



REPASO GINECOLOGÍA PARTE 2

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

CONTENIDOS

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



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ITS

- Última versión **2021**.
- Estrategia “5 P” (prevención): Parejas, Prácticas sexuales, Protección contra ITS, Past history (antecedente de ITS) y Pregnancy intention.
- **Tamización universal para hepatitis C en embarazo, excepto en lugares con prevalencias bajas (menor de 0,1%).** En Colombia no conocemos la prevalencia de la infección.

ITS

HERPES GENITAL

- Si lesiones: Confirmar con pruebas virológicas (cultivo o NAAT).
- Si NO hay lesiones: Pruebas serológicas.
 - Anticuerpos VHS 2 (+) implica infección anogenital.
 - **UTILIDAD:** Síntomas o lesiones genitales recurrentes o atípicas con PCR o cultivo negativo, diagnóstico clínico sin confirmación por laboratorio, pareja de paciente con herpes genital.
 - Anticuerpos VHS 1 (+) por infección oral o genital.

Risk Category	Recommended Regimen
First clinical episode of genital herpes ⁷	acyclovir 400 mg orally 3x/day for 7–10 days ⁸ OR famciclovir 250 mg orally 3x/day for 7–10 days OR valacyclovir 1 gm orally 2x/day for 7–10 days
Suppressive therapy for recurrent genital herpes (HSV-2)	acyclovir 400 mg orally 2x/day OR valacyclovir 500 mg orally 1x/day ⁹ OR valacyclovir 1 gm orally 1x/day OR famciclovir 250 mg orally 2x/day

ITS

HERPES GENITAL

Risk Category	Recommended Regimen
Daily suppressive therapy in persons with HIV infection	acyclovir 400-800 mg orally 2–3x/day OR famciclovir 500 mg orally 2x/day OR valacyclovir 500 mg orally 2x/day
Episodic infection in persons with HIV infection	acyclovir 400 mg orally 3x/day for 5–10 days OR famciclovir 500 mg orally 2x/day for 5–10 days OR valacyclovir 1 gm orally 2x/day for 5–10 days
Daily suppressive therapy of recurrent genital herpes in pregnant women ¹¹	acyclovir 400 mg orally 3x/day OR valacyclovir 500 mg orally 2x/day

ITS

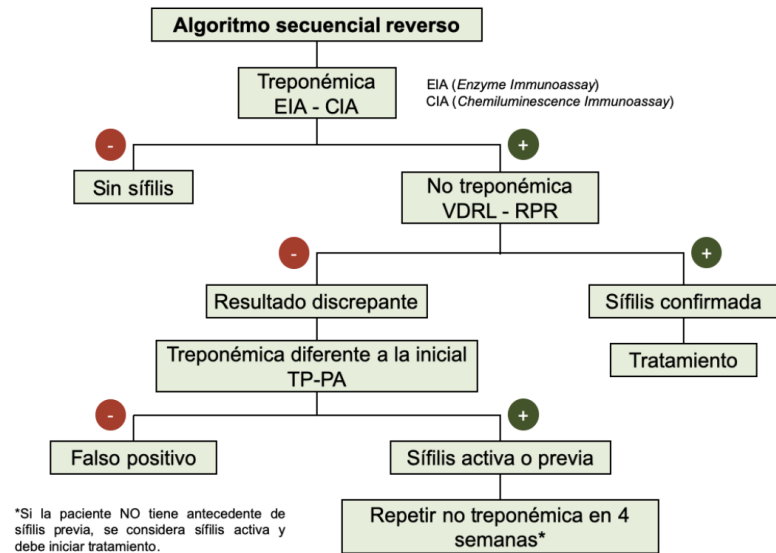
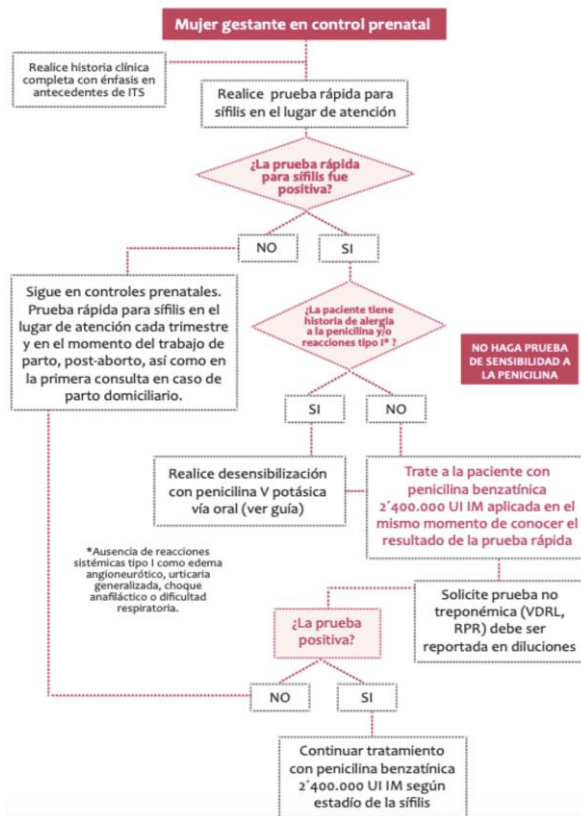
SÍFILIS

- Chancro típico, pero puede haber lesiones atípicas como úlceras múltiples y dolorosas.
- Diagnóstico con 2 pruebas serológicas: Treponémica (TPPA, **ya NO FTA-ABS**, pruebas rápidas) y No treponémica (VDRL, RPR).
- **Punción lumbar:**
 - Signos clínicos de neurosífilis (disfunción de pares craneales, meningitis, ACV, alteración del estado mental, pérdida de sensación vibratoria).
 - Síntomas oculares en pacientes con serología reactiva y examen clínico oftalmológico normal.
 - Falla del tratamiento.
 - Aumento de títulos serológicos 4 veces que persiste por >2 semanas y no ha tenido exposición sexual.
 - Sífilis latente tardía con títulos iniciales ≥ 32 dils que no disminuyen 4 veces después de 24 meses.

ITS

SÍFILIS

1. Prueba treponémica – 2. Prueba no treponémica



ITS

SÍFILIS

REINFECCIÓN

- Mujer embarazada o en puerperio (40 días posparto) que después de haber recibido el tratamiento adecuado, presenta **lesiones** en genitales o en piel, **o aumento en los títulos de prueba no treponémica de 4 veces o 2 dils con respecto a la inicial.**
- Mujer embarazada o en puerperio (40 días posparto) con diagnóstico de sífilis 1ria o 2ria que recibió **tratamiento adecuado**, y **6 meses después los títulos de la prueba no treponémica no descienden 4 veces o 2 dils.** ○ con sífilis latente en quien **12 meses después los títulos de la no treponémica no descienden 4 veces o 2 dils.**

Estadio	Definición	Tratamiento
Sífilis temprana (Primaria, secundaria y latente temprana)	Menor o igual a 1 año de infección	Penicilina benzatínica 2'400.000 UI intramuscular dosis única
Sífilis tardía	Mayor a 1 año de duración desde la infección	Penicilina benzatínica 2'400.000 UI intramuscular semanal por 3 semanas
Sífilis de duración desconocida	Duración desconocida	Penicilina benzatínica 2'400.000 UI intramuscular semanal por 3 semanas

Entre cada dosis no deben pasar más de 7 – 9 días

ITS

GONOCOCO Y CHLAMYDIA

Enfoque de **cervicitis**:

- Exudado endocervical purulento o mucopurulento visible en canal endocervical o en una muestra de hisopo endocervical (**endocervicitis**).
- OCE friable con el paso del hisopo (**exocervicitis**).

ENDOCERVICITIS	EXOCERVICITIS
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Herpes simplex 2</i> <i>Mycoplasma genitalium</i>	<i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Herpes simplex 2</i> <i>Cándida spp.</i>

- A **TODAS** las pacientes con este diagnóstico se les debe solicitar **VIH y PRUEBA TREPONÉMICA.**

ITS

GONOCOCO Y CHLAMYDIA

Microorganismo	Diagnóstico	Tratamiento
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gram de flujo vaginal Cultivo de Thayer-Martin PCR	Ceftriaxona 1g IM DU *Espiramicina 2g IM DU
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Gram de flujo vaginal Inmunofluorescencia PCR	Doxiciclina 100mg cada 12h por 7 días *Azitromicina 1g DU (Emb)
<i>Herpes simplex 2</i>	PCR	Aciclovir 400mg 3 veces/día por 7-10 días
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Gram de flujo vaginal PCR	Doxiciclina 100mg cada 12h por 7 días, seguida de Azitromicina 1g VO día 1 y 500mg día por 2 días.
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Directo de flujo vaginal PCR	Tinidazol 2g VO DU Metronidazol 2gr VO DU
<i>Cándida spp.</i>	Directo y gram de flujo vaginal	Fluconazol 150mg VO DU (Emb) Clotrimazol crema 1% vaginal 5g/día por 7 días

ITS

GONOCOCO Y CHLAMYDIA

Manejo sintomático

Manejo sintomático⁸	Ceftriaxona , ampolla de 1 g, dosis única IM más doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 7 días
---------------------------------------	--

El compañero sexual también debe ser tratado



INFECCIONES GINECOLÓGICAS

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Espectro de desórdenes inflamatorios del tracto genital femenino superior:

Endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico, peritonitis pélvica

Aguda	Subclínica	Crónica
Aparición <2 semanas Dolor pélvico o en hipogastrio Fiebre HUA Poliaquiuria Flujo vaginal anormal	Asintomática Síntomas leves	Febrícula Pérdida de peso Dolor abdominal

El movimiento cervical agudo, sensibilidad uterina y anexial al examen pélvico bimanual son características de EPI aguda.

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Diagnóstico
clínico: alto
índice de
sospecha

Imágenes:
diagnósticos
diferenciales o
complicaciones

Laparoscopia
Biopsia
endometrial

≥1 de los siguientes aumentan la sensibilidad en el diagnóstico:

- Temperatura > 38.3°
- Secreción mucopurulenta cervical o cervix fiable
- Leucocitos "abundantes" en flujo vaginal
- VSG elevado
- Infección documentada de N. gonorrhoeae o C. trachomatis

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

HOSPITALIZAR SI

- No se puede excluir abdomen agudo.
- Absceso tubo-ovárico.
- Embarazo.
- Enfermedad grave, náuseas, emesis, $T > 38,5^{\circ}$.
- Intolerancia a manejo oral.
- No adherencia al tratamiento.
- Sin respuesta clínica a manejo oral.

No vida sexual hasta finalizar el manejo, se resuelvan los síntomas y la pareja sexual haya recibido el TTO.

VIH, prueba treponémica, gonorrea y clamidia para TODAS.

Se deben continuar los métodos anticonceptivos

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Recommended Parenteral Regimens for Pelvic Inflammatory Disease

Ceftriaxone 1 g by every 24 hours

plus

Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

plus

Metronidazole 500 mg orally or IV every 12 hours

or

Cefotetan 2 g IV every 12 hours

plus

Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

or

Cefoxitin 2 g IV every 6 hours

plus

Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

Cambio a terapia oral en 24-48 horas después de la mejoría clínica

Completar 14 días de doxiciclina 100mg cada 12 horas + metronidazol 500mg cada 12 horas

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

Recommended Intramuscular or Oral Regimens for Pelvic Inflammatory Disease

Ceftriaxone 500 mg* IM in a single dose

plus

Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 14 days with **metronidazole** 500 mg orally 2 times/day for 14 days

or

Cefoxitin 2 g IM in a single dose and **probenecid** 1 g orally administered concurrently in a single dose

plus

Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 14 days with **metronidazole** 500 mg orally 2 times/day for 14 days

or

Other parenteral third-generation cephalosporin (e.g., ceftizoxime or cefotaxime)

plus

Doxycycline 100 mg orally 2 times/day for 14 days with **metronidazole** 500 mg orally 2 times/day for 14 days

* For persons weighing ≥ 150 kg, 1 g of ceftriaxone should be administered.

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

CANDIDIASIS

- Prurito, dolor vaginal, dispareunia, disuria y flujo vaginal anormal.
- Edema vulvar, fisuras, escoriaciones, flujo vaginal espeso (blanco, “leche cortada”).
- **NO ES CONSIDERADA UNA ITS.**

Microorganismo	Examen diagnóstico, tipo de muestra, y nivel de atención	Resultado positivo
<i>Candida spp.</i> ^{14,15}	Examen directo en solución salina o KOH y Coloración de Gram*, flujo vaginal, 1° nivel de atención.	Se observan blastoconidias y/o pseudomicelios compatibles con <i>Candida spp.</i>

- Visualización **sin síntomas: NO INDICA TRATAMIENTO**
- **No visualización pero síntomas: CULTIVO. Cultivo positivo sin síntomas: NO INDICA TRATAMIENTO.**

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

CANDIDIASIS

Microorganismo	Medicamento
<i>Candida spp.</i> ^{6,14} Población general y PVVIH	Fluconazol 150 mg VO dosis única <u>Alternativas:</u> Clotrimazol crema 1% intravaginal, 5 g/ día por 7–14 días Clotrimazol crema 2% intravaginal, 5 g/ día por 3 días
Embarazadas/lactantes	Clotrimazol crema 1% intravaginal 5 g una vez al día por 7 días
Candidiasis vulvovaginal recurrente ^{6*} (4 o más episodios/año)	Terapia tópica por 7-14 días <u>Alternativa:</u> Fluconazol 100, 150, o 200 mg VO cada tercer día (días 1, 4, y 7). <u>Si no hay respuesta:</u> Fluconazol 150 mg VO semanal por 6 meses

INFECCIONES GINECOLÓGICAS

CANDIDIASIS

- **RECURRENTE:** ≥ 3 episodios al año.

BOX 4. Classification of vulvovaginal candidiasis

Uncomplicated vulvovaginal candidiasis (VVC)

- Sporadic or infrequent VVC
and
- Mild-to-moderate VVC
and
- Likely to be *Candida albicans*
and
- Nonimmunocompromised women

Complicated VVC

- Recurrent VVC (three or more episodes of symptomatic VVC in <1 year)
or
- Severe VVC
or
- Non-*albicans* candidiasis
or
- Women with diabetes, immunocompromising conditions (e.g., HIV infection), underlying immunodeficiency, or immunosuppressive therapy (e.g., corticosteroids)

10%-20% *Candida glabrata* y otras especies no *albicans*

Candidiasis recurrente

Tópicos durante 7-14 días

○

Fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg VO cada tercer día por 3 dosis (día 1, 4 y 7)

Mantenimiento:

Fluconazol 100 mg, 150 mg o 200 mg VO semanal durante 6 meses

Candidiasis severa

Tópicos durante 7-14 días

○

Fluconazol 150 mg VO en dos dosis VO secuenciales (a las 72 horas)

Candidiasis no *albicans**

Tópicos durante 7-14 días
más

Otro azol que NO sea fluconazol (oral o tópico)

Recurrencia:

Ácido bórico 600mg cápsula vaginal cada día por 3 semanas



DOLOR PÉLVICO



DOLOR PÉLVICO AGUDO

**ENFERMEDAD PÉLVICA
INFLAMATORIA**

QUISTES OVÁRICOS

TORSIÓN OVÁRICA

EMBARAZO ECTÓPICO

DOLOR PÉLVICO AGUDO

QUISTES OVÁRICOS

- Fisiológicos: Quistes foliculares, quistes del cuerpo lúteo.
- Patológicos: Endometriomas, teratomas, tumores mixtos.

SÍNTOMAS

Dolor súbito, intenso en el cuadrante inferior local, tipo cólico, de intensidad moderada o severa. Inicio después de relación sexual.

Hay dolor a la movilización del anexo afectado, se puede palpar masa.

Diagnóstico	Ecografía transvaginal Laboratorios normales o leucocitosis leve
Tratamiento	Depende de la intensidad del dolor, hemorragia si ruptura? Conservador: *Quistes <6cm de diámetro*. Seguimiento ambulatorio con ecoTV en 4-6 semanas. Quirúrgico: Si líquido libre importante, inestabilidad hemodinámica, severidad del dolor, *Quistes >6cm*.

DOLOR PÉLVICO AGUDO

TORSIÓN OVÁRICA

- 3% de emergencias ginecológicas.
- Más común al lado derecho, al lado izquierdo el sigmoides hace efecto de masa y evita la torsión.

SÍNTOMAS

Dolor súbito, unilateral, intensidad moderada o severa acompañado de náuseas y vómito.

Hay dolor a la movilización del anexo afectado, se puede palpar masa, irritación peritoneal.

Diagnóstico

Ecografía transvaginal con doppler ovárico.
Laboratorios normales o leucocitosis leve.

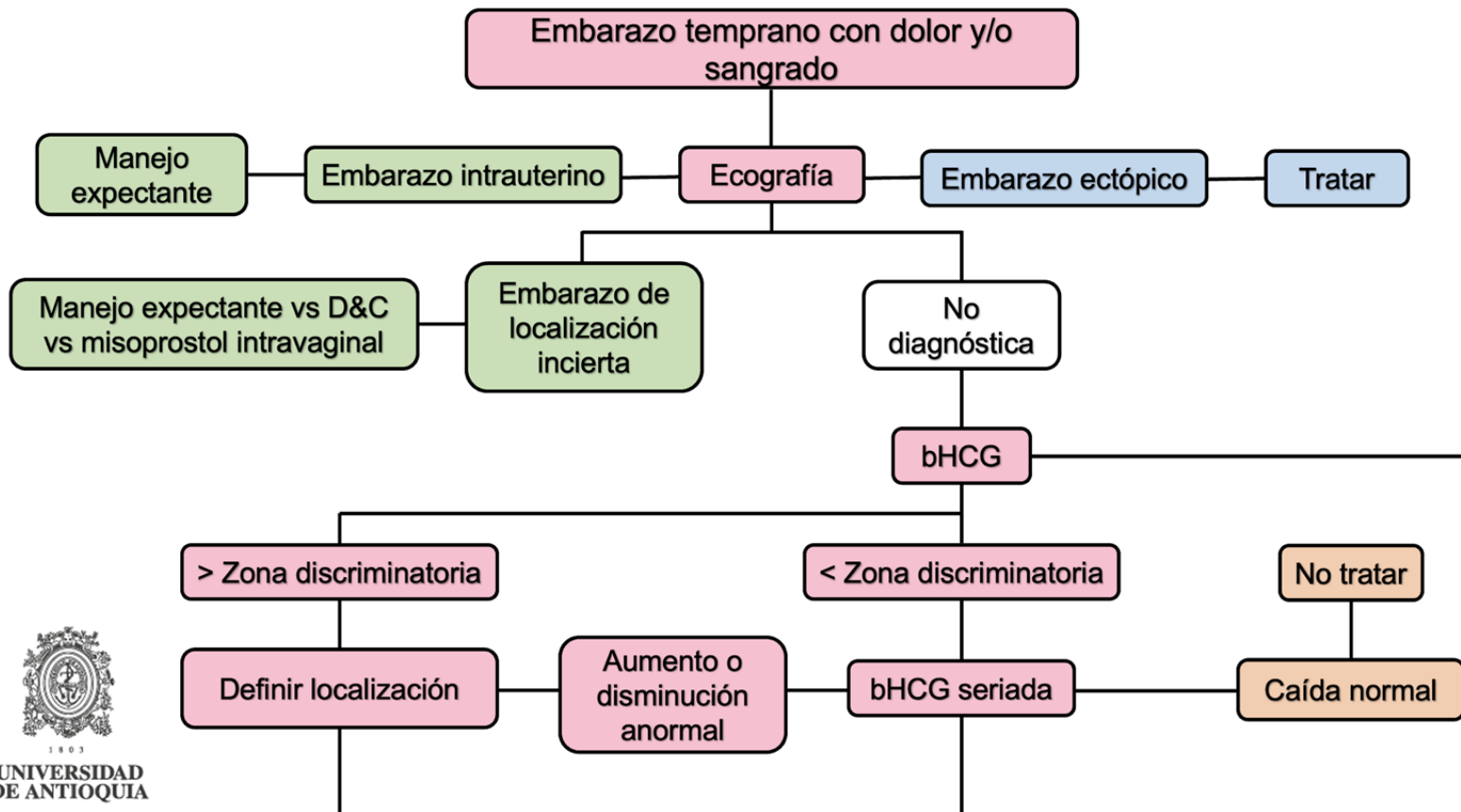
Tratamiento

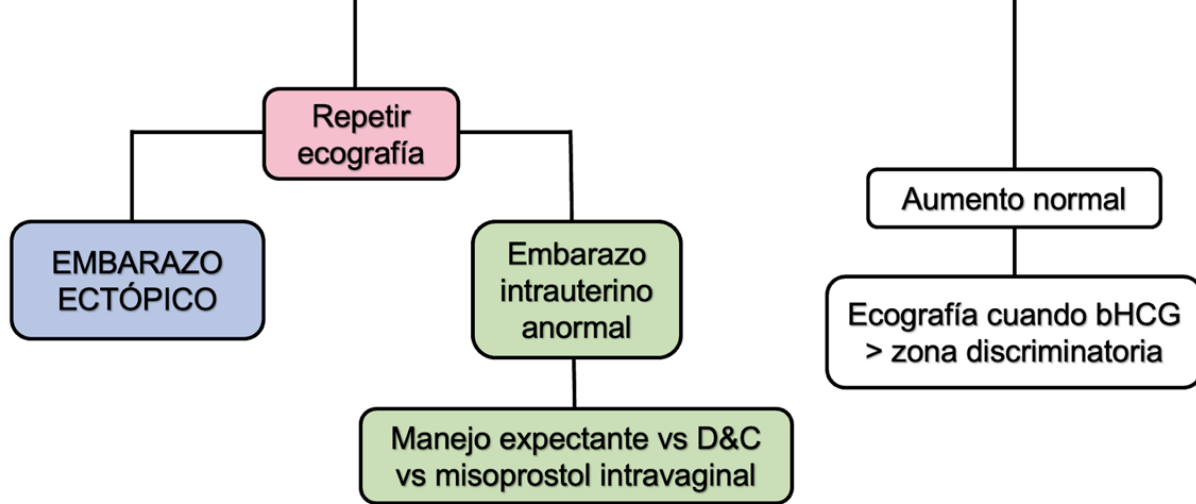
Quirúrgico: Emergencia quirúrgica, diagnóstico es clave para preservar función ovárica.

DOLOR PÉLVICO AGUDO

EMBARAZO ECTÓPICO

- Embarazo implantado por fuera de la cavidad uterina.





Seeber BE, Barnhart KT. Suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 399-413.





DOLOR PÉLVICO AGUDO

EMBARAZO ECTÓPICO

Manejo médico

Estabilidad hemodinámica

Niveles de bHCG < 5000 mUI/ml

Ausencia de latido cardiaco en ecografía

Masa ectópica < 4 cm

Puede hacerse seguimiento

DOLOR PÉLVICO AGUDO

EMBARAZO ECTÓPICO

Manejo médico

METOTREXATE

Dosis única

✓ 1 mg/Kg o 50 mg/m² vía oral, IV o IM

*Se debe medir bHCG de control el día de la aplicación, al día 4 y 7. Después, el control es semanal.

Si el descenso de bHCG entre los días 4 y 7 es <15%, se debe administrar segunda dosis.

Al día 14:

- Descenso > 15%: Control semanal hasta valores indetectables
- 3 valores similares: Dosis adicional de MTX
- Descenso < 15%: Segunda dosis de MTX
- Aumento: Repetir ecografía transvaginal

DOLOR PÉLVICO AGUDO

EMBARAZO ECTÓPICO

Manejo médico

METOTREXATE

Dosis múltiples*

- ✓ 1 mg/Kg o 50 mg/m² vía oral, IV o IM en el día 0, segunda dosis el día 4

*Sugerido cuando bHCG > 3000 mUI/mL y masa > 2cm



DOLOR PÉLVICO AGUDO

EMBARAZO ECTÓPICO

Manejo quirúrgico

Contraindicación de manejo con MTX

Niveles de bHCG > 5000 U/l

Falla terapéutica de MTX

Embarazo heterotópico

Inestabilidad hemodinámica