



ESCARPULLI SIU MAGALI GUADALUPE

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TAREA DE CUARENTENA

SEXTO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCIA

Preguntas

- ¿Que es endometriosis? Es una enfermedad dependiente de hormonas que predominan en mujeres en edad fértil se caracteriza por la presencia de glándulas endometriales y estromas fuera de su ubicación normal.
- ¿Qué es la metaplasia celómica? El peritoneo parietal es un tejido pluripotencial puede sufrir transformación metaplasia hasta convertirse en un tejido indistinguible del endometrial normal.
- Cuando ocurre la endometriosis ¿ocurre cuando estas células crecen por fuera del útero en otras partes del cuerpo
- Cuáles son los síntomas ¿ dismenorrea o dolor menstrual, dispareunia o dolor con las relaciones sexuales, sangrado uterino anómalo.
- La endometriosis puede producir infertilidad por ¿inflamación en el abdomen que implica la unión del ovulo y el espermatozoide, adherencias pélvicas que impidan el movimiento normal de las trompas , presentan mayor riesgo de aborto.
- ¿Como se puede diagnosticar? Ecografía, laparoscopia, etc.
- Tratamiento técnicas quirúrgicas? Laparoscopia, laparotomía, histerectomía
- Tratamiento farmacológico? Anti prostaglandínicos, antiinflamatorio, danazol.
- Se manifiestan son: dolor pélvico, dismenorrea , dispareunia.

ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina. Afecta a un 2.5% a 3.3% de las mujeres en edad reproductiva, de todas las etnias y grupos sociales y es diagnosticada en aproximadamente el 20–68% de las mujeres en estudio de infertilidad , La endometriosis puede manifestarse a través lesiones en la superficie peritoneal, lesiones de infiltración profunda peritoneal, lesiones en el ovario y nódulos en el tabique rectovaginal. La Endometriosis peritoneal se caracteriza por la presencia de implantes superficiales de endometrio en la superficie peritoneal que pueden ser rojos, negros o blancos, los que representan distintos estadios de la evolución de la lesión existen también lesiones atípicas de endometriosis peritoneal, tales como ojales peritoneales, adherencias y lesiones estrelladas la endometriosis de infiltración profunda (EIP), definida como la infiltración en profundidad mayor a 5mm, es una patología multifocal y se caracteriza por lesiones ubicadas de preferencia en la zona retrocervical, los ligamentos uterosacros, el espacio rectovaginal y la vejiga la endometriosis ovárica puede manifestarse a través de lesiones superficiales o a través de quistes de diversos tamaños, cuyo contenido característicamente presenta un aspecto achocolatado denso existe, por otra parte, una entidad, denominada “nódulo rectovaginal” una adenomiosis de remanentes embrionarios ubicados en el tabique rectovaginal, que puede presentarse en forma aislada o asociada a otros tipos de endometriosis es frecuente también observar lesiones que comprometen otros órganos como recto, sigmoides, apéndice y uréter. múltiples mecanismos del origen de la endometriosis, dentro de los cuales el más aceptado es el flujo menstrual retrógrado a través de las trompas de Falopio endometriosis ovárica y nódulo rectovaginal no logran ser explicadas por esta teoría, por lo cual se ha planteado también como hipótesis la metaplasia de restos de tejido Mülleriano indiferenciado a nivel del ovario y del tabique recto vaginal existe evidencia sugerente de alteraciones moleculares endometriales que favorecen la implantación y supervivencia del tejido endometriósico que ha refluído a través de las trompas, así como

también alteraciones inmunológicas en estas pacientes, caracterizadas por una hiperestimulación del sistema inmunológico frente a la presencia del tejido endometrial.

Tabla 1.

Factores determinantes del tipo de tratamiento en pacientes con infertilidad asociada a endometriosis

Tratamiento Quirúrgico	IVF
• Dolor pelviano asociado	• Edad ≥ 37 años
• Tumor Anexial	• Disminución de reserva ovárica
• Cirugía previa insuficiente	• Presencia de factores asociados de infertilidad (F. Masculino, F. Tubario)
• Falla de tratamientos de baja complejidad (IO/IIU)	• Falla de tratamientos de Baja Complejidad (IO + IIU) después de cirugía
• Falla de IVF previo	• Recidiva de la endometriosis después de múltiples cirugías

AMENORREA SECUNDARIA Y SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL

La prevalencia de amenorrea, descartando embarazo, lactancia o menopausia, es aproximadamente 3-4%. Existen numerosas clasificaciones de las amenorreas, enfocadas según el origen de la alteración, momento en que esta ocurre, en función de la clínica o según estado hormonal. (Tabla anexa 1). La clasificación clásica es poco útil para llegar a un correcto diagnóstico sólo con ella, pero se mantiene como la clasificación de referencia: • Primaria • Secundaria

La amenorrea secundaria es el cese de las menstruaciones después de que han comenzado. Por lo general, las pacientes deben ser evaluadas por amenorrea

secundaria si las menstruaciones han estado ausentes durante ≥ 3 meses o ≥ 3 ciclos típicos porque desde la menarca hasta la perimenopausia, un ciclo menstrual que dura > 90 días es inusual.

AMENORREA PRIMARIA: Ausencia de menarquia a los 16 años independientemente del crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. No existencia de menstruaciones a los 14 años si se acompaña de ausencia en el desarrollo de los caracteres secundarios femeninos, o bien si han pasado ya más de dos años desde el inicio de la aparición de éstos. La amenorrea primaria es **GENERALMENTE RESULTADO DE UNA ANOMALÍA GENÉTICA O ANATÓMICA**, constituyendo el 0,1-0,3% de todas las amenorreas. De todas ellas el 60% está en relación con alteraciones del desarrollo genital por anomalías genéticas y el otro 40% son debidas a trastornos endocrinológicos. Sin embargo, todas las causas de amenorrea secundaria también pueden presentarse como primaria. Entre las amenorreas primarias, distinguimos dos tipos según si tienen su origen a nivel central o periférico: **AMENORREAS CENTRALES:** Se producen por una disfunción en el sistema productor de GnRH, por ausencia congénita, por destrucción, alteraciones del sistema modulador o por falta de maduración, produciendo ausencia o déficit de GnRH. Esta situación va a originar un hipogonadismo hipogonadotropo. Entre ellas se pueden diferenciar distintos síndromes: a. Síndrome de Kallman o Distrofia olfativo genital: Se produce una alteración del desarrollo del sistema nervioso central desde las primeras semanas de vida intrauterina. Se caracteriza por una atrofia de la corteza olfatoria e infantilismo sexual. Las pacientes presentan anosmia o hiposmia aunque no suelen ser conscientes de ello, amenorrea primaria y falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, acompañado de malformaciones faciales, como el labio leporino, paladar hendido, orejas de implantación baja. El cariotipo es normal. El nivel de gonadotropinas está disminuido en sangre y los ovarios presentan características de hipoestimulación crónica, pero pueden responder a la inducción de la ovulación con gonadotropinas. b. Insuficiencia de Hormonas Gonadotropinas Hipofisarias: Es poco frecuente. Se produce una disminución selectiva de las gonadotropinas. Tienen talla normal, y no están alteradas el resto de las hormonas.

AMENORREAS PERIFÉRICAS Las de causa ovárica son el grupo más frecuente dentro de las amenorreas primarias, y pueden ser provocadas por no existencia de las gónadas, o bien por ausencia o no funcionamiento de su componente germinal, por defectos bioquímicos en éstas, o una vez formadas, por una destrucción de las mismas.

AMENORREA SECUNDARIA: Definición: Existe controversia respecto al tiempo que debe estar ausente la menstruación para considerarlo amenorrea secundaria, aunque para la mayoría de los autores estiman un periodo de 6 meses sin menstruación o bien la ausencia de 3 ciclos menstruales. Hay que tener en cuenta que para poder diagnosticar una amenorrea secundaria hay que descartar siempre la existencia de alguna causa fisiológica que produzca la retirada de la regla como puede ser el embarazo, la lactancia y la menopausia. La falta de un solo período menstrual rara vez es importante. Se deben diferenciar las amenorreas de las oligomenorreas, que se consideran los ciclos menstruales de duración mayor de 45 días pero menos de 6 meses, y la causa más frecuente suele ser el síndrome de ovarios poliquísticos, aunque también está asociado con hiperprolactinemias, alteraciones de peso, etc Etiología: El embarazo constituye la causa más frecuente de amenorrea secundaria. Puede ocurrir incluso en mujeres que alegan no ser sexualmente activas o mantener relaciones sexuales seguras. Es también importante observar que el sangrado menstrual aparente no excluye el embarazo, ya que un número considerable de gestaciones están asociados con metrorragia del primer trimestre. Por lo tanto, un test de embarazo se recomienda como primer paso en la evaluación de toda mujer con amenorrea. La incidencia de amenorrea secundaria es del 0,7%, siendo sus causas más comunes tras descartar embarazo.

Podemos diferenciar según su etiopatogenia tres tipos: **Orgánicas:** Son secundarias a una lesión que afecta al núcleo arcuato del hipotálamo o a sus vías eferentes alterando la secreción pulsátil de GnRH. Pueden ser secundarias a procesos infecciosos del SNC, como meningitis, abscesos, tuberculosis, traumatismos, lesiones tumorales o irradiación

de la zona, aunque son poco frecuentes... Funcionales: Aunque pueden ser la causa de amenorreas primarias, es más frecuente que se presenten como amenorreas secundarias. Son producidas por alteraciones en la secreción pulsátil de GnRH por el núcleo arcuato, pueden ir desde enlentecimiento del ritmo hasta la desaparición de su secreción. El mecanismo fisiopatológico no se conoce con precisión, pero pueden aparecer en distintas situaciones clínicas. o Amenorrea psicógena: son la causa más frecuente de alteraciones menstruales en las mujeres pospúberes. Algunos de los casos aparecen en estados depresivos, o ante situaciones personales conflictivas. El cuadro tiende a autolimitarse una vez que se ha solucionado el conflicto. o Amenorrea y pérdida de peso: la pérdida de peso independientemente de la causa se ha visto que produce disminución en la producción de los pulsos de GnRH. Si el componente adiposo es menor del 20% y más si disminuye de forma rápida, se pueden producir alteraciones menstruales y amenorrea. Es reversible si se recupera el estado normal de peso. o Amenorrea por ejercicio físico: Hasta la mitad de las mujeres que practican ejercicio físico intenso pueden producir amenorrea. Está en relación con la pérdida de peso y del tanto por ciento de componente graso, así como también puede influir el estrés psíquico que conlleva el realizar deportes de alta competición. o Amenorrea y anorexia nerviosa: en la anorexia nerviosa se dan conjuntamente las tres alteraciones anteriores. Se produce una disminución de peso, acompañado de estrés emocional, e hiperactividad física. En algunas ocasiones la retirada aparece antes de que sea diagnosticada la paciente de anorexia nerviosa. Las determinaciones hormonales de gonadotropinas, prolactina y tiroxina pueden verse bajas. Las amenorreas funcionales suelen revertir cuando se corrige la causa que las originó y para ello a veces se requiere del trabajo conjunto de un psicólogo, psiquiatra, nutricionista y ginecólogo.

MIOMATOSIS UTERINA

Los miomas uterinos son tumores muy frecuentes, aunque se considera que aproximadamente un 30% de ellos son asintomáticos. Su prevalencia ha aumentado por dos razones fundamentales: en primer lugar, la tendencia a retrasar el embarazo a edades más avanzadas expone a muchas mujeres a presentar miomas uterinos en el momento de la concepción, y con ello un factor agregado en detrimento de la capacidad y resultados reproductivos; en segundo lugar, la utilización sistemática de la ecografía transvaginal permite diagnosticar miomas cuya trascendencia desde el punto de vista clínico es poco importante, pero que plantean al clínico numerosas dudas sobre su significado patogénico.

La mutación somática, sola o asociada con otros factores genéticos, hace que el miocito mutado prolifere, lo que conlleva una serie de alteraciones cromosómicas, vasculares, anatómicas y del metabolismo y la fisiología esteroide que favorece el crecimiento del mioma (factores promotores). Las alteraciones de receptores de esteroides, existen evidencias epidemiológicas (más frecuentes en la edad fértil; infrecuentes antes de la menarquia y que disminuyen en la menopausia) que sugieren una relación directa de los miomas con los estrógenos. Para que éstos realicen su función es necesaria la expresión de receptores nucleares estrogénicos, que son sobrepresados en el mioma durante todo el ciclo menstrual y no disminuyen en la fase secretora, como ocurre en el miometrio normal.

Las mujeres con síntomas atribuidos a los miomas uterinos pueden tener manifestaciones clínicas que abarcan tres aspectos importantes: 1. Sangrado uterino en 60%, que en muchos casos no tiene relación con el tamaño o número de miomas. Puede ser muy abundante y afectar la calidad de vida como consecuencia de la necesidad de cambios frecuentes de toallas, incluso puede llevar a la anemia severa que amerite

hospitalización para transfusión sanguínea. 2. Dolor pélvico puede ser por efecto de compresión en 25% de los casos; la masa del mioma puede ejercer presión sobre los órganos adyacentes, y el crecimiento acelerado hace que no reaccionen a medidas habituales y analgésicos, por esto en muchas ocasiones la mujer ve limitadas sus actividades diarias y laborales. Dificultades para la concepción en 15%, con incremento en la tasa de abortos por la distorsión que causan a la cavidad uterina. Cuando se consigue el embarazo, la miomatosis uterina se asocia con efectos adversos, como: sangrados en el primer trimestre de la gestación, rotura prematura de membranas, presentación anormal, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino y mayor índice de cesáreas. En 30% de los casos el crecimiento de los miomas en el primer trimestre también es concurrente con lo descrito. La fisiopatología de los fibromas uterinos se han identificado factores genéticos, epigenéticos, de crecimiento, citocinas y componentes de la membrana extracelular que participan en la patogénesis de los leiomiomas.

TUMORES DE OVARIO

Los tumores de ovario de bajo potencial maligno tienen células anormales que se pueden convertir en cáncer, pero generalmente eso no ocurre. Por lo general, esta enfermedad permanece en el ovario. Cuando se encuentra la enfermedad en un ovario, se debe examinar también el otro ovario para verificar si hay signos de enfermedad.

Los ovarios son un par de órganos del aparato reproductor femenino. Están en la pelvis, uno a cada lado del útero (el órgano hueco, en forma de pera donde crece el feto). Cada ovario tiene aproximadamente el tamaño y la forma de una almendra. Los

ovarios elaboran óvulos y hormonas femeninas. Los signos y síntomas de los tumores de ovario de bajo potencial maligno son dolor o hinchazón del abdomen.

Es posible que los tumores de ovario de bajo potencial maligno no produzcan signos o síntomas tempranos. Si tiene signos o síntomas, estos pueden ser los siguientes:

- Dolor o inflamación en el abdomen.
- Dolor en la pelvis.
- Problemas gastrointestinales, como gas, flatulencia o estreñimiento.

Otras afecciones pueden causar estos signos y síntomas. Consulte con su médico si estos empeoran o no desaparecen por sí solos.

Las pruebas que examinan los ovarios sirven para detectar (encontrar), diagnosticar y estadificar tumores de ovario de bajo potencial maligno.

Se pueden usar las siguientes pruebas y procedimientos:

- Examen físico y antecedentes: examen del cuerpo para revisar el estado general de salud e identificar cualquier signo de enfermedad, como masas o cualquier otra cosa que parezca extraña. También se toman datos sobre los hábitos de salud del paciente, los antecedentes de enfermedades y los tratamientos anteriores.
- Examen pélvico: examen de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y el recto. Se introduce un espéculo en la vagina y el médico o enfermero examinan la vagina y el cuello uterino para detectar signos de enfermedad. Por lo habitual, se realiza una prueba de Pap del cuello uterino. Además, el médico o enfermero introducen uno o dos dedos de una mano cubiertos con guantes lubricados en la vagina y colocan la otra mano sobre la parte baja del abdomen para palpar el tamaño, la forma y la posición del útero y de los ovarios. Asimismo, el médico o el enfermero también introducen un dedo, cubierto con un guante lubricado en el recto para palpar si hay masas o áreas anormales.
- Ecografía: procedimiento para el que se hacen rebotar ondas de sonido de alta energía (ultrasónicas) en los tejidos u órganos internos a fin de producir ecos. Los ecos forman una imagen de los tejidos del cuerpo que se llama ecograma. La imagen se puede imprimir para observar más tarde