnosticaron 55 por cada 100 mil mujeres y murieron en el año 17,3 por cada 100 mil.

Las cifras detrás del cáncer de mama en el país [Internet]. Uchile.cl. 2022 [citado el 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://uchile.cl/noticias/192125/universidad-de-chile-podcast-las-cifras-del-cancer-de-mama-en-el-pais>

2.

Cáncer de mama [Internet]. Who.int. [citado el 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Fisiopatología



Alteración de vías de control y funcionamiento celular mediante la mutación de genes.

Al evadir estos sistemas de regulación pueden:

- Alterar las señales de crecimiento
- Inhibir estímulos inhibitorios
- Evadir la apoptosis
- Desarrollar capacidad de invasión y metástasis

Genes asociados

- Gen BRCA1 y BRCA2: asociados directamente al cáncer de mama -> división celular descontrolada, inhibición de la apoptosis y metástasis a órganos distantes.
- Gen p53: función de regular ciclo celular, controlar apoptosis y mantener integridad del genoma

Algunos estímulos

Sobreexposición a estrógenos
(puede generar estas mutaciones)

Sobreexpresión de leptina
(hormona en tejido adiposo mamario)-> estimula proliferación celular.

Para que el cáncer pueda lograr hacer metástasis, se disemina a través de los ganglios linfáticos y la circulación sanguínea o ambos.

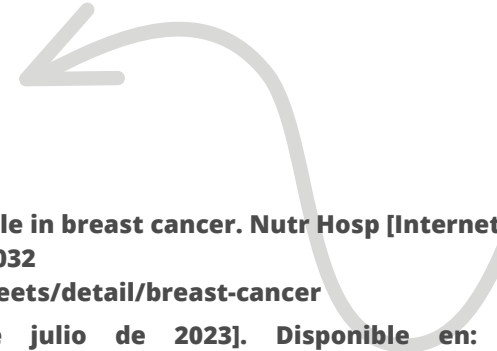
Factores de riesgo

- Sexo femenino (entre el 0,5% y el 1% de los casos de cáncer de mama afectan a varones.)
- Historia personal de cáncer de mama.
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Edad: 50 años o más.
- Menarquia en edades tempranas: antes de los 12 años.
- Menopausia en edades tardías: después de los 55 años.
- Obesidad y dieta rica en grasas.
- Consumo excesivo de alcohol.

Factores Protectores



- LM prolongada
- Ejercicio físico habitual
- Control de peso



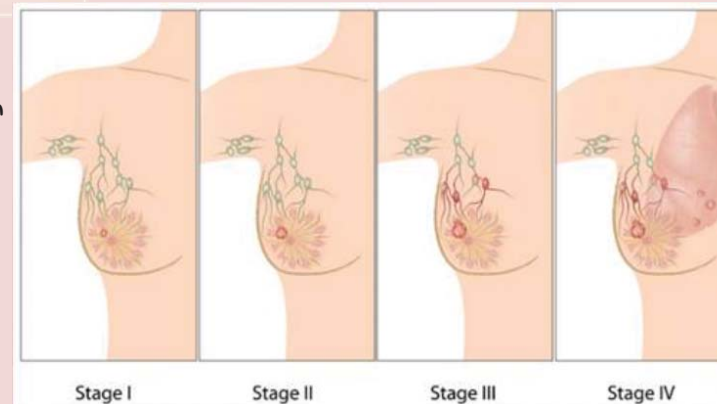
Aguilera Eguía RA, Rodríguez Pindave VA, Fuentes Barría H, Roco-Videla Á, Gómez Cerro P. Breastfeeding and its preventive role in breast cancer. *Nutr Hosp* [Internet]. 11 de julio de 2023;39(4):955-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000600032
Cáncer de mama [Internet]. Who.int. [citado el 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
Prevención del cáncer de seno (mama) [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2013 [citado el 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq>

Estadios

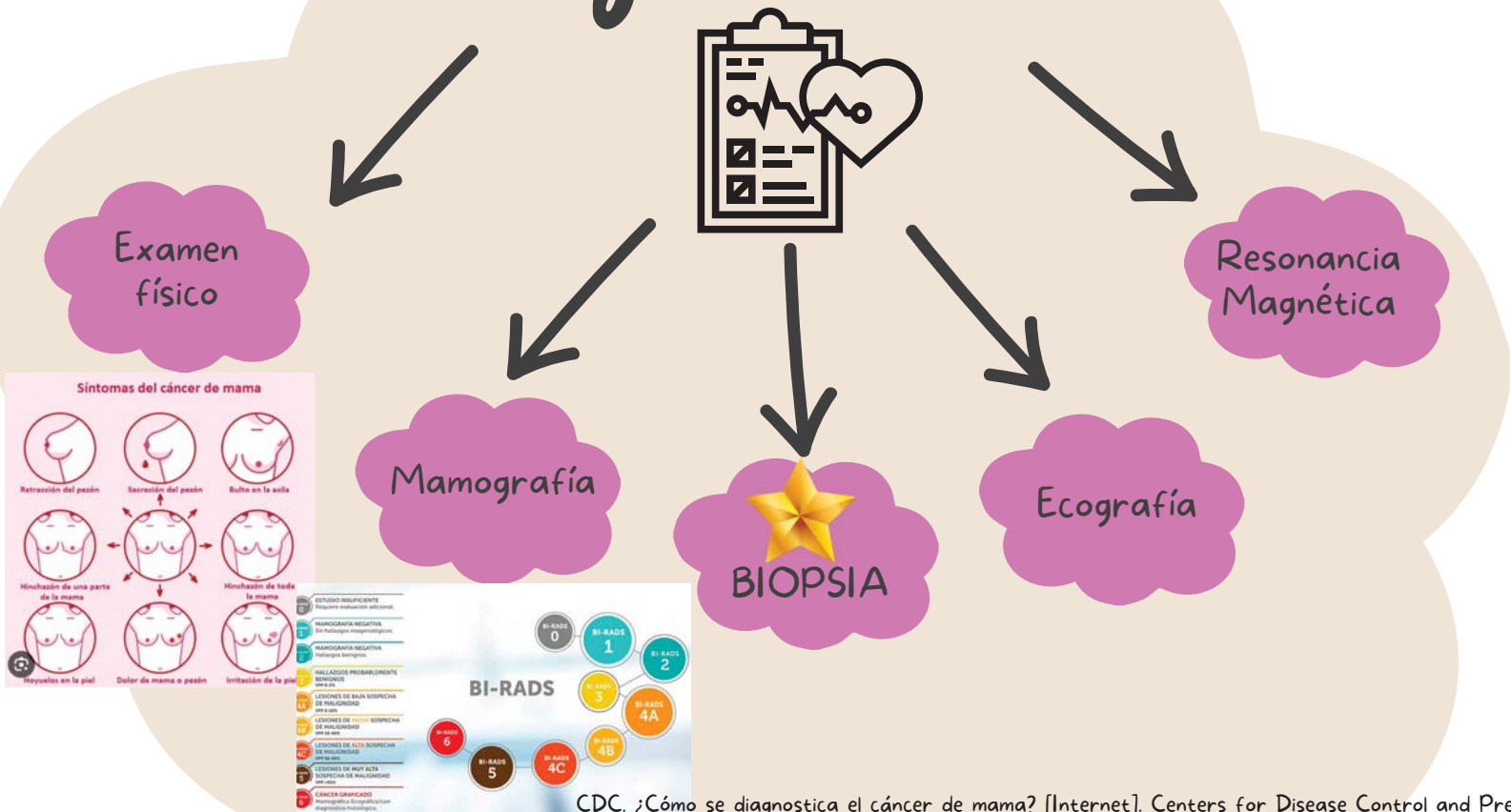
Determina el grado del cancer segun su tamaño, si es invasivo y la afectación a ganglios.

Tamaño		I	T1N0M0
T1	Tumor < 2 cm o menos	IIA	T1N1M0/ T2N0M0
T2	Tumor entre 2 y 5 cm	IIB	T2N1M0/ T3N0M0
T3	Tumor > 5 cm	IIIA	T1N2M0/T2N2M0/T3N1M0
T4	Tumor de cualquier tamaño que se extiende a pared torácica	IIIB	T4N0,1,2M0/
Nódulos		IIIC	CUALQUIER T,N3M0
N0	Ganglios axilares no palpables	IV	CUALQUIER T Y N, M1
N1	Ganglios axilares móviles del lado del tumor		
N2	Ganglios axilares fijos en ausencia de Mets		
N3	Mets a ganglios supra e infraclaviculares		
Mets			
M0	Ausencia de mets		
M1	Mets a distancia		
MX	No se pueden evaluar las mets		

- o Estadio I: tumores pequeños, sin afectaciones metastásicas de la axila
- o Estadio II: tumores de 2 cm o con afectación metastásica axilar moderada
- o Estadio III: tumores muy grandes o con afectación de piel o músculo pectoral o afectación axilar masiva
- o Estadio IV: metástasis en órganos distantes (hueso, pulmón, hígado)



Diagnóstico

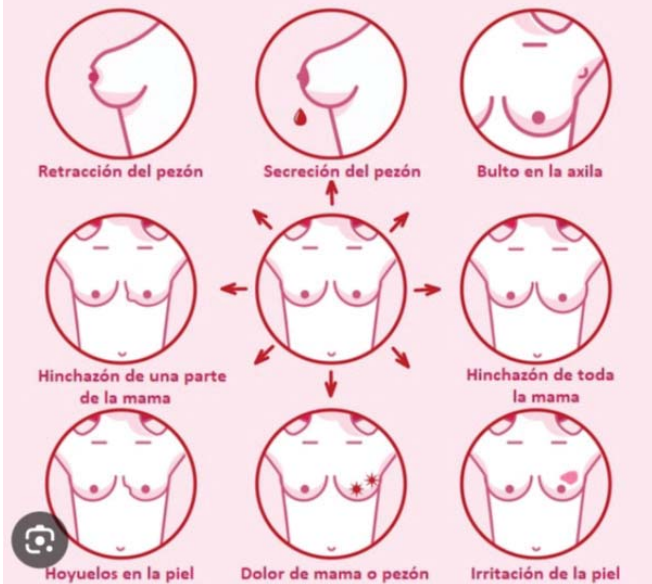


CDC. ¿Cómo se diagnostica el cáncer de mama? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/diagnosis.htm

Examen físico

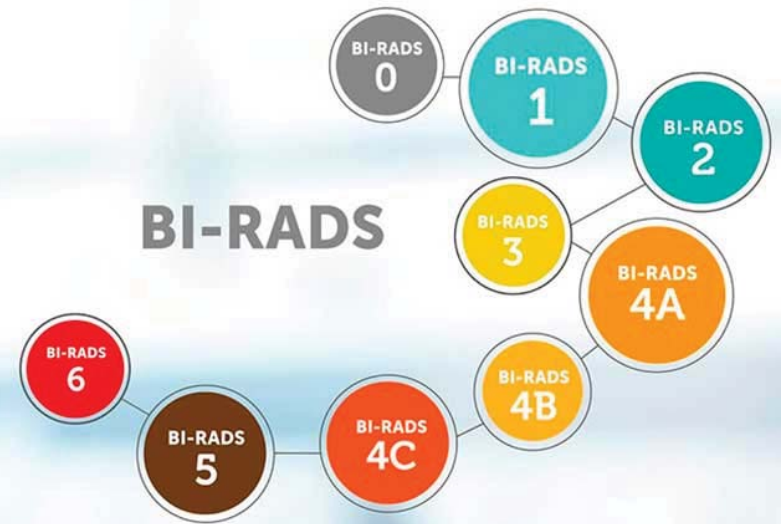
Mamografía

Síntomas del cáncer de mama



BI-RADS 0	ESTUDIO INSUFICIENTE Requiere evaluación adicional.
BI-RADS 1	MAMOGRAFÍA NEGATIVA Sin hallazgos imagenológicos.
BI-RADS 2	MAMOGRAFÍA NEGATIVA Hallazgos benignos.
BI-RADS 3	HALLAZGOS PROBABLEMENTE BENIGNOS VPP 0-2%
BI-RADS 4A	LESIONES DE BAJA SOSPECHA DE MALIGNIDAD VPP 2-10%
BI-RADS 4B	LESIONES DE MEDIA SOSPECHA DE MALIGNIDAD VPP 10-50%
BI-RADS 4C	LESIONES DE ALTA SOSPECHA DE MALIGNIDAD VPP 50-95%
BI-RADS 5	LESIONES DE MUY ALTA SOSPECHA DE MALIGNIDAD VPP +95%
BI-RADS 6	CÁNCER GRAFICADO Mamográfica Ecográfica/con diagnóstico histológico.

BI-RADS



Tratamiento

El tratamiento se decide una vez establecido el estadio, tipo de tumor, extensión, si posee receptores hormonales, etc.

Terapia hormonal

Quimioterapia

Radioterapia

Braquiterapia

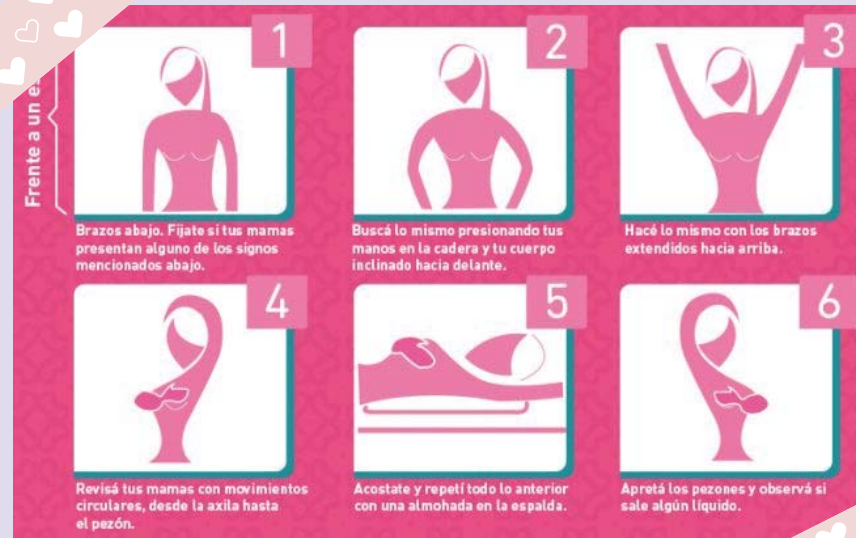
Tratamiento quirúrgico



Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Tratamiento del cáncer de seno (mama) en adultas. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq>

Prevención

Autoexamen de mamas una vez al mes
Mamografías desde los 40 años
Chequeos anuales



ChileAtiende - Bienvenido a ChileAtiende [Internet]. ChileAtiende - Prevenir y tratar el cáncer de mama. Disponible en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/15852-prevenir-y-tratar-el-cancer-de-mama>

CÁNCER DE OVARIO

SHADIA APUD - EMILIA LABADIA
DANIELA MELLA - DANIELA POBLETE

Departamento Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Daniela Mella
Daniela Poblete
Shadia Apud
Emilia Labadia

1 DEFINICIÓN: NEOPLASIA MALIGNA
Clasificable según su tejido de origen.

EPITELIALES (95%)
Originados en la superficie externa del ovario.

C. GERMINALES(2-5%)
Las cuales producen los óvulos.

ESTROMALES (2-5%)
Se originan en las células del tejido estructural del ovario.

2 EPIDEMIOLOGÍA

- Chile : 9na causa de muerte en las mujeres.
- 500 mujeres mueren al año por esta enfermedad.

3 FP Y FR

- Estados anovulatorios
- AOC
- Multiparidad
- Embarazo
- Histerectomía
- LM >6 meses

- Edad >60 a
- Menarquia precoz
- Menopausia tardía
- Nuliparidad
- Endometriosis
- Alt gen BRCA 1/2
- Ant fam o personal Cao/Ca ma
- Tabaco
- obesidad
- TRH

6 SEGUIMIENTO

- Primeros 2 años post fin tto. c/3 meses.
- 2do- 5to año post fin tto, c/4-6 meses.
- Después del 5to año, c/1 año.

4 DG

SIGNOS/SÍNTOMAS

- INAPETENCIA
- NÁUSEAS/VÓMITOS
- DOLOR ABDOMINO PÉLVICO
- AUMENTO VOLUMEN ABDOMINAL
- ENFLAQUECIMIENTO
- ESTREÑIMIENTO
- TRASTORNOS URINARIOS

5 TTO

CX:

- Estatificadora (determina el estadio del cáncer)
- Terapéutica (extracción y/o reducción de tamaño)

Terapia dirigida

- Son nuevos medicamentos
- Bloquean el crecimiento y propagación de células cancerosas

Quimioterapia:

- Aplicación de droga
- Eliminar la enfermedad que pudiera quedar tras la operación
- Reducir el tamaño del tumor antes de practicar la cirugía.

EXAMENES

- Exploración ginecológica
- Ecotomografía TV
- Tomografía computarizada
- Marcadores tumorales

BIOPISA
CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

ROL MATRON/A

- Nivel 1º: Primera línea.
- Nivel 2º: Proceso dg.
- Nivel 3º: Peri op.



Educación, contención emocional y acompañamiento.

Arora, T., Mullangi, S., & Lekkala, M. R. (2023). Ovarian - Cancer. StatPearls Publishing, Maciel-Gallegos, M. P., Moreno-Vega, I., García-Esparza, R. R., García-Pedroza, J., López-Aguilera, B. A., & Terrones-Saldivar, M. C. (2010). Cáncer de ovario epitelial. Lux Médica, 5(14), 23-32. <https://doi.org/10.33064/14lm20101671> - Olguin, R. (2018, mayo 8). Cáncer de ovario. Fundación Arturo López Pérez. <https://www.institucioncologicafo.cl/diagnostico-y-tratamiento/cancer-de-ovario/> - (S/f-a). Uchile.cl. Recuperado el 11 de julio de 2023, de <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/obstetricia-y-ginecologia/2458-3-01-1-028-2> - (S/f-b). Minsal.cl. Recuperado el 11 de julio de 2023, de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/db835d0231a0115fe0400101640126b7.pdf> *Clases de Ginecología Patológica



Clínica EMQ
Colombia Formas
Javier Hernández
Daniela Navarrete
Pedro Rojas

Carcinomas de Vulva

- Carcinoma de células escamosas 80-90%
- Carcinomas de Vulva 2%
- Carcinoma de la glándula de Bartholino
- Carcinoma de células basales
- Melanomas

Tipo de cáncer que se desarrolla en la zona vulvar con tumores malignos

Pesquisa APS, fortalecimiento CESFAM y derivación oportuna a atención secundaria en los policlínicos de ginecología

Brindar una atención holística y biopsicosocial en la Ginecología a la persona que se atiende por este cáncer con sus tratamientos.

DEFINICIÓN

CONDUCTA MATRONA

MANEJO Y TRATAMIENTO

El tratamiento se individualiza según la situación clínica de cada usuaria.

- Cirugía
 - Resección localizada del tumor (cirugía conservadora)
 - + linfoadenectomía
 - Vulvectomía radical.

Radioterapia
Se puede usar antes o después de la cirugía y puede ser externa o interna, según ubicación y el estado del cáncer.

Quimioterapia
+ Radio terapia para mejorar pronóstico.
En estadios avanzados o en metástasis a distancia.

FISIOPATOLOGIA

Lesiones precursoras carcinoma escamoso vulvar

Neoplasia intraepitelial vulvar habitual (vVIN) o (HSIL)

- Generalmente en mujeres de 40 a 50 años
- Infección crónica por VPH

Neoplasia intraepitelial vulvar diferenciado (dVIN)

- Presenta un liquen escleroso (presencia crónica)
- Mayor riesgo de cáncer y peor pronóstico
- Tejido no infeccioso, caracterizado por:
 - Adelgazamiento.
 - Hipopigmentación.
 - Alteración del tejido afectado.

Signos y síntomas

- Prurito vulvar prolongado
- Sangrado y/o exudado vulvar
- Lesiones y/o úlceras vulvares
- Ganglios inguinales aumentados de tamaño
- Alteraciones en la pigmentación de la piel

Dispareunia

- Edad avanzada
- Infección por VPH
- Tabaquismo
- Antecedente de neoplasia intraepitelial vulvar (VIN)
- Lesiones en la piel de la vulva (liquen escleroso)

CLÍNICA

Factores de Riesgo

EPIDEMIOLOGIA

La tasa de incidencia de cáncer vulvar en Chile es de alrededor de 1,4 casos por cada 100,000 mujeres.
En Chile, el cáncer vulvar representa aproximadamente el 3% de todos los cánceres ginecológicos en mujeres.

DIAGNÓSTICO

- 1. Exploración vulvar**
Cuando se sospecha de la enfermedad.
Debe ser muy exhaustiva.
Descripción precisa de ubicación, tamaño, localid., cercanía de puntos anatómicos.
- 2. Evaluación ecográfica inguinal y vulvar**
- 3. Biopsia vulvar y/o inguinal**
- 4. Análisis histopatológico**

Etapa FIGO	Descripción
IA	Lesiones de <2 cm de tamaño, confinadas a la vulva o perineo y con invasión del estroma <1.0 mm, sin metástasis ganglionares
IB	Lesiones > 2 cm de tamaño o con invasión del estroma > 1.0 mm, confinadas a la vulva o perineo, con ganglios negativos
II	Tumor de cualquier tamaño con extensión a estructuras perineales adyacentes (tercio inferior de la uretra, tercio inferior de la vagina, ano) con ganglios negativos
III	Tumor de cualquier tamaño con o sin extensión a estructuras perineales adyacentes (tercio inferior de la uretra, tercio inferior de la vagina, ano) con ganglios inguinofemorales positivos
IIIA	1) Con 1 metástasis en los ganglios linfáticos (<5 mm), o 2) Con 1-2 metástasis en ganglios linfáticos (<5 mm)
IIIB	1) Con 2 o más metástasis en los ganglios linfáticos (>5 mm), o 2) Con 3 o más metástasis en los ganglios linfáticos (<5 mm)
IIIC	Con ganglios positivos con diseminación extracapsular
IV	El tumor invade otras estructuras regionales (2/3 superiores de la uretra, superiores 2/3 de la vagina) o distantes
IVA	El tumor invade cualquiera de los siguientes: mucosa uretral y / o vaginal superior, mucosa vesical, mucosa rectal o fijada al hueso pélvico, o ganglios linfáticos inguinofemorales fijos o ulcerados
IVB	Cualquier metástasis a distancia, incluidos los ganglios linfáticos pélvicos.

