

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**Ginecomastia, Diagnóstico, Manejo actual**

**Gladys Lilián Fiallos Peña**

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, junio de 2013

# UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

## Colegio de Postgrados

### DESCRIPCIÓN DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS Y LUEGO DE LAS CONFERENCIAS Y POSTERS PRESENTADOS

#### A. PUBLICACIONES

1. Bucheli J, Moreno F, Herrera W, Fiallos L. Historia Clínica en Ginecología. En: Bucheli JR (ed): Ginecología Clínica y Quirúrgica, Ed. Imprenta Editora Americana, ed. I, 2011. p19-25
2. Calderón D, Fiallos L. Bloqueo del Nervio Pudendo. Rev Cambios, 2011; 19:146-149
3. Fiallos L, Balladares C. Ginecomastia, Diagnóstico, Manejo Actual. Rev Ecuat Ginecol Obstet, 2013. *in press*
4. Fiallos L, Bucheli J, De la Roche R. Cáncer recidivante de ovario: utilidad del PET SCAN. Rev Metro Ciencia, 2013. *in press*

#### B. PRESENTACIONES EN CONGRESOS

1. Hemorragia Post Parto: Protocolo de Actuación. Curso de Actualización Materno Infantil. Junio, 18 al 28 del 2012. Quito – Ecuador.
2. Tumores Ováricos: Clínica y Clasificación. III Congreso Nacional de Actualización en Gineco – Obstetricia y Pediatría Clínica. Avances 2012. Septiembre 6 al 15 de 2012. Quito – Ecuador.
- 3.- Actualizaciones en Parto Prematuro. Ateneos de Ginecología 2011. Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia. 17 de Febrero 2011. Quito - Ecuador
- 4.- Virus Del Papiloma Humano: Actualización. Jornadas Universitarias de Actualización en Ginecología y Obstetricia Dr. Luis Escobar Castro. Mayo del 19 al 21, 2010. Quito – Ecuador.

**Autora: Lilián Fiallos Peña, MD**

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención  
del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

**Quito, Abril 2013**

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

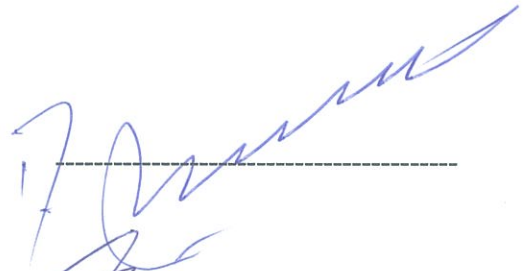
**Autor Md. Lilián Fiallos Peña**

Juan Francisco Fierro Renoy, M.D.



Director del Programa de Postgrados en  
Especialidades Médicas

Dr. José Bucheli Terán



Director del Postgrado

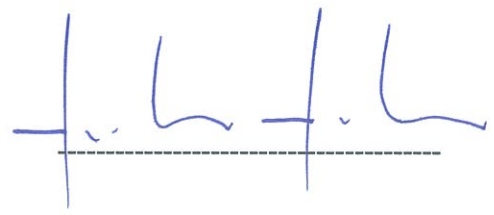
Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca



Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

USFQ

Víctor Viteri Breedy, Ph.D

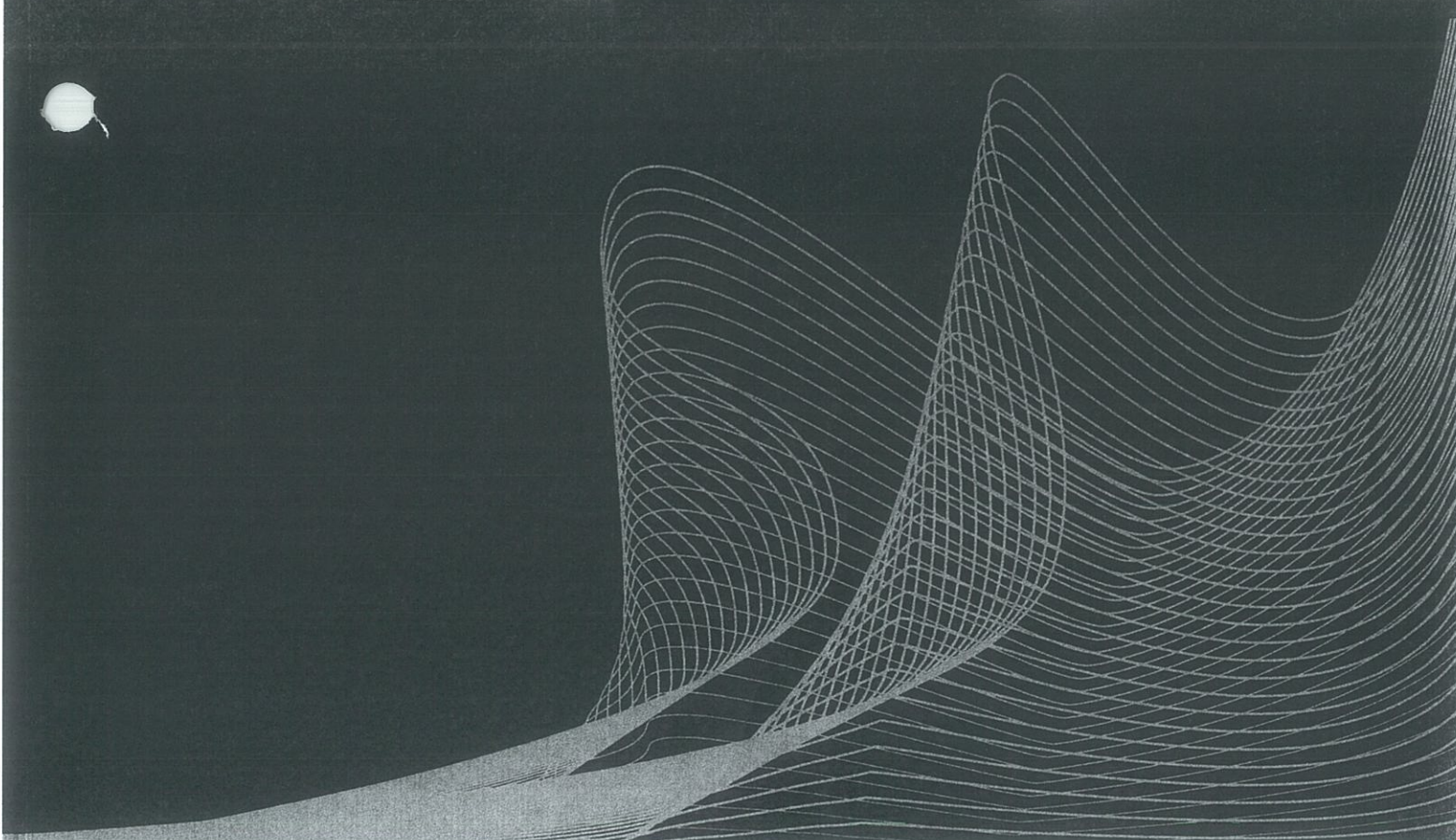
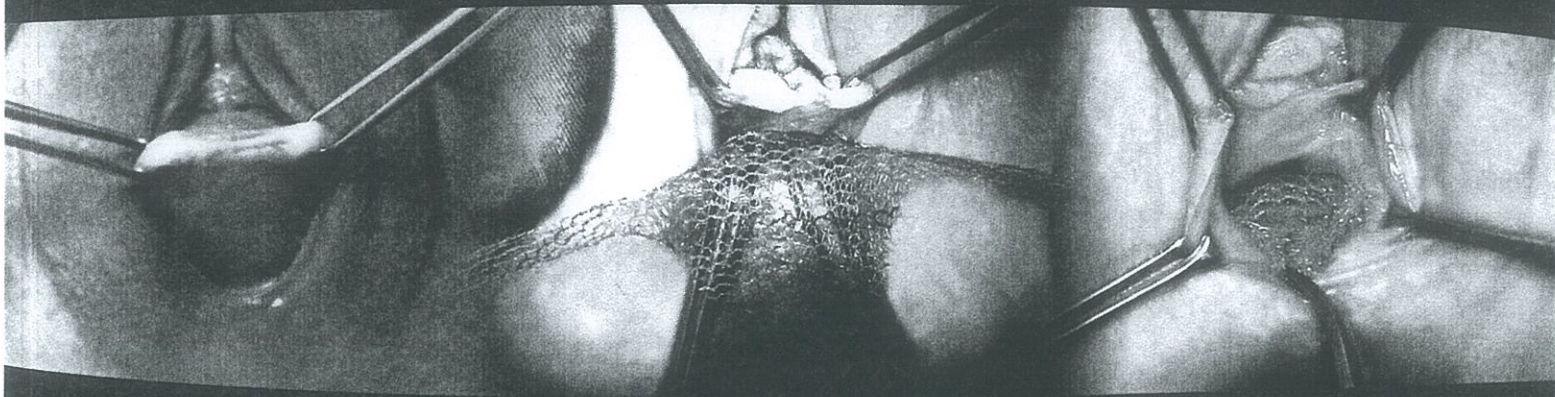


Decano del Colegio de Postgrados

Quito, Junio de 2013

# Ginecología Clínica y Quirúrgica

*J. Rubén Bucheli T.*



## **COAUTORA EN EL LIBRO GINECOLOGÍA CLÍNICA Y QUIRÚRGICA, DR J BUCHELI TERÁN**

**Bucheli J, Moreno F, Herrera W, Fiallos L, Historia clínica en ginecología, Ginecología Clínica y Quirúrgica, vol. 1, 19:25**

La historia clínica es un instrumento médico – legal, de gran utilidad para el médico.

Es el resultado del trabajo médico, en la que se establece la relación médico – paciente, facilitando el proceso de recolección de información para posteriormente hacer presunciones diagnósticas bien orientadas.

Fundamentalmente en ginecología se pone en práctica la capacidad del médico de brindar confianza a la paciente de tal manera que ésta se sienta en libertad de expresar lo que en realidad le preocupa; sin embargo se debe tener cuidado en guiar la entrevista, ya que a veces las pacientes tienden a salirse del tema.

Es importante mantener una secuencia durante la elaboración de la historia clínica para no pasar por alto detalles que pueden contribuir a la elaboración del diagnóstico.

Finalmente el tiempo que se ofrece a la paciente debe ser el suficiente como para que la paciente exprese todas sus inquietudes.

## CAPÍTULO I

## Historia clínica en ginecología

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica.

La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.<sup>1</sup>

Dentro del contexto médico-legal y deontológico del ejercicio de la profesión médica, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o acto médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal respecto al paciente, convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial.

## Características de la historia clínica

## 1.- Confidencialidad

El secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia.

El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. Son los pilares de la relación médico-paciente.

## 2.- Seguridad

Debe constar la identificación del paciente así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

*Dr. José Rubén Bucheli Terán*

*Dr. Fernando Moreno Montes*

*Dr. Washington Herrera Montaluisa*

*Dra. Lilián Fiallos Peña.*

## 3.- Disponibilidad

Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.

## 4.- Única

La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente, la labor asistencial, la gestión y economía sanitaria.

## 5.- Legible

Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos, a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.<sup>2</sup>

## Requisitos de la historia clínica

## 1.- Veracidad

La historia clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito.

## 2.- Exacta

Debe contener datos precisos que no conlleven a errores y pueda ser interpretado por todos de la misma manera.

## 3.- Rigor técnico de los registros

Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.

## 4.- Coetaneidad de registros

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada.

### 5.- Completa

Debe contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

### 6.- Identificación del profesional

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y código médico.<sup>3</sup>

Al iniciar la historia clínica ginecológica se debe tenerse presente al menos los siguientes postulados:

La historia clínica constituye el primer contacto entre el médico y la paciente y debe llevar a una relación óptima entre ambos.

En el encuentro inicial a la paciente debe dársele el tiempo suficiente para que explique en su propio lenguaje el motivo de la visita. Este encuentro debería ser personalizado.

Debe garantizarse a la paciente que la información proporcionada es confidencial y sólo será compartida con otras personas bajo su aceptación.

Mientras se practica la exploración física, es conveniente mantener con la paciente comunicación verbal constante.

Cuando la paciente sufre dolor intenso, o es una adolescente, el médico debe aclararle que la exploración depende de su autorización y asegurarle que la suspenderemos si las molestias son muy intensas.

El médico debe asegurarse que la paciente ha comprendido el diagnóstico, el tratamiento y los riesgos o beneficios del mismo. La compañía de un familiar o cónyuge facilita el punto anterior, pero será exclusivamente la enferma quien decidirá si va acompañada o no a la consulta.

Para muchas mujeres el ginecólogo es considerado como su médico principal. Asumir esta responsabilidad implica ocuparse de la salud global de la persona.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual de la paciente, incorpora los

datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación.

La historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye en una sección aparte los juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado.

El consentimiento informado de la paciente, que se origina en el principio de autonomía, es un documento donde la paciente deja registrado y firmado su reconocimiento y aceptación sobre su situación de salud y/o enfermedad y participa en las tomas de decisiones.

### Anamnesis o interrogatorio

Es una parte de la historia clínica en la que por medio de una serie de preguntas y respuestas, se obtiene información sobre diversos aspectos del padecimiento de un paciente.

El orden y apartados a consignar son:

1. Fecha y hora del historial.
2. Datos de identificación: edad, estado civil, ocupación.
3. Fuente de información o referencia.
4. Confiabilidad: debe documentarse si es relevante.
5. Motivo de la consulta y enfermedad actual.
6. Situación social.
7. Antecedentes patológicos.
8. Interrogatorio por aparatos.

### Motivo de la consulta:

La respuesta a las tres preguntas hipocráticas de ¿qué afección?, ¿desde cuándo?, ¿a qué lo atribuye? son clásicas en medicina y tienen su utilidad en ginecología.

### Enfermedad actual:

Incluye una explicación completa, clara, cronológica de los problemas que llevaron a la paciente a buscar atención, la descripción debe incluir el inicio de la anormalidad, las circunstancias en que se desarrolló, sus manifestaciones y cualquier tratamiento recibido.

Los síntomas principales deben describirse en términos de:

Localización, calidad, cantidad o intensidad, tiempos incluido inicio, duración y frecuencia, situación en la que se presentan, factores que agravan o alivian los síntomas y manifestaciones acompañantes.

**Situación social:**

Conocer la edad, estado civil, profesión, hijos, educación, género de vida, domicilio, religión, son importantes para valorar adecuadamente el problema que preocupa a la enferma y programar adecuado un tratamiento.

**Antecedentes patológicos:**

Debemos incluir con detalle: intervenciones quirúrgicas previas y sobre todo las abdominales y aparato genital, patología mamaria, enfermedades infecciosas, alergias, medicamentos que toma y reacciones adversas si las hubo. Es fundamental conocer las interacciones medicamentosas al instaurar el tratamiento.

**Hábitos:**

Dieta, alcohol, tabaco, ejercicio, medicamentos y drogas.

**Antecedentes ginecológicos:**

Antecedentes menstruales: comprende menarca, características de la hemorragia (intensidad, ritmo, duración), aspecto, dolor, cambios en el carácter, estreñimiento o diarrea. Si la menstruación se acompaña de síntomas como distensión, erupciones cutáneas, cambios en la conducta, retención de líquidos e hipersensibilidad mamaria. Siempre que sea posible constataremos las fechas de la regla en los últimos tres meses.

**Antecedentes obstétricos:**

Comprende embarazos anteriores, abortos, partos prematuros y a término, embarazos extrauterinos, enfermedades de transmisión sexual, citología, número de parejas sexuales, número de hijos vivos y tipo de lactancia.

**Planificación familiar:**

A toda paciente en edad reproductiva es indispensable preguntar las técnicas anticonceptivas que usa y ha usado, si éstas son razonables y adecuadas y la aceptabilidad o rechazo por parte de la paciente o el ginecólogo.

**Sexualidad:**

Aunque el tema es muy delicado, el ginecólogo invitará a tratar el mismo en la primera consulta.

Las pacientes con problemas sexuales como dispareunia, falta de libido o anorgasmia.

La mayoría de las mujeres con problemas sexuales no los menciona en su primera visita, haciéndolo cuando adquiere un mayor grado de confianza con el ginecólogo.

**Exploración física**

Es ideal el disponer de un sitio adecuado, con iluminación y ventilación apropiadas, en lo posible protegido de interrupciones que rompan la tranquilidad.

**Postulados generales**

Aprovechar la entrevista o interrogatorio para asegurarle a la mujer que la exploración rutinaria y genital no se acompaña de dolor o molestia importante.

Si la exploración requiere alguna técnica agresiva (biopsia), informarle de las molestias que puede provocar.

Si las molestias fueran ostensibles se solicitará su autorización e indicará que suspenderemos la exploración si tiene dolor intenso.

Mientras dura la exploración recordará el ginecólogo la importancia de la comunicación. Con frecuencia la exploración mejor lograda se consigue cuando conversamos con la paciente.

Después de terminar la exploración (mamaria, pélvica, etc.) el médico informará de la normalidad encontrada y, si es posible, de los datos sospechosos o anormales descubiertos.

El silencio del médico durante la exploración (falta de comunicación) provoca en la paciente angustia y temor.

Reducir al mínimo el número de veces que se le pide a la paciente que cambie de posición.

Debería de tener un examen ginecológico anual si alguna vez ha tenido relaciones sexuales o es mayor de 18 años.

Es posible que necesite tener chequeos más a menudo si tiene una infección de transmisión sexual o una pareja que tiene una infección, historia de problemas de salud sexual, una enfermedad relacionada a la sexualidad, una madre o hermana que desarrolló cáncer de los senos antes de la menopausia, historia de resultados anormales de la prueba de Papanicolaou (Pap test), un tumor en el seno.<sup>4</sup>

**Inspección:**

Reconozca el estado general de salud, talla, complexión, desarrollo sexual, peso e higiene corporal.

Con el uso de una luz adecuada tratamos de identificar contornos asimétricos, hoyuelos, edema de piel, coloraciones anormales, asimetrías venosas, asimetría y/o retracciones de pezones, eczemas y/o secreción.



### Exploración mamaria

Se valoran las mamas con los brazos relajados, luego elevados y al final con las manos de la paciente haciendo presión en las caderas (Fig. 1).

### Palpación

Comprende el área mamaria supraclavicular y área axilar.

Autoexploración: se informará y aconsejará la autoexploración, debiendo realizarlo en la primera semana pasada la menstruación (Fig. 2. secuencia de la autoexploración).

Siguiendo ésta práctica el 35 por 100 de las tumoraciones son detectadas por la paciente.

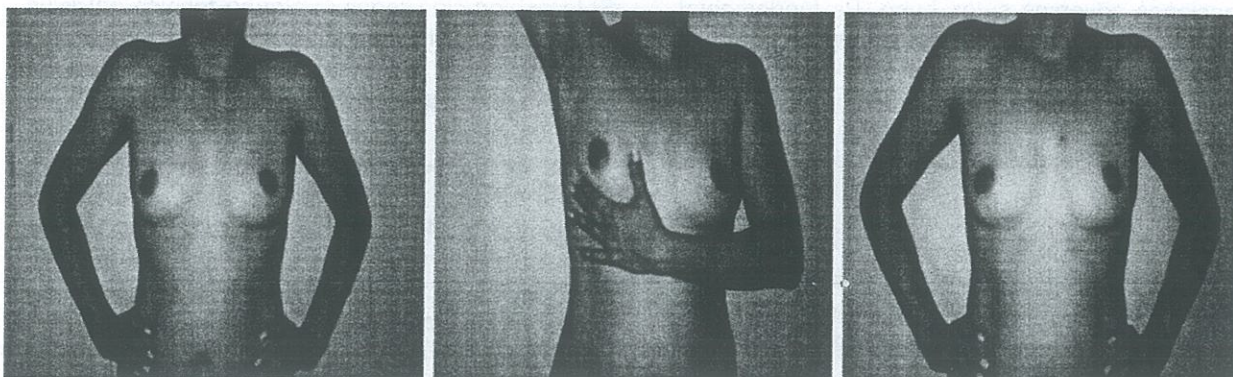


Figura 1

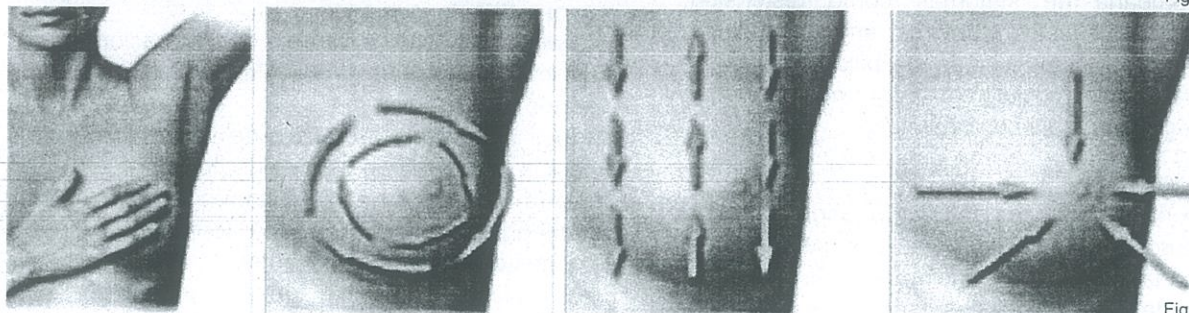


Figura 2

La glándula mamaria está dividida en cuatro cuadrantes, siendo el cuadrante superior externo de la mama quien contiene la mayor cantidad de tejido glandular y es el lugar de más frecuente desarrollo de tumores mamarios (Fig. 3).

Prevalencia de localización tumoral en la glándula mamaria (Fig. 4).

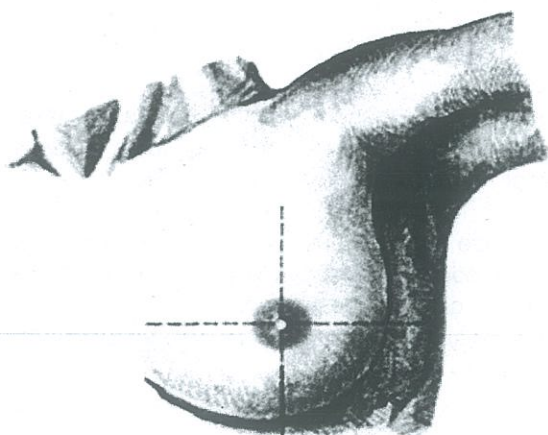


Figura 3

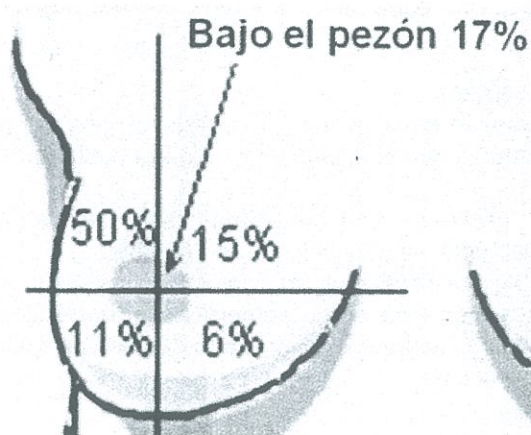


Figura 4

## Riesgo de cáncer de mama

EDAD	RIESGO
Antes de los 25 años.	Nulo.
Antes de los 30 años.	1,5 por 100 de cánceres.
Entre los 40-50 años.	85 por 100 de los cánceres.
Después de los 50 años.	65 por 100 de los cánceres.
Entre los 45 y 55 años.	Máximo riesgo.

Antecedente familiar de cáncer entre madre-hermana-hija y máximo si el diagnóstico fue antes de los 45 años.

Antecedente personal: sobre todo en las hiperplasias atípicas.

Uso de anticonceptivos: no aumenta el riesgo de cáncer de mama.<sup>4</sup>

**Diagnóstico precoz:** la utilización de la mamografía a demostrado que detecta el cáncer dos años antes que la paciente o el médico.

Mamografía normal (Fig. 5).

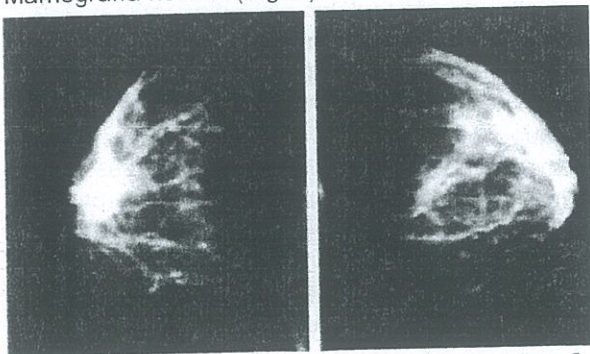


Figura 5

## Mamografía: recomendaciones.<sup>4,5</sup>

Sin anomalías detectables y sin factores de riesgo:

- Mamografía a los 40 años.
- Revisiones cada 1-2 años.

SAC (Sociedad Americana del Cáncer)

- 35-40 años: una mamografía.
- 40-50 años: una vez cada 2 años.
- >50 años: una vez cada año.

Casos de riesgo elevado:

Mamografía entre 35 y 40 años.

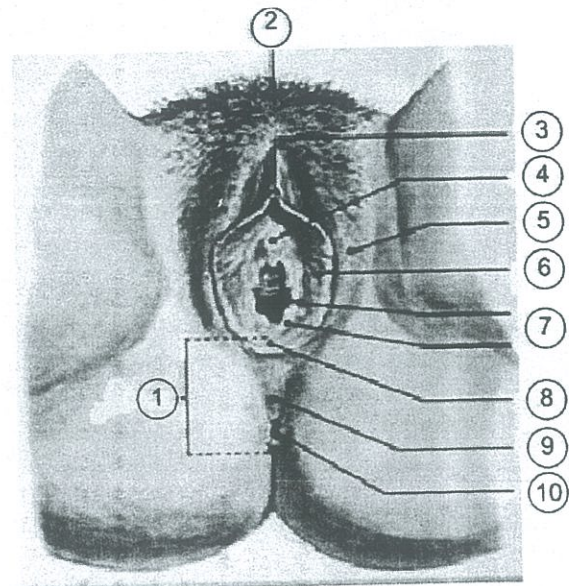
Citología por aspiración: (PAAF) ante lesiones palpables y por BIRADS.

Biopsia bajo control radiológico o ecográfico: ante lesiones no palpables y sospecha en mamografía.<sup>4,5,6</sup>

## Examen ginecológico

### Inspección

1.- La inspección de genitales externos femeninos (Fig. 6- 6.1- 6.2 ).



- 1- Periné
- 2- Monte de Venus
- 3- Prepucio del clítoris
- 4- Orificio uretral
- 5- Labios mayores
- 6- Labios menores
- 7- Orificio vaginal
- 8- Himen
- 9- Vestíbulo
- 10- Rafe ano-vulvar
- 11- Ano

Figura 6

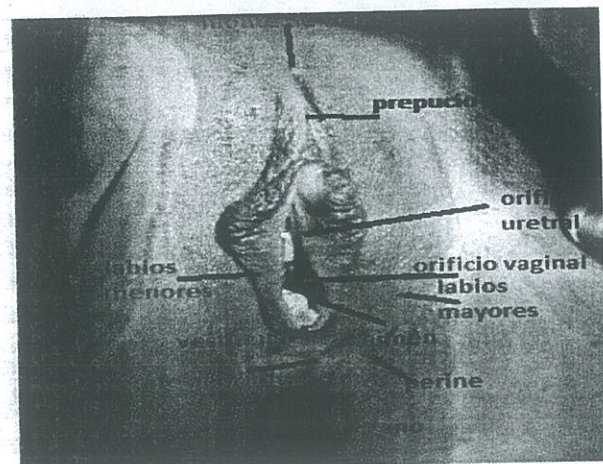


Figura 6,1

2.- Inspección con espéculo vaginal:  
El espéculo vaginal es un instrumento creado para la observación cérvico vaginal (Fig. 7).

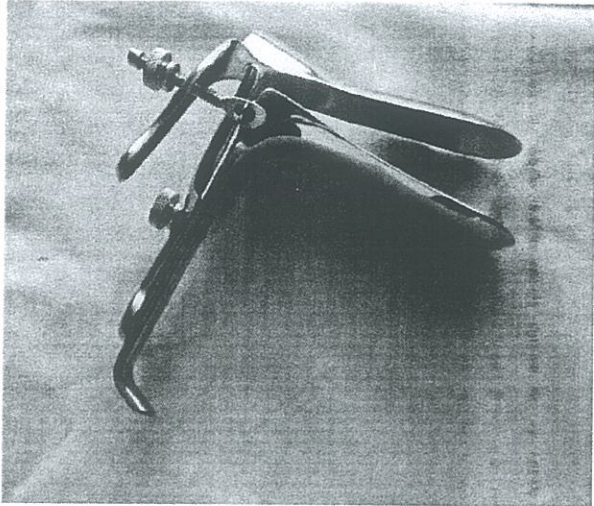


Figura 7

Se coloca sin lubricante para toma de citología cérvico-vaginal.  
Para la observación del cérvix y paredes vaginales antes y después de la limpieza con solución fisiológica o clorhexedina (sablón) (Fig. 8).

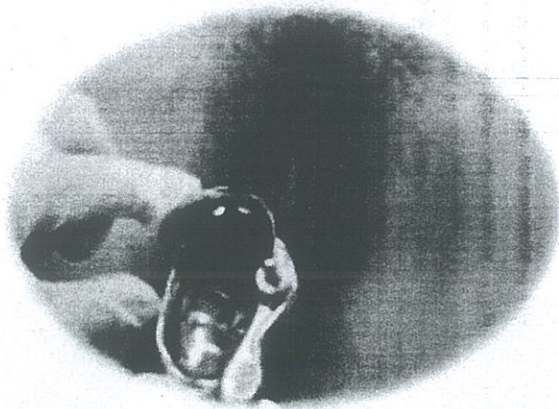


Figura 8

### Exploración pélvica:

Comprende vulva, vagina, útero y anexos, vías urinarias, recto y ano.

Vulva: incluye la inspección y palpación de labios mayores y menores, vestíbulo vaginal, glándula de Bartholin, uretra, glándulas de Skene, área anal.

Vagina: aumentando la presión intraabdominal podemos informarnos sobre las paredes vaginales y posición del cuello uterino.

Cuello: comprende toma de frotis ecto y endocervical, tinción de Papanicolaou, examen a fondo de sacos vaginales, examen del moco cervical.

Útero y anexos: tacto bimanual vía rectal o vaginal.<sup>7,8,9</sup>

### Tacto vaginal

Se entreabre la vulva con los dedos apoyados en la horquilla, se indica a la paciente que haga esfuerzo de pujo con el objeto de ver si hay desplazamiento de las paredes vaginales y descenso de cuello.

Valorar la suficiencia perineal: se introducen el dedo índice y medio en la vagina y se le indica a la paciente que contraiga los músculos perineales con un esfuerzo similar al que efectúa para detener la micción.

Tacto del cuello, se ponen los dedos en contacto con el, y se le pide a la paciente que puje, para apreciar si hay descenso uterino o no, identificar: dirección en relación con el eje de la vagina, volumen, consistencia y el estado de la superficie, así como el orificio cervical externo; movilizarlo en sentido ante posterior y lateral, para ver si esta maniobra despierta dolor.

Palpación de cada uno de los fondos de saco para conocer su consistencia, elasticidad y si están ocupados o no. Palpación de parametrios y tabiques recto y véscico-vaginal.

El médico evitará en lo posible las molestias y/o dolor que suele ocasionar y precaver a la paciente de los mismos. Es importante mantener en constante conversación informativa a la paciente sobre las áreas que revisa para evitar la angustia que el silencio acarrea.

### Exploración bimanual

Con los dedos introducidos en la vagina y la otra mano sobre la pared abdominal anterior se hace presión suave, pero sostenida y firme (Fig. 9).

Cuerpo uterino. Apreciar forma, tamaño, consistencia, posición (versión/flexión), estado de la superficie, movilidad y sensibilidad.

Anexos. Cuando sean palpables, consignar: tamaño, forma, consistencia, movilidad y



Figura 9

sensibilidad.<sup>7,8,9,10</sup>

Estructuras valoradas en el tacto bimanual:

- 1- Útero.
- 2- Vejiga.
- 3- Sínfisis del pubis.
- 4- Vagina.
- 5- Recto.

### Tacto rectal

Es el medio útil para conocer el estado de los parametrios, características del útero en retroversión y cuando se trata de pacientes con himen íntegro sustituye al tacto vaginal.

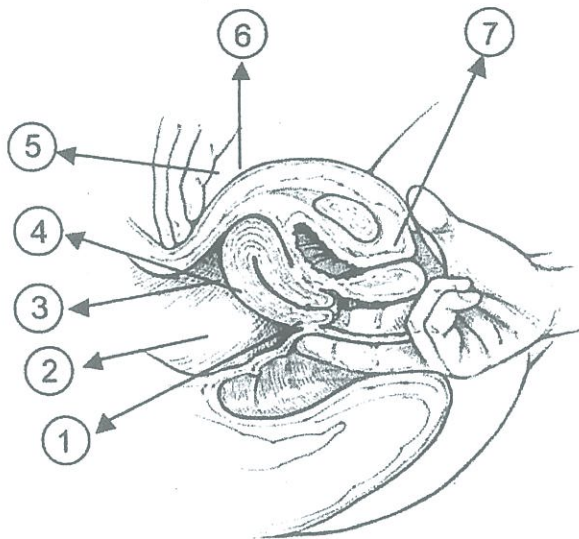


Figura 10

El dedo rectal facilita el tacto de espinas ciáticas, sacro coxis, ligamentos úterosacos y sacrociáticos, saco de Douglas.<sup>10,11,12</sup> (Fig. 10).

Estructuras valoradas en un tacto rectal:

- 1- Coxis.
- 2- Sacro.
- 3- Recto.
- 4- Saco de Douglas.
- 5- Útero.
- 6- Sínfisis del pubis.
- 7- Vagina.

### Exploraciones complementarias

En ocasiones la exploración pélvica no proporciona información suficiente para llegar a un diagnóstico certero. Las exploraciones que proporcionan la información adicional precisa son:<sup>13</sup>

- Ultrasonografía.
- Urografía endovenosa.
- Tomografía computarizada.
- Resonancia magnética.
- Laparoscopia diagnóstica.
- Histeroscopia diagnóstica.
- Biopsia de cérvix o de endometrio.
- Colposcopia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo: La relación médico-enfermo. Ed. Castilla, Madrid, 1964.
2. Criado del Río M<sup>a</sup> T; Seoane Prado J. Aspectos médico-legales de la historia clínica, Madrid, 1999.
3. Aulló Chaves M; Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional: la historia clínica. Madrid, 199.
4. Tratado de Ginecología de Novak. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1991.
5. Epidemiology and diagnosis of breast disease. American College of Obstetrics and Gynecology. Am Coll Obstet Gynecol Tech Bull 71:1-5,1993.
6. Early detection of breast cancer. JAMA 252: 3008-3011, 1984.
7. Bonilla F, Pérez M, Pardo G, Sampaio M, Tratado de endosonografía en Obstetricia y Ginecología 2da Edic. Cientif. Tecn. SA, Barcelona 1992.
8. Cruz V, Pacheco J, Ravina R, Carrasco N, Caballero M, Lock M, Sexualidad en la Gestación. Ginec Obstect Perú 1998: 32:33.
9. Jones III HW, New technologies in Pap smear screening. XV Congreso Mundial FIGO. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76 Suppl August 5:7.
10. The American College of Obstetricians and Gynecologist. Manual of Standars in Obstetric-Gynecologic Practice 1974.
11. Guía de exploración física e Historia Clínica, 8va edición, Nc Graw Hill, Lynn S. Bickley, 2003.
12. Dr. Ricardo Gazitúa, Manual Semiología, Septiembre 2007.
13. Jon Knowles, El Examen Ginecológico, Planned Parenthood Federation of America, 2002.

# CAM**bios**

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA

Volumen XI NO. 17  
Julio 2011 - Diciembre 2011

Trabajos de Investigación | Casos Clínicos | Revisión Bibliográfica | Mística de Servicio



Avanzamos  
**Seguros...!**

HCAM  
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

## RESUMEN DE LAS PUBLICACIONES

Calderón D, Fiallos L, TEMA DE REVISIÓN: BLOQUEO DEL NERVIPO PUDENDO, CAMBIOS julio 2011, vol. 19, 146:149

### TEMA DE REVISIÓN: BLOQUEO DEL NERVIPO PUDENDO

En los últimos años, la anestesia epidural y bloqueo sub aracnoideo han sustituido en gran medida la anestesia obstétrica tradicional: bloqueo caudal, para cervical y pudendo.

Son procedimientos simples, rápidos, fiables y razonables se utilizan en partos vaginales y cirugías menores de la vagina y el periné.

El nervio pudendo (S2, 3, 4) proporciona inervación al tercio inferior de la vagina y el perineo.

Los nervios pudendos internos (S2-S4) corren por detrás y por fuera de la espina ciática y del ligamento sacro espinoso para luego dividirse en sus tres ramas perineales:

1. Dorsal del clítoris, que inerva el clítoris
2. Perineal, que inerva los músculos del perineo, la piel de los labios mayores y labios menores, y el vestíbulo
3. Hemorroidal inferior, inerva el esfínter anal externo y la piel perianal.

El nervio pudendo se acompaña por su arteria y vena, pasa justo por detrás de la unión del ligamento sacro coccígeo y la espina ciática.

El nervio pudendo es fácilmente accesible en su paso por la espina ciática mediante dos técnicas diferentes, la técnica trans vaginal y la perineal.

Este bloqueo se lo puede utilizar para colocación de fórceps, episiotomías, parto natural, hemorroidectomías, biopsias prostáticas, pudiendo alcanzar hasta un 80 % de éxito, con relativamente pocas complicaciones, y una curva de aprendizaje de 10 pacientes.

# TEMA DE REVISIÓN: BLOQUEO DEL NERVIPO PUDENDO

**Dr. Diego Calderón**

Médico tratante, Jefe del Departamento Materno Infantil - HCAM

**Md. Lilian Fiallos**

B2 Ginecología y Obstetricia - HCAM

**Md. Julia Lucia Mena**

Médico General

**Dr. Rubén Bucheli T.**

Médico Jefe del Servicio de Ginecología - HCAM

**Correspondencia:**

Dr. Diego Calderón

E-mail: dfcalderon@yahoo.es

## RESUMEN

En los últimos 20 - 30 años, la anestesia epidural y bloqueo subaracnoideo han sustituido en gran medida la anestesia obstétrica tradicional: bloqueo caudal, paracervical y pudendo.

Sin embargo, hay todavía un lugar para estos bloqueos y muchos obstetras valoran el hecho de que son simples, rápidas, fiables y razonables.

Se han realizado varios estudios sobre todo en relación con manejo del dolor en el trabajo de parto, histerectomía vaginal, cirugía estética ginecológica, hemorroidectomía, cirugía urológica menor, con resultados satisfactorios.

## ABSTRACT

*In the last 20 to 30 years, epidural anesthesia and spinal anesthesia have largely replaced traditional obstetric anesthesia: caudal block, paracervical and pudendal.*

*However, there is still a place for these blocks and many obstetricians appreciate the fact that they are simple, rapid, reliable and reasonable.*

*There have been several studies especially in relation to pain management in labor, vaginal hysterectomy, gynecologic cosmetic surgery, hemorrhoidectomy, minor urological surgery, with satisfactory results.*

## INTRODUCCIÓN

El bloqueo del nervio pudendo, se utiliza para los partos vaginales y cirugías menores de la vagina y el perineo. El uso de este bloqueo para el parto vaginal se informó ya en 1916. Sin embargo, el procedimiento no se hizo popular hasta 1953-54, cuando Klink y Kohl aplicaron la técnica modificada.<sup>1,2</sup>

Aissaoui, Y, et al, 2008, evaluaron el dolor post episiotomía en un RCT, con 40 pacientes, demostraron que el bloqueo unilateral del nervio pudendo con ropivacaína 7,5 mg / ml se asocia con la disminución del dolor y la necesidad de analgésicos adicionales durante la primeras 48 h post episiotomía,  $p < 0,05\%$ .<sup>3</sup>

Imbelloni, L et al, 2007, realizaron un estudio caso control con 100 pacientes sometidas a hemorroidectomía, 50 en el grupo de estudio y 50 en el grupo control, el objetivo era evaluar el dolor postquirúrgico post hemorroidectomía, los pacientes del grupo de estudio refirieron excelente alivio del dolor, disminución del requerimiento de otros analgésicos y no se reportan complicaciones graves.<sup>4</sup>

Venegas-Ocampo PJJ, et al., compararon dos grupos de 29 y 27 hombres que se realizaron biopsia prostática, El bloqueo bilateral de los nervios pudendos demostró ser en este estudio y en este grupo de pacientes un método eficaz,

rápido y confiable para ser realizado por el urólogo en los pacientes ambulatorios sometidos a BTRP, permitiendo realizar el procedimiento con tranquilidad para el médico y el paciente.<sup>5</sup>

## ANATOMÍA

### Esquema de inervación aparato genital femenino

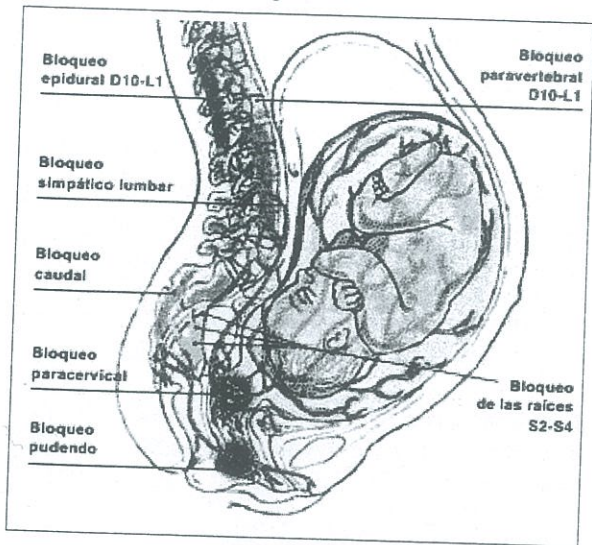
		INERVACION	RAICES MOTORAS
UTERO	CUERPO	MOTORA	T10 - L1
	CUELLO	SENSITIVA	T10 - L1
VAGINA		SENSITIVA	S2 - S4
PERINE		SENSITIVA	S2 - S4

Vico Zúñiga, i, ANALGOANESTESIA EN EL PARTO<sup>1,6</sup>

La inervación sensitiva y motora del perineo se deriva del nervio pudendo, que se compone de las divisiones primarias anteriores de los nervios sacros segundo, tercero y cuarto.<sup>7</sup>

El nervio pudendo (S2, 3, 4) proporciona inervación al tercio inferior de la vagina y el perineo.<sup>1,8</sup>

Figura No. 1



Eltzschig, h, Lieberman, e, Camann, e, Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery, n engl j med 348,4,8

Los nervios pudendos internos (S2-S4) corren por detrás y por fuera de la espina ciática y del ligamento sacroespinoso para luego dividirse en sus tres ramas perineales:

1. Dorsal del clítoris, que inerva el clítoris
2. Perineal, que inerva los músculos del perineo, la piel de los labios mayores y labios menores, y el vestíbulo
3. Hemorroidal inferior, inerva el esfínter anal externo y la piel perianal

El nervio pudendo se acompaña por su arteria y vena, pasa justo por detrás de la unión del ligamento sacrococcígeo y la espina ciática.

**INDICACIONES**

Anestesia para la parte baja de la vagina y el perineo:<sup>9</sup>

- Utilización de fórceps
- Parto
- Episiotomía
- Cirugías vaginales menores

**TÉCNICAS**

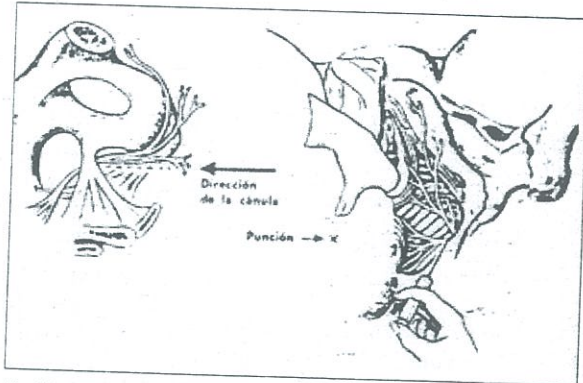
El nervio pudendo es fácilmente accesible en su paso por la espina ciática mediante dos técnicas diferentes, la técnica transvaginal y la perineal.<sup>10, 11</sup>

**PERINEAL**

Se introduce una aguja de 15 a 20 cm. de longitud, a dos o tres cm por dentro de la tuberosidad isquiática sobre una línea que se dirige desde el ano hasta la tuberosidad, a través de la piel, en dirección a la espina ciática, guiando la punta de la aguja con el dedo que se encuentra introducido en la vagina. Figura No. 2.<sup>10,11,12</sup>

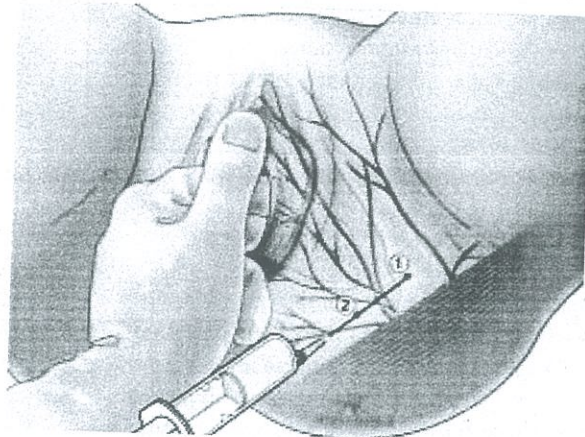
Se inyectan entre 10 y 20 ml de solución del anestésico seleccionado.<sup>12</sup>

Figura No. 2



Vico Zuñiga, i, ANALGOANESTESIA EN EL PARTO.<sup>8</sup>

Figura No. 3



Clinics Saint George, Clinics Saint Antoine - Nice (France)<sup>12</sup>

**Bloqueo pudendo perineal, HCAM**





**TRANSVAGINAL**

Se punciona la mucosa vaginal y el ligamento sacroespinal subyacente a unos 0,5 cm por debajo de la espina ciática. La punta de la aguja (de unos 15 cm de longitud aproximadamente) se encuentra entonces próxima al nervio pudendo interno.<sup>13</sup>

El método transvaginal tiene la ventaja de que la aguja atraviesa menos tejido. Si bien la punta de la aguja está en el ligamento sacrococcígeo se infiltran 3cc de anestésico, no hay casi resistencia total a la inyección. Cuando la punta surge al otro lado hay una pérdida de resistencia. La punta ahora se encuentra al lado del nervio pudendo se verifica que no se encuentre en un vaso sanguíneo y se infiltra otros 3cc de anestésico.<sup>13</sup>

Se recoloca la aguja sobre la espina ciática para nuevamente infiltrar anestésico.<sup>13,14</sup>

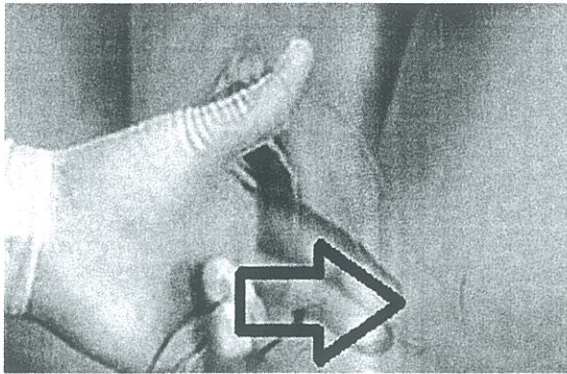
Repita el procedimiento en el otro lado para bloquear el derecho.

En cuestión de minutos hay un buen bloqueo sensorial.

También puede ser necesario infiltrar por vía subcutánea a lo largo del margen lateral de la vulva para bloquear las ramas terminales nervios ilioinguinal y genitofemoral.<sup>15</sup> Figura No. 4

Muchos profesionales utilizan una sola inyección de 10ml en lugar de la técnica de inyección de 3 descrito anteriormente. La inyección se realiza después de la aguja se introduce cerca de 1cm a través del ligamento medial sacroespinal y posterior a la espina ciática.<sup>16</sup>

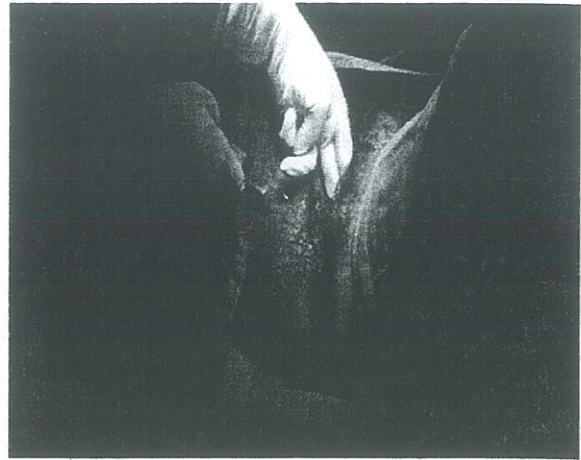
Figura No. 4



Vico Zúñiga, 1, ANALGOANESTESIA EN EL PARTO, 16

**ANESTÉSICOS UTILIZADOS**

1. Para un bloqueo de rápida aparición se utiliza lidocaína 1% con epinefrina 1:200.000. Utilizar 10 ml por cada nervio y 10 - 15 ml por vía subcutánea.<sup>17</sup> Esto debe durar al menos una hora.

**BLOQUEO PUDENDO TRANSVAGINAL. HCAM**

2. Si no hay urgencia el uso de bupivacaína 0,25% o ropivacaína 0,4%.<sup>17</sup> Una práctica común es mezclar la lidocaína y la bupivacaína en una proporción de 50:50.<sup>17</sup>
3. Cloroprocaina al 2%
4. Prilocaína 1%
5. Mepivacaína 1%

**PUNTOS IMPORTANTES**

- Un bloqueo parcial del nervio ciático se produce en el 3% de los casos, por lo general no tiene importancia y es transitorio.
- Hematoma vaginal, es poco frecuente y por lo general no tiene consecuencias.<sup>18</sup>
- Absceso es poco frecuentes, pero pueden invadir la fosa isquiorrectal.<sup>19</sup>
- Inyección intravascular.
- Toxicidad sistémica grave.

**DISCUSIÓN**

La decisión de utilizar cualquier técnica de anestesia regional requiere la evaluación de los riesgos y beneficios del procedimiento. El bloqueo del nervio pudendo es una técnica sencilla y útil que puede mejorar la analgesia postoperatoria multimodal y rehabilitación temprana. Aunque la curva de aprendizaje requerido no ha sido rigurosamente estudiado, hemos observado que el 10 procedimientos son suficientes para convertirse en expertos en esta técnica. La duración promedio del procedimiento es de 3 a 5 min.<sup>20</sup>

Se debe comentar que este tipo de técnica no es útil para cerrar una episiotomía o un desgarró (si no se ha realizado la anestesia antes de la salida del feto). Tampoco sirve para visualizar el cuello después del parto, explorar manualmente la cavidad uterina, o realizar la extracción manual de la placenta

## CONCLUSIÓN

1. El bloqueo pudendo se conoce como "El Bloqueo obstetrico". En manos expertas se puede esperar una tasa de éxito del 80% (para el bloqueo bilateral).<sup>12,13,14</sup>
2. Este bloqueo sólo es adecuado para fórceps y episiotomías.
3. La ventaja del bloqueo pudendo es que es fácil de realizar y tiene un inicio rápido.<sup>15,16</sup>
4. Es ideal para las mujeres que han solicitado el parto natural, pero necesita analgesia de rescate en la segunda etapa.<sup>19,20</sup>
5. Útil en cirugías vaginales menores y de corta duración.<sup>17,20</sup>
6. Así como se ha presentado en ésta revisión es una buena opción en pacientes que se sometieron a hemorroidectomías, cirugías prostáticas y sobre todo para el control del dolor en mujeres a las que se realizaron episiotomías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sarpathy, h, Frey, d, Nerve Block, Transvaginal Pudendal, emedicine Aug 11, 2010.
2. Eltzschig, H., et. al., Regional Anesthesia and Analgesia for Labor and Delivery. The New England Journal of Medicine, Vol. 348, pp 4. January 23, 2010.
3. Hawkins, J. analgesia epidural para parto y labor. The New England Journal of Medicine, Vol. 326, pp 16. April 22, 2010.
4. Miller, R., et. al. Miller's Anesthesia. Print for Elsevier, 7th ed, 2009.
5. Gabbe, S., et. al. Normal and Problem Pregnancies. Print for Elsevier, 5th ed, 2009.
6. Aissaoui, y, Bruye`re, r, Mustapha, h, Bry, d, Kamili, d, Miller, c, A Randomized Controlled Trial of Pudendal Nerve Block for Pain Relief After Episiotomy, Anesth Analg 2008;107:625-9
7. Vico Zúñiga, i, Analgoanestesia en el parto, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario, Virgen de las Nieves Granada 2008
9. Vasconcelos Y Mathias. efectos del bloqueo pudendo, peridural y subaracnoideo sobre la coagulación sanguínea de embarazadas, Revista Brasileira de Anestesiologia Vol. 58, No 2, Marzo-Abril, 2008
10. Cavalcanti, g, Manzano, g, Giuliano, l, Nobrega, j, Strougi, m, Bruschini, h, Pudendal Nerve Latency Time in Normal Women via Intravaginal Stimulation, Int Braz J Urol. 2006; 32: 705-12
11. Clavé h, Nicolai p, "painless" vaginal hysterectomy - An innovative technique with erbe biclamp, Clinics Saint George, Clinics Saint Antoine - Nice (France)
12. Cunningham FG, et.al. Obstetricia de Williams. Ed. McGraw-Hill, 22ª ed. 2006.
13. Báez, C. Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia. Ed. McGraw-Hill, 1ª ed. 2005.
14. Guaderrama, n, Liu, j, Nager, c, Pretorius, D, Sheean, g, Kassab, g, Mittal, k Evidence for the Innervation of Pelvic Floor Muscles by the Pudendal Nerve, Obstet Gynecol 2005;106:774-81
15. Salahadin, a, Shenouda, p, Nilesh p, Bhupinder s, Bharat, y, Calvillo, o, A Novel Technique for Pudendal Nerve Block, Pain Physician. 2004;7:319-322, ISSN 1533-3159
16. Peer S, Bodner G (Eds.) High-Resolution Sonography of the Peripheral Nervous System. Springer 2003, X, 140 p., 203 illus., 7 in colour, Hardcover ISBN: 3-540-43260-4
17. Bricker L, Lavender T. Parenteral opioid for labor pain relief: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002;186:
18. Gruber H, Kovacs P, Piegger J, Brenner E. New, simple, ultrasound-guided infiltration of the pudendal nerve: topographic basics. Dis Colon Rectum. 2001 Sep;44(9):1376-80.
19. Kovacs P, Gruber H, Piegger J, Bodner G. New, simple, ultrasound-guided infiltration of the pudendal nerve: ultrasonographic technique. Dis Colon Rectum. 2001 Sep;44(9):1381-5.
20. Shafik A, el-Sherif M, Youssef A, Olfat ES. Surgical anatomy of the pudendal nerve and its clinical implications. Clin Anat 1995;8:110-5.



**REVISTA ECUATORIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
Órgano Oficial de la Federación Ecuatoriana de Sociedades de  
Ginecología y Obstetricia

**FESGO**

---

**CERTIFICADO**

El suscrito, Miembro del Comité Editorial de la Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, CERTIFICA:

Que el trabajo **Ginecomastia, Diagnóstico, Manejo Actual**, de autoría de las Doctoras Lilián Fiallos y Cecilia Balladares, fue presentado para su publicación en la Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia.

El trabajo mencionado ha sido sometido al trámite correspondiente y posterior a los informes recibidos ha sido aceptado para su publicación. La Revista, volumen 19, que tiene este trabajo, estará en circulación en aproximadamente tres meses.

Quito, 01 de abril del 2013

Atentamente,

Dr. Andrés CALLE M.,  
**COMITÉ EDITORIAL**  
**REVISTA FESGO**

---

## **Ginecomastia, Diagnóstico, Manejo Actual**

**SE PUBLICARA EN LA ÚLTIMA EDICIÓN DE LA REVISTA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

La ginecomastia es un tumor benigno, consiste en el crecimiento anormal de la glándula mamaria masculina, que puede ocurrir de manera unilateral o bilateral, como resultado de una proliferación de tejido fibroso glandular y tejido adiposo.

Se estima que esta patología se produce en 50 a 70% de los adolescentes. La ginecomastia es un problema psicosocial y puede conducir a una disminución de la percepción de la calidad de vida.

La principal causa de la ginecomastia es una pérdida de equilibrio entre los estrógenos y los andrógenos

Además, la prolactina, tiroxina, cortisol, hormona gonadotropina coriónica humana, la leptina, hormona luteinizante y sus receptores localizados en los tejidos de la mama en el hombre puede participar en la etiopatogenia de la ginecomastia.

Por lo general, se distinguen tres tipos de ginecomastia: ginecomastia fisiológica, idiopática y patológica.

El diagnóstico de ginecomastia generalmente es posible después del examen físico. Exámenes ecográficos, mamográficos o histopatológicas son útiles para ayudar a un diagnóstico.

La terapia medicada de la ginecomastia tiene como objetivo bloquear los efectos del estrógeno en el tejido de la mama con antiestrógenos por ejemplo, tamoxifeno, raloxifeno, clomifeno.

El procedimiento quirúrgico siempre tiene como finalidad la exéresis subdérmica de la glándula mamaria. Es así que se ha empleado también la liposucción aspirativa.

Las complicaciones más frecuentes y precoces son los hematomas y seromas, que se minimizan llevando a cabo una hemostasia meticulosa y colocando drenajes.

## **Ginecomastia, Diagnóstico, Manejo Actual**

\*Dra. Lilián Fiallos

\*\*Dra. Cecilia Balladares

\*Médico residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito

\*\*Médico tratante del servicio de Mastología, Hospital Carlos Andrade Marín

### Resumen

La ginecomastia es un tumor benigno, consiste en el crecimiento anormal de la glándula mamaria masculina, que puede ocurrir de manera unilateral o bilateral, como resultado de una proliferación de tejido fibroso glandular y tejido adiposo.

Se estima que esta patología se produce en 50 a 70% de los adolescentes. La ginecomastia es un problema psicosocial y puede conducir a una disminución de la percepción de la calidad de vida. 1

La principal causa de la ginecomastia es una pérdida de equilibrio entre los estrógenos y los andrógenos

Además, la prolactina, tiroxina, cortisol, hormona gonadotropina coriónica humana, la leptina, hormona luteinizante y sus receptores localizada en los tejidos de la mama en el hombre puede

participar en la etiopatogenia de la ginecomastia.

Por lo general, se distinguen tres tipos de ginecomastia: ginecomastia fisiológica, idiopática y patológica.

El diagnóstico de ginecomastia generalmente es posible después del examen físico. Exámenes ecográficos, mamográficos o histopatológicos son útiles para ayudar a un diagnóstico.

### Abstract

Gynecomastia is a benign, abnormal, growth of the male breast gland which can occur unilaterally or bilaterally, resulting from a proliferation of glandular, fibrous and adipose tissue.

It is estimated that this pathology occurs in 50 -70 % of men under the age of 17. Gynecomastia is a psychosocial problem and may lead to a perceived lowering of quality of life. The main cause of gynecomastia is a loss of equilibrium between oestrogens and androgens.

Also, prolactin, thyroxine, cortisol, human chorionic gonadotropin, leptin and receptors for human chorionic gonadotropin, prolactin and luteinizing hormone localised in tissues of the male breast may participate in the etiopathogenesis of gynecomastia. Usually three types of gynecomastia are distinguished: physiological,

idiopathic and pathological gynecomastia.

A diagnosis of gynecomastia is usually possible after a palpation examination. Ultrasonographic, mammographic or histopathological examinations are useful in aiding diagnosis.

## Introducción

Heckmann A, estudió un total de 162 pacientes que sufrieron de ginecomastia, tratados quirúrgicamente entre 2000 y 2010 y estos casos fueron evaluados retrospectivamente. Los resultados mostraron una disminución en el uso de una incisión en forma de T en combinación con mastectomía subcutánea con periareolar, y un aumento en la realización de la mastectomía subcutánea en combinación con liposucción del tejido extirpado. Las ventajas son las combinaciones de las técnicas tradicionales con la liposucción. 2

En el cuadro 1 se puede analizar RCTs que comparan tamoxifeno vs radioterapia.

### Summary of RCTs

Author	Number randomized	Population	Interventions	Results
Ozen <sup>1</sup>	125	Men on AA	RT vs no RT	RT best; P < 0.001
Fradet <sup>2</sup>	282	Men on AA	tamoxifen (different dosing schedules)	20 mg/day better than smaller
Satzstein <sup>3</sup>	107	Men on AA	tamoxifen vs anastrozole	tamoxifen better
Perroni <sup>4</sup>	51	Men on AA	tamoxifen vs RT	tamoxifen better than RT
Di Lorenzo <sup>5</sup>	102	Men on AA	tamoxifen vs RT	tamoxifen better than RT
Boccardo <sup>6</sup>	114	Men on AA	tamoxifen vs anastrozole	tamoxifen better than anastro
Tjyrell <sup>7</sup>	106	Men on AA	RT vs sham RT	RT better; P < 0.001

Abbreviations: AA, anti-androgen drugs; RT, radiotherapy

Cuadro 1, comparación de tratamientos clínicos

En el cuadro 2, se presenta una comparación entre intervenciones quirúrgicas y tratamiento clínico.

### Summary of selected case series

Author	Sample size	Interventions	Results
Prado <sup>14</sup>	25	minimally invasive surgery	All had good results with no complications or need for revision
Handschin <sup>17</sup>	100 (160 procedures)	subcutaneous mastectomy	All had good results, revision rate 7% and early surgical complication rate 31%
Alagaratnam <sup>18</sup>	61	40 mg of tamoxifen daily for 1-4 months	80% complete regression. No long-term side effects over a follow-up of 36 months
Lawrence <sup>19</sup>	38	3- to 9-month course of tamoxifen or raloxifene	Both groups had significant reduction in breast size. No side effects in any patients
Derman <sup>20</sup>	37	tamoxifen	Pain and size reduction was seen in all patients

Cuadro 2, comparación de técnicas quirúrgicas y tratamiento clínico

La ginecomastia se define como el aumento anormal uni o bilateral de las mamas en el varón. Representa la patología mamaria más importante en el sexo masculino.2

La edad de aparición, así como las causas de la enfermedad son variables:

El crecimiento excesivo del tejido adiposo se conoce como lipomastia o pseudo ginecomastia.

Prevalencia:

50% a 70% de todos los adolescentes desarrollan agrandamiento del pecho durante la pubertad.2

La incidencia de ginecomastia bilateral ocurre entre un 25 a un 75%.  
3

La incidencia de carcinoma de mama es 20-60 veces superior que en los casos idiopáticos, por tanto la biopsia mamaria, sobre todo en los casos unilaterales, estará indicada.3

#### Incidencia en el HCAM

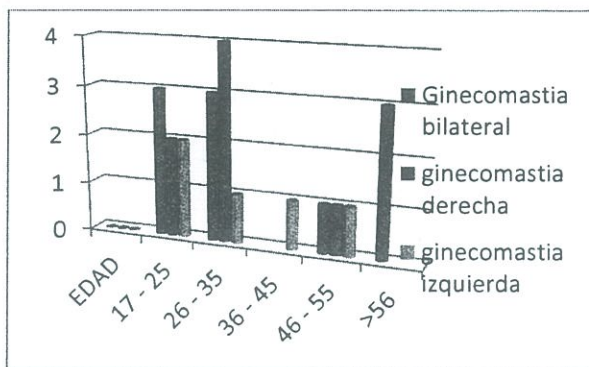


Fig 1 Ginecomastia 2010 - 2011. HCAM.

#### Etiología:

De forma fisiológica puede tener lugar en el recién nacido, en la pubertad y en el anciano. 1, 2

Recién nacido: suele ser un proceso transitorio y se debe a la persistencia anormal del estímulo hormonal materno (hormonas placentarias).

Pubertad: se presenta de forma transitoria en el 65% de adolescentes normales entre 14-15 años y se debe a un desarrollo testicular normal que comporta un breve aumento de niveles de estrógenos plasmáticos secundarios a un aumento de testosterona plasmática. 3

Este crecimiento transitorio del tejido mamario suele resolverse en 1- 2 años. Sino revierte en este periodo de tiempo habrá que sospechar otros procesos que cursen con trastornos hormonales. 3,4

En la edad adulta se asocia al envejecimiento y se debe a la hipofunción testicular y al aumento de depósito graso corporal que produce la aromatización periférica de andrógenos a estrógenos.

- Trastornos sistémicos:

Obesidad,  
Insuficiencia renal crónica,  
Trastornos tiroideos  
(hipo/hipertiroidismo),  
Enfermedades hepáticas,  
Tumores adrenales  
Enfermedades pulmonares.  
Tumores testiculares  
Tumores adrenales  
Tumores secretores de HCG  
Síndrome de exceso de aromatasa  
Hipogonadismo: Klinefelter, trauma testicular, radiación

- Fármacos y drogas relacionados:

Estrógenos exógenos: tratamiento de cáncer, alimentos: soya.  
Alcohol  
Anfetaminas  
Agentes quimioterápicos  
Cimetidina  
Digital  
Isoniazida  
Hidroxicina  
Metildopa  
Marihuana  
Opiáceos  
Fenotiacinas  
Reserpina

Espironolactona  
Antidepresivos tricíclicos  
Factores genéticos predisponentes,  
Idiopáticos

Histología:

Proliferación del tejido ductal mamario en un estroma fibroconectivo, el verdadero acino glandular que se observa en la glandula femenina no se observa porque estos requieren la estimulación de estrógenos y progesterona. 4

En adolescentes no obesos se observa un patrón histológico de proliferación de tejido ductal e hipervascularización. 4, 5

En obesos se evidencia estroma fibroso acelular y escasos signos de proliferación ductal junto con predominancia de tejido graso. 4

En varones que han sufrido importante pérdida de peso puede existir exceso de tejido cutáneo que puede simular una ginecomastia (pseudoginecomastia). 1, 4

Desde este punto de vista se puede clasificar en tres tipos:

- *Florida*: aumento de conductos ramificados, proliferación marcada de epitelio ductal, edema periductal y estroma fibroblástico altamente celular acompañado por tejido adiposo.

- *Fibrosa*: conductos dilatados, proliferación de epitelio, ausencia de tejido adiposo y estroma fibroso casi acelular.

- *Intermedia*: aumento de las características observadas en la ginecomastia florida y en la fibrosa.

El tipo florido predomina en casos con corta duración (cuatro meses o menos); el tipo fibroso, en los de mayor duración (cinco a 10 meses o más).

El tratamiento médico es probable que sea más eficaz en las primeras etapas, en las últimas etapas, cuando el tejido mamario se compone la mayoría de estroma fibroso denso. No existe ninguna relación entre la causa de la ginecomastia y el aspecto histológico. 5

### **PATOGENESIS**

La acción estrogénica excesiva, y la deficiencia de andrógenos.

La mayoría de los hombres con ginecomastia no tienen niveles elevados de prolactina en suero, y no todos los hombres con hiperprolactinemia desarrollan ginecomastia. 6

Concentraciones elevadas de progesterona sérica se han reportado en los hombres con cirrosis y el hipertiroidismo, la progesterona puede sinergizar con IGF-I y estimular la morfogénesis de los ductos de mama. 7

Los receptores de las hormonas luteinizante (LH) / gonadotropina coriónica humana (hCG), también se ha demostrado en la mama masculina, la unión de la LH o hCG para este receptor puede modular la acción de los



andrógenos en el tejido mamario.

El tejido mamario puede producir, y responder a los numerosos factores de crecimiento, incluyendo factor de crecimiento epidérmico (EGF), derivado de las plaquetas factor de crecimiento (PDGF), IGF-I, IGF-II, factor de crecimiento transformante (TGF)-a, y TGFb. 8

## DIAGNOSTICO

### CLÍNICO

Tumoración firme subareolar, que puede alcanzar tamaños similares a los de una mama normal.

Algunos autores consideran necesario como criterio diagnóstico un aumento mamario superior a 2 cm., sin embargo otros afirman que es suficiente un incremento de 0.5 cm.

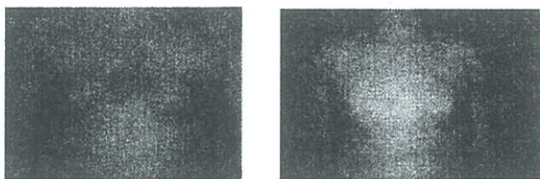


Fig 1, ginecomastia J. Oroz, M. J. Pelay, P. Roldán, Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico, An. Sist. Sanit. Navar

La evaluación clínica de un hombre con ginecomastia se centra en la diferenciación de la ginecomastia verdadera de las mamas grasas (seudoginecomastia), con exclusión de tumor maligno de mama, y determinar la causa probable de la ginecomastia.

La presencia de una mama asimétrica inusualmente firme en una localización excéntrica, con fijación a

la piel o en la base

Ulceración del pezón o retracción de la descarga, o adenopatías axilares es preocupante para malignidad y debe realizarse una biopsia. 9

Es importante recordar, sin embargo, que la ginecomastia puede ser unilateral o bilateral.10

La mayoría son asintomáticos.

Puede presentarse elevada sensibilidad, dolor o molestias a nivel del pezón.

Historia clínica:

- Duración de la enfermedad,
- Antecedentes de enfermedades sistémicas,
- Desequilibrios hormonales,
- Toma de fármacos o drogas
- Pérdida o ganancia importante de peso.

Exploración física:

- A parte de definir el tamaño mamario es conveniente explorar testículos, tiroides e hígado.
- Pruebas de laboratorio
- Función renal y hepática
- LH
- FSH
- Prolactina
- A Feto proteína
- HCG
- Determinación en suero y orina de específicos esteroides sexuales y sus metabolitos.

Pruebas de imagen

- Mamografía
- Ecografía

## CLASIFICACIÓN

La ginecomastia puede clasificarse en tres tipos, según el grado de afectación:

- Ginecomastia de grado I. Aumento leve de la mama sin exceso de piel.

Caracterizado por un botón localizado de tejido glandular que se concentra alrededor de la areola y donde no hay exceso de piel en un tórax no adiposo. Esta se resuelve la mayor parte en forma espontánea.

Si persiste más de 2 años se reseca. 11

- Ginecomastia de grado II. Aumento moderado de la mama con o sin exceso de piel. Se caracteriza por una ginecomastia difusa en un tórax con más tejido adiposo, con márgenes no bien definidos. Aquí la lipoaspiración es necesaria. 12

Se divide en dos subtipos:

a) sin redundancia de piel  
b) con redundancia de piel. Esta es la que generalmente requiere de tratamiento quirúrgico.

- Ginecomastia de grado III. Aumento excepcional de la mama con exceso de piel.

Es una ginecomastia difusa con excedente de piel que requiere resección. Es frecuente y se presenta de preferencia en adultos mayores. 9, 10

### **TRATAMIENTO CLINICO**

La terapia médica de la ginecomastia tiene como objetivo bloquear los efectos del estrógeno en el tejido de la mama (con antiestrógenos por

ejemplo, el tamoxifeno, el raloxifeno, el clomifeno. 11, 12

Inhibidores de la aromatasas, testolactona, anastrozole, disminuyen la producción de estrógenos.

Por desgracia hay pocos estudios bien diseñados prospectivos que evaluaron el efecto de la terapia médica en la ginecomastia.

Tamoxifeno ha sido utilizado en dosis de 10 a 20 mg / día durante 3 a 9 meses, la resolución de la ginecomastia se ha observado en más del 90% de los hombres. Si la ginecomastia se repite en la parada la medicación, un segundo curso de la terapia se puede intentar. El tamoxifeno es por lo general bien tolerado.

Clomifeno es menos efectivo que el tamoxifeno. 8, 10

### **TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Ginecomastia no reversible.

La indicación responde más a las repercusiones estéticas que implican la enfermedad que a un posible trastorno funcional.

Hay que diferir el tratamiento de la enfermedad si el paciente afecto se trata de un varón adolescente con un tiempo de evolución de su ginecomastia inferior a dos años.

Teniendo en cuenta la edad, hábito morfológico y grado de ginecomastia del paciente, se aplicará uno u otro tipo de técnica quirúrgica.

El procedimiento siempre tiene como finalidad la exéresis subdérmica de la glándula mamaria, sola o asociada

con liposucción, pero el abordaje puede ser por diferentes incisiones: 1, 4,5,8, 9

- Periareolar superior,
- Periareolar inferior,
- Periareolar inferior con extensiones bilaterales,
- Circunareolares
- Transareolares,
- Surco submamario,
- Línea axilar media y
- En la axila.

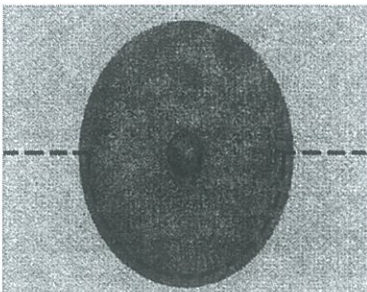
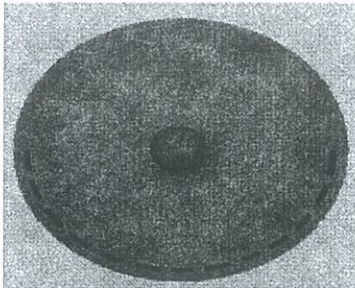
La longitud de la incisión varía de acuerdo con el tamaño de la ginecomastia, pero cada abordaje presenta diversas complicaciones.

### Exéresis quirúrgica simple

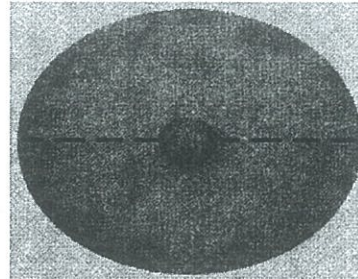
Indicada en pacientes adolescentes jóvenes con aumento mamario debido básicamente a hipertrofia glandular.

#### Tipos de incisiones:

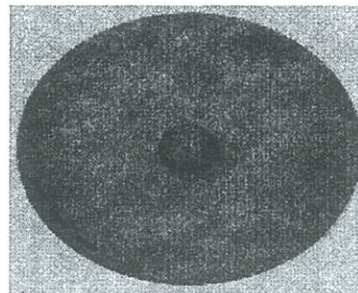
Webster intra-areolar



### Insicion areolar transversa nipple



### Cirugía mínimamente invasiva



Incision cutánea a nivel de la mitad inferior periareolar (incisión clásica Dufourmentel- Webster). 4,5

A continuación se disecciona el complejo areola-pezones (CAP) del tejido Glandular subyacente, dejando un grosor de unos 6-10 mm de tejido mamario unido a la cara profunda del CAP con la finalidad de conseguir una correcta proyección y evitar la depresión del mismo.

Una vez elevado el colgajo del CAP se libera la piel y grasa subcutánea del tejido glandular subyacente seccionando las inserciones fibrosas glandulares al espacio subcutáneo suprayacente.

La disección y una correcta hemostasia se ven facilitadas mediante un separador de luz fría.

Después de liberar la glándula del tejido subcutáneo se disecciona en su Superficie profunda separándola de la fascia del músculo pectoral mayor subyacente.

A continuación se secciona y se extirpa el tejido graso-glandular. Con el fin de conseguir un contorno liso y armónico y evitar un reborde palpable se adelgaza la periferia reseccionando a modo de bisel en pocas cantidades y de forma gradual para evitar exceso de resección que provocaría un tórax aplanado y anormal. 5, 9

Finalmente se inserta un drenaje aspirativo y se cierra la incisión periareolar, comprobando que no existan irregularidades y que se haya conseguido un contorno estéticamente correcto.



Fig 2 exeresis de tejido mamario, J. Oroz, M. J. Pelay, P. Roldán, Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico, An. Sist. Sanit. Navar

### **Exéresis quirúrgica + liposucción**

Indicada en adolescentes obesos con componente glandular peri y retroareolar y tejido graso en exceso. 11, 13

Pre-operatoriamente, como ya hemos indicado anteriormente, se diseñan dos círculos, uno marcará el tejido glandular que habrá que reseccionar y periféricamente el otro

indicará el tejido graso que habrá que aspirar.

Para reseccionar el tejido graso-glandular se procede de igual manera que en la exéresis simple. 12

Una vez concluida la resección se lleva a cabo la liposucción del área comprendida entre los dos círculos marcados en el pre-operatorio hasta obtener un contorno liso.

Al finalizar se sutura la herida y se coloca un drenaje aspirativo.

### **Liposucción aislada**

Indicada en adultos obesos (hábito pícnico) con mamas de consistencia predominantemente grasa

La incisión para la introducción de la cánula puede trazarse a nivel de la línea periareolar, en región axilar o en regiones próximas a la mama.

Una vez introducida la cánula de liposucción se irán trazando recorridos hasta conseguir un contorno correcto. Con el fin de evitar un exceso de tejido reseccionado se utilizan cánulas de tamaño cada vez inferior a medida que se avanza la resección. 12



Fig 3 Liposucción

## **Exéresis cutáneo-grasa-glandular + injerto libre de CAP**

Indicada en individuos con importante pérdida de peso que presentan excedente de piel además de cierta cantidad de tejido glandular. 1, 2, 5

La intervención quirúrgica puede llevarse a cabo tanto bajo anestesia local como general, dependiendo principalmente de la cantidad de tejido que haya que resecar así como de características propias del paciente.

Durante el pre-operatorio y con el paciente en posición semisentada y los brazos simétricos a ambos lados, se trazan las marcas que constituirán el mapa del área que deberá resecarse.

Si se requiere liposucción asistida se marcarán también unas líneas circulares periféricas que delimitarán el margen periférico de la ginecomastia.

A nivel pre-operatorio se puede marcar el diseño mediante una elipse que incluya el exceso cutáneo-graso glandular que deberá resecarse y a nivel de la areola se traza un círculo de un diámetro de 3 cm. 4

Se inicia la intervención quirúrgica incidiendo a nivel del círculo periareolar y resecando el CAP obteniendo un autoinjerto cutáneo de espesor total que posteriormente se desgrasa y se reserva.

A continuación se reseca la elipse de piel y tejido graso-glandular hasta

llegar a plano pre-fascia músculo pectoral y se extirpa.

El defecto se sutura por planos y aproximando bordes hasta obtener un contorno adecuado, colocando un drenaje a vacío. Sobre la incisión cutánea ya suturada y a una distancia apropiada (la localización del CAP es a nivel línea medio-clavicular entre 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> costilla) se desepiteliza un círculo de 3 cm de diámetro donde se suturará el CAP a modo de autoinjerto.

### ***Cuidados postoperatorios***

Al paciente se le coloca, una vez finalizada la operación, una camiseta de compresión que deberá llevar continuamente durante 1 mes.

Sistemáticamente realizamos profilaxis antibiótica, que se inicia en el preoperatorio. Los drenajes aspirativos los retiraremos normalmente a los 2 ó 3 días.

El paciente puede realizar ejercicios físicos a partir de las 3 semanas. La inflamación de la zona intervenida va disminuyendo progresivamente y el resultado definitivo se aprecia a los 3 meses. 12

### **COMPLICACIONES**

Las complicaciones más frecuentes y precoces son los hematomas y seromas, que se minimizan llevando a cabo una hemostasia meticulosa y colocando drenajes aspirativos.

A nivel del CAP puede producirse necrosis, infección, depresión o

malposición (en el caso de que se trate de injerto libre).

En las heridas se corre el riesgo de desarrollar cicatrices hipertróficas e infecciones.

Irregularidades del contorno torácico o exceso de piel residual (sobre todo en posición erecta en casos de pacientes con piel poco elástica en los que se ha extirpado gran cantidad de tejido graso-glandular). 13

Con el fin de conseguir que la evolución post-quirúrgica sea lo más satisfactoria posible es necesario limitar la actividad física manteniendo reposo durante unas dos o tres semanas.

## CONCLUSIONES

La ginecomastia es una condición benigna y generalmente autolimitada. Con el tiempo la proliferación de tejido glandular se reemplaza por tejido fibroso.

Si los estudios de historia, física y de laboratorio no revelan una patología de base, se recomienda un seguimiento periódico.

Los medicamentos causales o suplementos deben ser retirados y deben ser tratadas las condiciones médicas subyacentes, por ejemplo hipertiroidismo.

Si la ginecomastia persiste y se asocia con dolor y / o angustia y el paciente desea proseguir el tratamiento, se propondrán las opciones farmacológicas y quirúrgicas disponibles.

El tratamiento farmacológico es probablemente beneficioso si se aplica

en los primeros meses antes de que el tejido fibroso reemplace al

tejido glandular, un proceso que es irreversible.

La eficacia de la farmacoterapia con el apoyo de SERM, por ejemplo, tamoxifeno o raloxifeno, y más recientemente, los inhibidores de aromatasa, por ejemplo, anastrozol, concluye un efecto superior del tamoxifeno.

La corrección quirúrgica de la ginecomastia se realiza principalmente por indicaciones cosméticas.

La mayor incidencia en nuestros pacientes es la variedad bilateral, el pico de edad es de 26 a 35 años y los resultados histopatológicos coincidieron con los clínicos.

## DISCUSIÓN

Los moduladores de los receptores de estrógenos séricos SERMS, particularmente el tamoxifeno, o la radioterapia pueden ayudar a prevenir o reducir la ginecomastia en los

hombres que toman terapias antiandrogénicas. No existe evidencia de alta calidad para apoyar el papel de

agentes farmacológicos o la radioterapia en este contexto.

Con el tamoxifeno se ha informado mayor eficacia y menores efectos colaterales, pudiendo llegar a evitar el tratamiento quirúrgico hasta en 83.3 % y el dolor en 84 %.

La corrección quirúrgica se considera el estándar de oro en el tratamiento. Aunque es similar a las intervenciones farmacológicas, la corrección quirúrgica se ha probado sólo en series de casos y no en los ensayos aleatorios, sin embargo demuestran el éxito clínico con mejoras en

síntomas cosméticos y psicológicos con efectos adversos mínimos.

La liposucción en la ginecomastia es una herramienta quirúrgica sencilla pero eficaz en el tratamiento ginecomastia sobre todo para disminuir las cicatrices post-operatorias.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Heckmann A, Leclère FM, Vogt PM, Steiert A., Surgical therapy of ginecomastia, *Chirurg.* 2011 Sep;82(9):789-96
- 2.- Johnson et al, Gynecomastia – evaluation and current treatment options, *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2011;7 145–148
- 3.- Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management. *Mayo Clin Proc.* 2009;84:1010–1015
- 4.- Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética 2001
- 5.- Singh H, Carlson H, Gynecomastia, Division of Endocrinology, *Clinics of North América*, 36 (2007) 497–519
- 6.- Oroz, J, Pelay M, Roldán P, Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico, *An. Sist. Sanit. Navar.* 2005; 28 (Supl. 2): 109-116
- 7.- Calderón O, Cabello R, Ginecomastia y pseudoginecomastia. Tratamiento, *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 61 - Nº 2, Abril 2009; pág. 131-135
- 8.- Haynes BA, Mookadam F. Male gynecomastia. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(8):672
- 9.- Johnson RE, Murad H. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(11):1010-1015
- 10.- Braunstein GD. Clinical practice. Gynecomastia. *N Engl J Med.* 2007;357:1229–1237
- 11.- Montiel A, Reyes P, Mastectomía subdérmica mediante incisión periareolar externa en hombres con ginecomastia, *Cir Ciruj* 2007;75:327-331
- 12.- J. Oroz, M. J. Pelay, P. Roldán, Ginecomastia. Tratamiento quirúrgico, *An. Sist. Sanit. Navar.* 2005; 28 (Supl. 2): 109-116.
- 13.- Rifka SM, Pita JC, Vigersky RA, et al. Interaction of digitalis and spironolactone with human sex steroid receptors. *J Clin Endocrinol Metab* 1977;46:338-344
- 14.- MLADICK RA. Gynecomastia. *Aesthetic Surg J* 2004; 24: 471-479.
- 15.- Erhan Y, Zekioglu O, Erhan Y. Invasive lobular carcinoma of the male breast. *Can J Surg* 2006;49:365-366.
- 16.- Creighton WM, Custers M. Gynaecomastia: is one case enough? *Netherlands J Med* 2004;62:257-259.
- 17.- Erhan Y, Erhan Y, Zekloglu O. Pure invasive micropapillary carcinoma of

the male breast: report of a rare case.  
Can J Surg 2005;48:156-157

18 Narula HS, Carlson HE.  
Gynecomastia. *Endocrinol Metab Clin  
North Am.* 2007;36:497-519.

19 Ali O, Donohue PA.  
Gynecomastia. In: Kliegman RM,  
Stanton BF, Geme JW, Schor NF,  
Behrman RE, eds. *Nelson Textbook of  
Pediatrics.* 19th ed. Philadelphia, Pa:  
Saunders Elsevier; 2011:chap 579.

20 Braunstein GD. Gynecomastia. *N  
Engl J Med.* 2007;357(12):1229-1237.

21 Braunstein GD. Environmental  
gynecomastia [editorial]. *Endocr  
Pract.* 2008;14(4):409-410

22 Zhu J, Huang J. Surgical  
management of gynecomastia under  
endoscope. *J Laparoendosc Adv  
Surg Techniq A.* 2008;18(3):433-437



## Certificación

Por medio del presente certifico que la Dra. Lilian Fiallos, presentó un artículo con el Tema: **"Càncer de Ovario Recidivante Utilidad del Petscan"**, como autora para la Revista Metro Ciencia, el mismo que se encuentra aprobado, Volumen 21 No. 1.

Atentamente,

  
Dr. Carlos Leon

**h** Hospital  
Metropolitano  
DEPARTAMENTO DE  
ENSEÑANZA MÉDICA

Editor Revista Metro Ciencia.

Quito, 3 de Abril de 2013

## CANCER DE OVARIO RECIDIVANTE: UTILIDAD DEL PET SCAN

Se publicará en la edición de junio 2013 en la revista Latidos en Hospital Metropolitano

### RESUMEN

El 20 a 30% de las pacientes con cáncer de ovario en estadio temprano y el 50 a 75% en estadio avanzado que respondieron la primera línea de quimioterapia recaen en algún momento de su vida, generalmente en la cavidad abdómino-pelviana.

Indicadores favorables de supervivencia incluyen la cirugía cito reductora completa, tumor de pequeño volumen, tumor de bajo grado, la ausencia de metástasis a distancia, el uso de la quimioterapia sistémica adyuvante.

La utilidad clínica del CA 125 reside en el seguimiento clínico de las pacientes con carcinoma de ovario operado o tratado con quimioterapia para detectar precozmente una recaída.

Existen varias escuelas que han establecido protocolos de seguimiento en relación al manejo del cáncer de ovario.

Varios trabajos han demostrado la superioridad del PET SCAN con respecto a las imágenes convencionales y al CA 125 para detectar recurrencia y/o metástasis a distancia.

## CANCER DE OVARIO RECIDIVANTE: UTILIDAD DEL PET SCAN

\*Lilián Fiallos Peña

\*\*José Rubén Bucheli Cruz

\*\*Ricardo De La Roche Martínez

\*Médico Residente 4, Ginecología y  
Obstetricia, Hospital Carlos Andrade  
Marín

\*\*Médico Tratante Oncología  
Ginecológica, Hospital Carlos  
Andrade Marín

\*\*Médico Tratante Ginecológica,  
Hospital Carlos Andrade Marín

### RESUMEN

Aproximadamente el 20 a 30% de las  
pacientes con cáncer de ovario en  
estadio temprano y el 50 a 75% en  
estadio avanzado con respuesta  
luego de la primera línea de  
quimioterapia recaen más tarde o  
más temprano, generalmente en la  
cavidad abdómino-pelviana.

Indicadores favorables de  
supervivencia incluyen la cirugía  
citorreductora completa, tumor de  
pequeño volumen, tumor de bajo  
grado, la ausencia de metástasis a  
distancia, el uso de la quimioterapia  
sistémica adyuvante.

Desde el punto de vista oncológico, la  
principal utilidad clínica del CA 125  
reside en el seguimiento clínico de las

pacientes con carcinoma de ovario  
operado o tratado con quimioterapia  
para detectar precozmente una  
recaída

Varios trabajos han demostrado la  
superioridad del PET SCAN con  
respecto a las imágenes  
convencionales y al CA 125 para  
detectar recurrencia y/o metástasis a  
distancia.

### ABSTRACT

Approximately 20-30% of patients  
with ovarian cancer in early stage and  
50 to 75% in advanced stages with  
response after first-line chemotherapy  
or late fall early, usually in the  
abdominal-pelvic cavity.  
Favorable indicators of survival  
include complete cytoreductive  
surgery, tumor of small volume, low-  
grade tumor, the absence of distant  
metastases, the use of adjuvant  
systemic chemotherapy.  
From the standpoint of cancer, the  
main clinical utility of CA 125 resides  
in the clinical monitoring of patients  
with ovarian carcinoma treated with  
surgery or chemotherapy for early  
detection of relapse  
Several studies have demonstrated  
the superiority of PET SCAN over  
conventional imaging and CA 125 for  
detecting recurrence and / or distant  
metastases.

### CASO CLINICO

Paciente femenina de 34 años, abuelos paternos y maternos diabéticos, hipotiroidia en tratamiento con levotiroxina 0.75, menarquia: 13 años menopausia: hace 2 años por protocolo de ovario, g2 c2 hv: 2 TRH: no refiere

AQX: protocolo julio 15 del 2010, ca de ovario e iv, describiendo tumores ovaricos bilaterales con ascitis de aspecto mucoso y gánglios pélvicos y lumbo aórticos positivos.

Histopatológico reporta cistodeanocarcinoma mucinoso con zonas de metaplasia intestinal, presencia de células en anillo de sello.

Ha recibido QMT 6 ciclos taxol, carboplatino termina en diciembre 2010.

EVOLUCION DE CA 125

FECHA	CA 125	CA 19 9
JULIO 2010	464	49,6
AGOSTO 2010	132	
NOVIEMBRE 2010	38	
ABRIL 2011	42	
JULIO 2011	59	
OCTUBRE 2011	86	
DICIEMBRE 2012	69	
ENERO 2012	61	
MARZO 2012	80	
MAYO	72	

Paciente en controles por antecedente de elevación de ca 125, se realizó un PET SCAN, al no encontrar patología en TAC, encontrándose ganglios lumboaorticos positivos por lo que se

decide cirugía para cito reducción con diagnóstico de recidiva. Figura 1

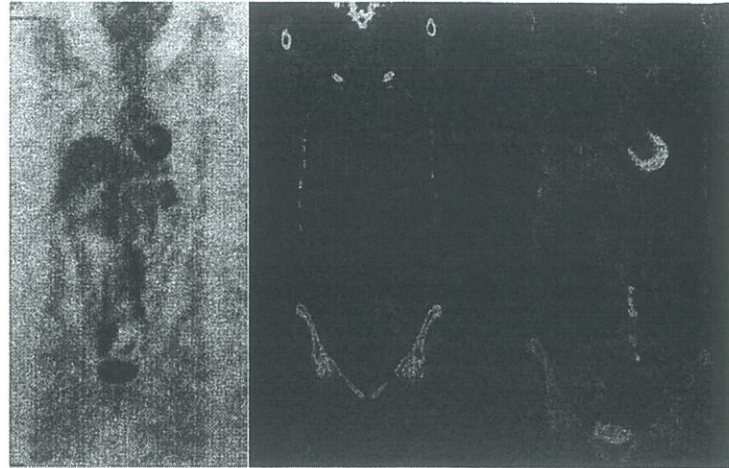


Figura 1: PET SCAN, Ca recidivante de Ovario, HCAM

2012/07/13: cito reducción con linfadenectomía pélvica y lumboaórtica. Figuras 2-4.

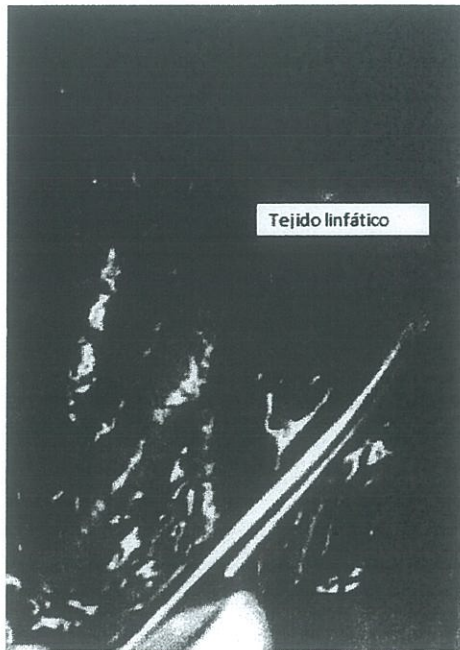


Figura 2: resección de tejido linfático lumboaórtico, intercavo aórtico. HCAM

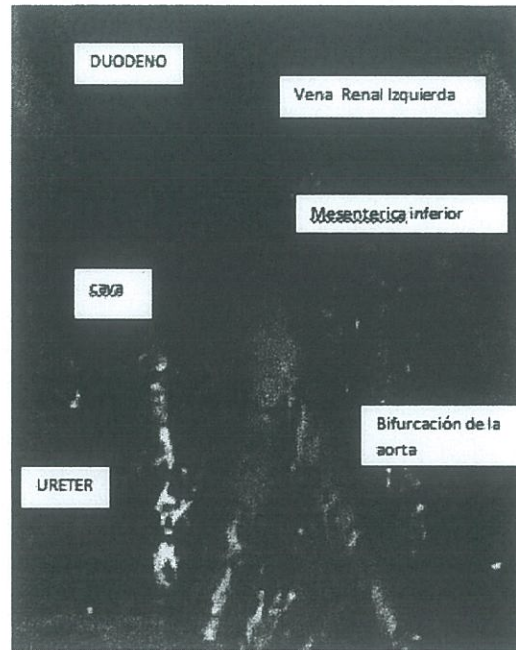


Figura 3: Linfadenectomía lumboaórtica, Límites de disección. HCAM

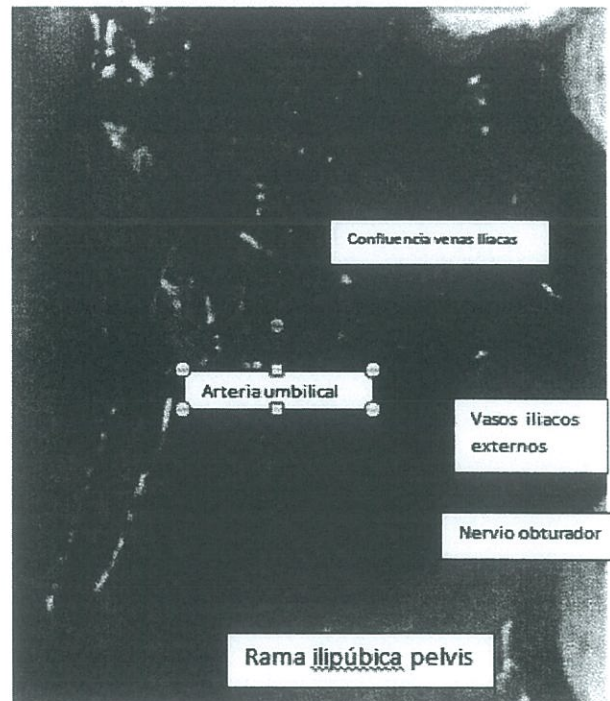


Figura 4: linfadenectomía pélvica, HCAM

Patología

Estudio microscópico:

1.-Biopsia de ganglios de cadena lumbo aortica:

28 ganglios examinados 6 de ellos con tumor metastásico (6/28).

2.-Biopsia de ganglios pélvicos:

3 ganglios examinados 1 de ellos con foco de metástasis (1/3).

El 7 de julio se decide iniciar quimioterapia con el mismo esquema de carboplatino plaquitaxel, considerándose sensible a los platinos por la recidiva a los 2 años, además de no haber presentado signos clínicos de toxicidad.

CONTROLES POSTERIORES DE CA 125

JULIO 2012	38,8	39,27
AGOSTO	21	

INTRODUCCION

En su revisión del año 2005, Havrilesky y cols., observaron una sensibilidad del 90% y una especificidad del 86% del PET en pacientes con sospecha de recurrencia, en comparación con las imágenes convencionales. 1

El examen PET mostró resultados superiores cuando el marcador CA

125 estaba elevado y las imágenes convencionales eran negativas.

Un trabajo publicado en 2007 por Garcia-Velloso y cols., comparó el examen PET con la tomografía computada y el CA 125 para la detección de recurrencia, resultando el PET el método más efectivo, con una sensibilidad, especificidad y precisión del 87, 79 y 85%, respectivamente, comparando con las imágenes convencionales (53, 82 y 61%, respectivamente) y con el CA 125 (58, 94 y 67%, respectivamente). 2, 3, 4

ANTECEDENTES

A pesar de los avances en oncología, el pronóstico del cáncer de ovario sigue siendo malo por varias razones: 1 En las etapas iniciales de la enfermedad no hay síntomas o estos son mínimos e inespecíficos, haciendo muy difícil el diagnóstico clínico.

2 Cuando se diagnostica el tumor, la mayoría de las pacientes están en un estadio avanzado: el 71% con extensión regional y el 30% con metástasis a distancia

3 Este tumor se disemina tempranamente por exfoliación celular y siembra peritoneal, con implantes peritoneales incluso antes de afectar los ganglios linfáticos.

4 El tratamiento aceptado es la cirugía seguida de quimioterapia, pero la recaída es muy frecuente.

Cáncer de Ovario Recidivante

La mayoría de los pacientes desarrollan enfermedad recurrente o persistente y requiere terapia adicional.

Tumor en estadio III o IV, de alto grado del tumor y la presencia de un tumor residual de más de dos centímetros después de la cirugía inicial son predictores significativos de recurrencia (Rubin et al 1999). 4

Indicadores favorables de supervivencia incluyen la cirugía citorrreductora completa, tumor de pequeño volumen, tumor de bajo grado, la ausencia de metástasis a distancia, el uso de la quimioterapia sistémica adyuvante. 5

Se puede clasificar:

Enfermedad sensible a la quimioterapia, platino sensible: respuesta a la terapia de primera línea con un intervalo libre de al menos seis meses.

Enfermedad quimio resistente: con progresión de la enfermedad durante el tratamiento de primera línea o recurrencia dentro de los seis meses de haber completado tratamiento de primera línea.

Las personas con enfermedad sensible a la quimioterapia responden bien a un nuevo tratamiento con la terapia basada en platino y por lo general reciben paclitaxel / carboplatino. 5, 6, 7

Las personas con enfermedad quimio resistente suelen tratarse con agentes alternativos capaces de inducir respuestas en los pacientes con enfermedad quimio resistente. Los agentes activos para uso en este contexto incluyen fármacos de segunda línea. 8

Tasa de recurrencia probable en una enfermedad recién diagnosticada, 5,6,7,8

ENFERMEDAD EN ESTADÍO AVANZADO, GRAN VOLUMEN	80 – 85 %
ENFERMEDAD EN ESTADÍO AVANZADO, PEQUEÑO VOLUMEN	60 – 70 %
ENFERMEDAD LIMITADA DE ALTO RIESGO	20 %
ENFERMEDAD LIMITADA DE BAJO RIESGO	10 %

Tabla 1, Hematol Oncol Clin N Am 26 (2012)

El riesgo global de recurrencia, persistencia, o terapia adicional es del 62 %, 9

Estadío	Descripción	incidencia	Sobrevivencia
I	Confinado a los ovarios	20%	90%
II	Confinado a la pelvis	5 %	65%
III	Extensión peitoneal o linfática	58%	40%
IV	Metástasis a distancia	17%	<18%

Tabla 2, Hematol Oncol Clin N Am 26 (2012)

## DIAGNÓSTICO DE RECURRENCIA

Debido a 26-50% de las recurrencias ocurren dentro de la pelvis, un

examen físico completo es una parte importante del diagnóstico y debe incluir un examen pélvico bimanual y rectovaginal. 10, 11

El seguimiento de las pacientes asintomáticas incluye la historia clínica, el examen físico, la evaluación del CA 125, una ecografía abdomino-pelvíana y, eventualmente, una tomografía computada.

Si bien el aumento del marcador tumoral alerta sobre la posibilidad de recurrencia o metástasis, no indica dónde ni cuánto.

Un marcador negativo no descarta de manera absoluta la existencia de enfermedad. Es necesario un examen por imágenes que compruebe y localice los focos neoplásicos.

La detección del cáncer de ovario recurrente puede ser difícil, especialmente cuando hay aumento del CA 125, con tomografía u otras imágenes convencionales negativas o dudosas.

#### MARCADORES TUMORALES

El CA 125 es una glucoproteína (mucina) que se sintetiza en el epitelio celómico y que puede ser producida por las serosas (pleura, peritoneo y pericardio) y por las estructuras derivadas de los conductos de Müller (trompa de Falopio, endocérnix y fondo vaginal). No es un antígeno tumoral específico y puede estar elevado tanto en procesos benignos (endometriosis, cirrosis y ascitis, derrame pleural, cirugía abdominal reciente, etc.) como en malignos (útero, mama,

pulmón, etc.), lo que limita su sensibilidad y especificidad.

Se ha reportado que en mujeres peri y post menopaúsicas una masa palpable asintomática con niveles de CA 125 superiores a 65U/ml tiene un valor predictivo positivo del 98% para cáncer de ovario.<sup>12</sup>

Los estudios han demostrado que CA125 se correlaciona con el estado de la enfermedad, en la mayoría de casos y a menudo está elevado 2-5 meses antes de la detección clínica de recidiva.

Desde el punto de vista oncológico, la principal utilidad clínica del CA 125 reside en el seguimiento clínico de las pacientes con carcinoma de ovario operado o tratado con quimioterapia para detectar precozmente una recaída.<sup>13</sup>

El aumento del nivel sérico de un marcador tumoral, sobre todo si se repite en exámenes seriados mostrando una curva ascendente, tiene mucho valor diagnóstico y pronóstico.

El Gynecologic Cancer Group GCIG, creó una definición estándar para la progresión de los valores de Ca125 superiores o iguales a dos veces el límite superiores a lo normal por dos ocasiones, con al menos una semana de diferencia.

#### ROL DEL PET/TC PARA LA DETECCIÓN DE RECAÍDA Y METÁSTASIS

El examen con PET/TC no es lo suficientemente sensible como para detectar una siembra peritoneal



microscópica o muy pequeña (menor de 7-8 mm con los equipos híbridos), aunque, si las lesiones son de mayor tamaño el examen tiene alta sensibilidad y especificidad para la detección de enfermedad neoplásica activa, tanto en el peritoneo como en otros órganos, que pueden estar fuera del alcance de la laparoscopia o laparotomía con *second look*.<sup>8</sup>

Varios trabajos han demostrado la superioridad de este método con respecto a las imágenes convencionales y al CA 125 para detectar recurrencia y/o metástasis a distancia.

Aproximadamente el 20 a 30% de las pacientes con cáncer de ovario en estadio temprano y el 50 a 75% en estadio avanzado con respuesta luego de la primera línea de quimioterapia recaen más tarde o más temprano, generalmente en la cavidad abdomino-pelviana.<sup>9</sup>

PET utiliza radioisótopos que se desintegran emitiendo un electrón con carga positiva (positrones) desde el núcleo.

El positrón aniquila un electrón con carga negativa, dando lugar a dos fotones de alta energía (511 kilo-electrón-voltios) que viajan a 180 grados entre sí.

El fotón de alta energía que se detecta en coincidencia con su par (Lewellen, Miyaoka y Cisne 1999), se consigue mediante una cámara de positrones, dispuestas típicamente en un anillo alrededor del paciente, que recoge una gran proporción de los pares de fotones. El anillo detector está conectado a la electrónica que

registra la llegada de los pares de fotones, con fotones que se detectan dentro de una ventana muy corta (aproximadamente 10 nanosegundos) el uno del otro siendo considerado 'coincidente'.<sup>7, 8</sup>

Los isótopos principalmente utilizados incluyen oxígeno, nitrógeno (<sup>13</sup>N), carbono (<sup>11</sup>C) y flúor (<sup>18</sup>F). <sup>18</sup>F-FDG (2 - [<sup>18</sup>F] fluoro-2-desoxi-D-glucosa, que es un análogo radio marcado de glucosa. En comparación con otros radioisótopos, tiene una larga vida media relativamente (110 minutos), la principal ventaja de la FDG en aplicaciones oncológicas es la mayor absorción de glucosa en las células malignas en comparación con el tejido normal circundante se fosforila y queda atrapado intracelularmente y se acumulan en las células diana.

#### Procedimiento

Los pacientes se les pide a ayunar durante cuatro a seis horas en el día de su examen. Se administra x vía intravenosa el marcador, la prueba se realiza una hora después.

En los exámenes PET/TC, las localizaciones de cáncer de ovario activo se manifiestan por focos hipermetabólicos (calientes) que coinciden en muchos casos con nódulos en el peritoneo, en ganglios, en los pulmones o en otros órganos.

En nuestra experiencia práctica, el PET/TC fue particularmente útil para identificar implantes peritoneales que pueden pasar fácilmente inadvertidos en la TC por la superposición de asas intestinales o colon, y su localización en recesos peritoneales, debajo del diafragma o sobre la superficie de

órganos sólidos como el hígado y el bazo.

## TRATAMIENTO

El tratamiento para el cáncer de ovario recurrente por lo general consiste en la extirpación quirúrgica de la totalidad de los depósitos tumorales visibles si la enfermedad está localizada y seguida de quimioterapia adyuvante. 14

Cito reducción secundaria, se restringe para las pacientes que tienen un intervalo sin enfermedad de al menos 12 meses, preferiblemente 24 meses y aquellas cuya enfermedad macroscópica pueda researse en su totalidad, independientemente del intervalo sin enfermedad.

Directrices australianas (ACN y NBCC 2004) para el tratamiento del cáncer de ovario

Recomendamos que la cirugía citorrreductora secundaria puede beneficiar a las mujeres con:

- un largo intervalo libre de enfermedad (especialmente > 2 años)
- La edad joven
- buen estado general
- recurrencias aisladas, especialmente en la pelvis, si la resección se puede completar.

## SEGUIMIENTO

Debe incluir la actualización de la historia clínica, un examen físico, incluyendo examen pélvico y de sangre para CA-125. Imágenes radiológicas es recomienda sólo si hay sospecha de recurrencia clínica. Figura 5

Variable	Months			Years	
	0-12	12-24	24-36	3-5	>5
Review of symptoms and physical examination	Every 3 mo	Every 3 mo	Every 4-6 mo	Every 6 mo	Yearly*
Papercolor or test/cytologic evidence	Not indicated	Not indicated	Not indicated	Not indicated	Not indicated
Cancer antigen 125	Optional	Optional	Optional	Optional	Optional
Radiographic imaging (chest x-ray, positron emission tomography/computed tomography, magnetic resonance imaging)	Insufficient data to support routine use	Insufficient data to support routine use	Insufficient data to support routine use	Insufficient data to support routine use	Insufficient data to support routine use
Recurrence suspected	Computed tomography and/or positron emission tomography scan	Computed tomography and/or positron emission tomography scan	Computed tomography and/or positron emission tomography scan	Computed tomography and/or positron emission tomography scan	Computed tomography and/or positron emission tomography scan
	Cancer antigen 125	Cancer antigen 125	Cancer antigen 125	Cancer antigen 125	Cancer antigen 125

\* May be followed by a generalist or gynecologic oncologist.  
Sokal. Surveillance for gynecologic cancers. Am J Obstet Gynecol 2011.

Figura 5, intervalos de control para Ca de OVARIO

## CONCLUSIÓN

El PET/TC con fluor-18 deoxiglucosa (FDG) no es el método recomendado para caracterizar una masa anexial como benigna o maligna ni para el diagnóstico inicial del cáncer de ovario.

El PET/TC ha producido un cambio en el manejo o la conducta en el 44 a 58% de los casos, reduciendo costos innecesarios y detectando mayor número de recaídas que la TC, tradicionalmente el método más utilizado por los oncólogos.

El método indicado sigue siendo la ecografía ginecológica con Doppler, especialmente con transductor transvaginal, que muestra al ovario con mayor detalle.

PET-CT alterará el tipo tratamiento en aproximadamente el 60% de los pacientes

con enfermedad recurrente y muchos recomiendan PET-CT antes de citorrreducción secundaria.

PET es más preciso que los métodos convencionales, con una sensibilidad 100% especificidad 92%

La resonancia magnética se está utilizando de manera creciente como siguiente examen en los casos dudosos para ayudar a caracterizar una masa anexial y mejorar la selección de las pacientes que pueden beneficiarse con la cirugía.

## DISCUSIÓN

El tratamiento estándar luego de la cirugía es la quimioterapia. A pesar de una buena respuesta inicial, la progresión de la enfermedad ocurre en la mayoría de las pacientes. Como sucede con otros tumores, tanto la TC como la RM son métodos limitados para detectar si hay o no respuesta al tratamiento quimioterápico, principalmente porque los cambios anatómicos llevan tiempo.

En la actualidad, se está empleando de manera creciente el PET/TC para diferenciar a las pacientes respondedoras de aquellas que no responden, luego de un determinado esquema de quimioterapia.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Schorge et al, Surgical Management of Ovarian Cancer, *Hematol Oncol Clin N Am* 26 (2012) 93–109
- 2 Amit et al, PET/CT in Gynecologic Cancer, *Obstet Gynecol Clin N Am* 38 (2011) 1–21
- 3 Salani. *Surveillance for gynecologic cancers. Am J Obstet Gynecol* 2011.
- 4 Sandip b, Non-FDG PET in the Assessment of Gynecological Malignancies, *PET Clin* 5 (2010) 477–482
- 5 San Román j, Rol del CA 125 y del PET/TC en el cáncer de ovario, RAR - Volumen 74 - Número 3 – 2010
- 6 Even-Sapir e, PET in women with high risk for breast or ovarian cancer, *Lancet Oncol* 2010; 11: 899–905
- 7 Wahl et al, The Roles of Fluorodeoxyglucose PET/Computed Tomography in Ovarian Cancer: Diagnosis, Assessing Response, and Detecting Recurrence, *PET Clin* 5 (2010) 447–461
- 8 Marinovich, I, *Positron emission tomography for recurrent ovarian cancer*, Minister for Health and Ageing on 19 May 2008
- 9 Goonewardene t, Management of asymptomatic patients on follow-up for ovarian cancer with rising CA-125 concentrations, *Lancet Oncol* 2007; 8: 813–21
- 10 Thigpen T, Stuart G, du Bois A et al: Clinical trials in ovarian carcinoma: requirements for standard approaches and regimens. *Ann Oncol* 16 (Suppl 8): 13-19, 2005.
- 11 israel o, F-FDG PET/CT IN CANCER RECURRENCE *J Nucl Med* 2007; 48:28S–35S
- 12 Neville F., Recurrent ovarian cancer, *Chang Gung Med J* Vol. 27 No. 8, August 2004

13 ZonMw 2007, Suitable use of PET in the Netherlands—a reserach summary, ZonMw, the Netherlands Organisation for Health Research and Development, The Hague.

14 Uzan c linfadenectomía lumboaórtica, Volume 48, Issue 2, April 2012, Pages 1–10

15 Saussine c, Linfadenectomía pélvica laparoscópica extraperitoneal, world electronic book of surgery

16 Goldfrank D, Chuai S, Bernstein JL, et al. Eff ect of Mammography on Breast Cancer Risk in Women with Mutations in BRCA1 or BRCA2. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; **15**: 2311–13.

17 Brix G, Lechel U, Glatting G, et al. Radiation exposure of patients undergoing whole-body dual-modality 18F-FDG PET/CT examinations. *J Nucl Med* 2005; **46**: 608–13.

18 Imbriaco M, Caprio MG, Limite G, Pace L, De Falco T, Capuano E, Salvatore M. Dual-time-point 18F-FDG PET/CT versus dynamic breast MRI of suspicious breast lesions. *AJR* 2008; **191**: 1323–30

19 Permuth-Wey J, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer. *Methods Mol Biol* 2009;472:413–37.

20 Winter WE 3rd, Maxwell GL, Tian C, et al. Tumor residual after surgical cytoreduction in prediction of clinical outcome in stage IV epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 2008;26(1):83–9.

21 Gu P, Pan LL, Wu SQ, et al. CA 125, PET alone, PET-CT, CT and MRI in diagnosing recurrent ovarian carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Radiol* 2009;71(1):164–74.

22 Moore RG, MacLaughlan S, Bast RC Jr. Current state of biomarker development for clinical application in epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2010;116(2): 240–5.

TEMA: UCI EN OBSTETRICIA	
HORA	DOCENTE
09H00 - 09H45	Dr. Alexandra Calderone HELLP
09H45 - 10H30	Dr. José Ortega
10H30 - 11H15	Dr. Luis Unigarro
<b>RECESO</b>	
11H15 - 11H30	Dr. Freddy Sánchez
11H30 - 12H15	Miocardiodiopatía dilatada
12H15 - 13H00	Embolismo líquido amniótico
13H00 - 15H00	Dr. Marco López
<b>ALMUERZO</b>	
<b>TEMA: ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA</b>	
14H15 - 15H00	Dr. Carlos Cárdenas C.
15H00 - 15H45	Dr. Alexandra Rosero
15H45 - 16H30	Lcda. Pilar Miño
16H30 - 17H15	Dr. Carolina Guerrero
17H15 - 17H30	
<b>RECESO</b>	
TEMA: PEDIATRÍA	
HORA	DOCENTE
09H00 - 09H45	Dr. Santiago Vasco
09H45 - 10H30	Dr. Freddy Cortez
<b>RECESO</b>	
10H30 - 10H45	Dr. Juan José Aguilera
10H45 - 11H30	
11H30 - 12H15	Dr. Paul Astudillo

### TALLERES

FECHA	TEMA	DOCENTES	HORARIO
25 de Junio	Soporte Vital Básico	Dr. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
26 de junio	Soporte Vital Básico	Dr. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
27 de Junio	Soporte Vital Básico	Dr. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
28 de Junio	Soporte Vital Básico	Dr. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00

FECHA	TEMA	DOCENTES	HORARIO
25 de junio	Embarazo en la Adolescencia. Prevención del Segundo Embarazo	Dr. Patricio Jácome	14h00 - 18h00
26 de junio	Hemorragia en el Embarazo. Parto y Post Parto como Causa de Mortalidad Materna	Dr. Patricio Jácome	14h00 - 18h00

### Coordinación Técnica

Lcda. Neida Mejía Salazar  
Ing. Diana Carolina Rosero Ortega



Colón 2277 y Ulloa

Edificio Fierro 2do. piso, oficina 2A

Telefax: (593-2) 2522 612 / 084 945 554

E-mail: coexponedams@yahoo.com

www.coexpociatda.com

## SABADO 23

## VIERNES 22 DE JUNIO DE 2012



**CURSO**  
ACTUALIZACIÓN  
**MATERNAL**  
**infantil**  
18-29 JUNIO 2012  
COLEGIO DE ENFERMERAS/OS DE PICHINCHA  
ORGANIZA

# INVITACION

El objetivo prioritario del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Pichincha es proporcionar a los profesionales de la salud actualización de conocimientos con el desarrollo de un curso con alto nivel científico y técnico, cuya finalidad es contribuir y mejorar la atención al cliente externo.

El curso pretende compartirles conocimientos teóricos y prácticos a través de conferencias magistrales y talleres preparados por experimentados profesionales de nuestro medio.

Deseamos que este curso aporte de manera positiva al desarrollo profesional y a la satisfacción personal.

TEMA: PATOLOGÍA MAMARIA		DOCENTE
HORA	TEMA	
08H00 - 09H30	INSCRIPCIONES Y ENTREGA DE MATERIALES	
09h30 - 09h45	SESION SOLEMNE DE INAUGURACION	
09H45 - 10H30	Panorámica del estado del arte en cáncer de mama	Dr. Bernardo Sandoval
10H30 - 11H15	Factores de riesgo para cáncer de mama	Dr. Mónica Cachimuel
11H15 - 11H30	RECESO	
11H30 - 12H15	Mamografía Vs. Ultrasonido en el diagnóstico de tumores mamarios	Dr. Fernando Moreno
12H15 - 13H00	Algoritmo diagnóstico en imágenes mamarias	Dr. Katya Dávila
13H00 - 15H00	ALMUERZO	
15H00 - 15H45	Diagnóstico de lesiones premalignas del cuello uterino	Dr. Diego Calderón
15H45 - 16H30	Conducta de tumores benignos de la mama	Dr. Gaby Miñaca
16H30 - 17H15	Importancia del ganglio	Dr. Gaby
17H15 - 17H30	RECESO	
17H30 - 18H15	Cuidados de enfermería en pacientes complicadas en ginecología	Lcda. Nátali Moreno

LUNES 18 DE JUNIO DE 2012

TEMA: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS		DOCENTE
HORA	TEMA	
09H00 - 09H45	Enfoque sobre la desición para la ligadura quirúrgica v oluntaria	Dr. Abel Meléndez
09H45 - 10H30	Mortalidad materna en Ecuador. Planes preventivos	Dr. Luis Rodas
10H30 - 11H15	VIH en la Embarazada - Prevención y Control	Dr. Renato Romero
11H15 - 11H30	RECESO	
11H30 - 12H15	Embarazo en la adolescente. Siempre un problema	Dr. Luis Rodas
13H00 - 15H00	ALMUERZO	
14H15 - 15H00	VIH en Ecuador, un reto para los servicios sanitarios	Dr. Walter Moya
15H00 - 15H45	El aborto inseguro. Una causa de muerte materna	Dr. Renato Romero
15H45 - 16H30	Hemorragia postparto. Protocolo de actuación	Dr. Lilián Fallos
16H30 - 17H15	Aborto séptico. Manejo	Dr. Fernando Moreno
17H15 - 17H30	RECESO	
17H30 - 18H15	La responsabilidad civil y penal en la práctica médica	Dr. Carlos Pazmiño

MARTES 19 DE JUNIO DE 2012

TEMA: PERINATOLOGÍA		DOCENTE
HORA	TEMA	
09H00 - 09H45	Evaluación del corazón fetal, en población de bajo y alto riesgo	Dr. Fabricio Macías
09H45 - 10H30	Métodos para evaluar el bienestar fetal	Md. Isabel Jibaja
10H30 - 11H15	Conducta ante el Idrops.fetal, hidrotórax y ascitis aislada	Md. María Fernanda López
11H15 - 11H30	RECESO	
11H30 - 12H15	Cuidados de enfermería en hemorragia postparto	Lcda. Paola Chacón
12H15 - 13H00	Tratamiento quirúrgico de la hemorragia postparto	Dr. Hugo Garzór
13H00 - 15H00	ALMUERZO	
15H00 - 15H45	Urgencias quirúrgicas neonatales	Dr. Edwin Ocaña
15H45 - 16H30	Termorregulación en el recién nacido patológico	Lcda. Nátali Moreno
16H30 - 17H15	Crecimiento fetal restringido ¿Cuándo interrumpir?	Dr. Washington Herrera
17H15 - 17H30	RECESO	
17H30 - 18H15	Muerte fetal un problema perinatal persistente	Md. Cecilia Valladares

MIERCOLES 20 DE JUNIO DE 2012

TEMA: GINECO OBSTETRICIA		DOCENTE
HORA	TEMA	
09H00 - 09H45	Anestesia Obstétrica	Dr. Juan Pasquel
09H45 - 10H30	Reanimación cardiopulmonar en pacientes obstétricas	Dr. Juan Carlos López
10H30 - 11H15	Prevención de la mortalidad materna por Preeclampsia - eclampsia	Dr. Patricia Jácome
11H15 - 11H30	RECESO	
11H30 - 12H15	Infecciones de Transmisión Sexual en Ginecología	Md. Henry López
12H15 - 13H00	Sexualidad y Cáncer (Alternativas de Tratamiento para el HPV Vulvar Femenina)	Dr. José Guerrero
13H00 - 15H00	ALMUERZO	
15H00 - 15H45	Síndrome Antifosfolípídico (Tratamiento Clínico durante el Embarazo)	Dr. José Guerrero
15H45 - 16H30	Trastornos hipertensivos durante el embarazo	Dr. Sharon Naranjo
16H30 - 17H15	Infección de vías urinarias. Valvuv agnithisy embarazo	Dr. Andrés Sánchez
17H15 - 17H30	RECESO	
17H30 - 18H15	Distinciones sexuales (trastornos de la conducta sexual)	Md. Silvana Santamaría

JUEVES 21 DE JUNIO DE 2012

## **TEMAS LIBRES EN CONGRESOS**

**HEMORRAGIA POST PARTO, protocolo de actuación: CURSO DE ACTUALIZACIÓN MATERNO INFANTIL, organizado por el colegio de enfermeras y enfermeros de Pichincha, realizado del 18 al 28 de junio del 2012 en la ciudad de Quito.**

Se estima que en el mundo mueren unas 140.000 mujeres por año, una cada cuatro minutos, a causa de hemorragia obstétrica.

En aproximadamente 2/3 de los casos no se detectan factores de riesgo, se puede afirmar que la hemorragia obstétrica podrá ocurrir a cualquier mujer en cualquier parto.

La incidencia oscila entre el 5% al 15%, con una mortalidad de 1/1.000 en países en vías de desarrollo.

El 75-90 % de los casos corresponden a atonías uterinas

Mortalidad materna global es 530.000 casos anuales, una cuarta parte consecuencia de hemorragias obstétricas.

La hemorragia post parto está definida como la pérdida sanguínea mayor a 500 ml durante el parto vaginal y mayor a 1000 ml en la operación cesárea.

### **Código Rojo**

Se instauró como un conjunto de procedimientos que se recomiendan realizar de manera oportuna durante una hemorragia post parto.

En el minuto cero la activación del "Código Rojo" debe desencadenar varias acciones en forma automática:

Alertar al servicio de laboratorio y/o banco de sangre

Alertar al servicio de transporte.

Iniciar el calentamiento de los líquidos para uso venoso a 39°C (1000 mL en microondas o con electrodo en agua, se logra en 2 minutos).

Minutos 1 a 20: reanimación y diagnóstico

Aplicación de dos catéteres gruesos #14 (café, marrón, garantiza un flujo de 330 mL/min) o #16 (gris: 225 mL/min), (nivel de evidencia I).

Iniciar el suministro de oxígeno a la paciente con máscara reservorio, Ventury al 35-50% o cánula nasal a 4 litros por minuto.

El medicamento de elección para el manejo de la atonía es la oxitocina administrada en infusión. Si no hay contraindicaciones se debe administrar metergina simultáneamente. Si con estos medicamentos no se logra el control se debe adicionar misoprostol.

Evacuar la vejiga y medir la eliminación urinaria permanentemente.

Mantener la temperatura corporal estable cubriendo a la paciente con frazadas.

En choque severo, iniciar la transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos (GR) "O negativo". Si no hay disponible, iniciar "O Rh positivo".

Tiempo 20 a 60 minutos: estabilización

En choque grave, iniciar la transfusión de sangre tipo específica sin pruebas cruzadas.

Una vez cese la hemorragia y se controle el choque se debe mantener la infusión de cristaloides de 150 a 300 mL/hora.

Es prudente vigilar los pulmones mediante la auscultación frecuente en busca de signos de edema agudo por sobrecarga de volumen, que en caso de presentarse, se debe tratar con las medidas clásicas para el mismo.

Tiempo 60 minutos: manejo avanzado

Después de una hora de hemorragia e hipoperfusión, con o sin tratamiento activo, existe una alta probabilidad de una coagulación intravascular diseminada (CID).

Establecer la vigilancia avanzada para controlar la CID con la reevaluación de las pruebas de coagulación como el TPT, TP, el fibrinógeno y el dímero D.

Considerar siempre la decisión crítica:

Ligadura de las arterias uterinas, sutura de B-Lynch, histerectomía.

En lo posible, solicitar asesoría del hematólogo para el manejo de la CID.

Siempre se debe corregir la CID antes de realizar procedimientos quirúrgicos:

-Garantizar que el recuento de plaquetas sea superior a 50.000/mL.



**CURSO**  
ACTUALIZACIÓN  
**MATERNO**  
**infantil**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD**  
**DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR**

Confieren el Presente

*Diploma*

Al Señor (a): **Doctora LILIAN FIALLOS**

Por haber participado en calidad de: **Conferencista del Tema: Hemorragia postparto.**  
**Protocolo de actualización.**

En el **CURSO DE ACTUALIZACIÓN MATERNO INFANTIL**, organizado por el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Pichincha, realizado del 18 al 28 de junio de 2012 en la ciudad de Quito.

Duración Académica: 120 Horas

Quito, 28 de junio de 2012



**DR. BERNARDO SANDOVAL C.**  
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud  
Universidad Internacional del Ecuador





**LCDA. ROSA SANTAMARÍA A.**  
Presidenta  
Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Pichincha

# **III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA AVANCES 2012**

**Del 6 al 15 de Septiembre 2012  
Quito - Ecuador**

**Auditorio Hospital Carlos Andrade Marín**

**120 Horas  
Académicas**



Estimados profesionales, estudiantes, compañeros.

Una vez más ANAMER y FACMED - Health Training Solutions, les damos la más cordial bienvenida al:

## **“III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA. AVANCES 2012”**

Este congreso tiene como finalidad cultivar la actitud humanitaria que nos caracteriza al personal de la Salud, enfocando los temas en los campos profesionales que atienden a las personas más vulnerables que existen, las mujeres y los niños.

Nuestra convocatoria ha sido amplia y plural para todos los profesionales y estudiantes que conforman el equipo de salud multidisciplinario. Por lo que hemos desarrollado este gran evento académico con gran compromiso tomando en cuenta las principales patologías que se presentan en la práctica diaria tanto en el área de Gineco-Obstetricia como en el ámbito Pediátrico.

Agradecemos a los conferencistas nacionales, que han aceptado nuestra invitación, jerarquizando con su experiencia nuestro congreso y a todos ustedes que se han interesado por el crecimiento académico y personal. Y que juntos constituyen el motor de esta jornada científica.

Que este abrazo simbólico nos abrigue, nos fortalezca y nos una para el compromiso con nuestros pueblos en el final de la vida. Al mismo tiempo aprovechamos para invitarlos a futuros eventos científicos para la capacitación oportuna en diversas aéreas de salud por medio de las cuales intensificaremos la atención con calidad y calidez que requieren los usuarios de nuestro país en los diversos puestos de trabajos que nos requieran.

**Md. Oscar Navarrete Gosdenovich**  
**Presidente Nacional**  
**ANAMER**

## **Avales Académicos e Institucionales**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*



**Ministerio de Salud Pública**



## **ORGANIZAN:**



**Asociación Nacional de  
Médicos Rurales**



**FACMED**  
Tu Solución en Capacitación Médica

# JORNADAS\*

JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Inscripciones y Entrega de Material</b> <i>FACMED</i>
08H45-09H30	<b>Virus del Papiloma Humano y Colposcopia</b> <i>Dr. Jorge Augusto Torres Ruales</i>
09H30-10H15	<b>Infecciones del Tracto Genital Inferior en el Embarazo</b> <i>Dra. Doris Domínguez</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Papanicolaou. Interpretación y Esquema de Manejo</b> <i>Dr. Edison Aillón Castillo</i>
11H15-12H00	<b>Niveles de Oxido Nítrico en Pacientes con Preeclampsia</b> <i>Dr. Emilio José Solís Villacres</i>
12H00-12H45	<b>Embarazo Ectópico</b> <i>Dr. Emilio José Solís Villacres</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Cáncer de Cérvix</b> <i>Dr. Fernando Moreno</i>
14H15-15H00	<b>Abordaje de la Pareja Infértil</b> <i>Dr. Oscar López</i>
15H00-15H45	<b>Manejo de Parto Prematuro</b> <i>Dr. Oscar López</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00	<b>Hemorragia Uterina Disfuncional</b> <i>Dr. Iván Martín Valencia</i>
17H00-17H45 17H45-18H30	<b>Diagnóstico de Lesiones no Palpables de Mamas</b> <i>Dr. René Danilo Salazar Molina</i>

VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Síndrome de Ovarios Poliquísticos</b> <i>Dr. Luis Miguel Porras Torres</i>
08H45-09H30	<b>Diabetes y Gestación</b> <i>Dr. Gustavo Paz</i>
09H30-10H15	<b>Evidencia Médica de Técnicas Moleculares e Inmunohistoquímica para el Dx de la Infección por HPV y Neoplasias Intraepiteliales Cervicales en la Prevención de CA Cérvix</b> <i>Dr. Pablo Yáñez</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Preeclampsia Atípica</b> <i>Dra. Mariela Pozo</i>
11H15-12H00	<b>Diagnóstico de Defectos Congénitos por Ultrasonografía y Pruebas de Pesquisaje Serológico de SD DOWN</b> <i>Dr. Eduardo Francisco Yépez García</i>
12H00-12H45	<b>Generalidades de la Dermatitis en el Embarazo</b> <i>Dra. Nelly Pilar Machado Benavides</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Patología Benigna de Mamas</b> <i>Dr. Freddy Arturo Vallejo Naranjo</i>

\* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o, en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.

14H15-15H00	<b>Ventajas de la Histerectomía Vaginal</b> <i>Dra. Gabriela Miñaca</i>
15H00-15H45	<b>Manejo Activo del Tercer Período de Parto</b> <i>Dr. Edison Santiago Huilca Álvarez</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00	<b>Único Anillo de Progesterona como Anticonceptivo para Período de Lactancia “ Progering”</b> <i>Dra. Tania de Lourdes Bonilla Vallejo</i>
17H00-17H45	<b>Fotoprotección</b> <i>Dra. Tania de Lourdes Bonilla Vallejo</i>
17H45-18H30	<b>Hemorragias Post-Parto</b> <i>Dra. Ximena Vega</i>

## SÁBADO 8 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Violencia de Género durante el Embarazo: Consecuencias Maternas y Perinatales</b> <i>Dra. Doris Naranjo</i>
08H45-09H30	<b>Síndrome de Ehlers Danlos y Embarazo</b> <i>Dra. María Cristina Yáñez Araujo</i>
09H30-10H15	<b>Infecciones más Comunes del Tracto Genital Inferior</b> <i>Dr. Edgar Jacinto Rivera Ruiz</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Alteraciones Ginecológicas frecuentes en Adolescentes</b> <i>Dr. Iván Patricio Jácome Artieda</i>
11H15-12H00	<b>Bioética en Anticoncepción en Adolescentes</b> <i>Dr. Iván Patricio Jácome Artieda</i>
12H00-12H45	<b>Patología Maligna de Mama</b> <i>Dra. Maryuri Vélez</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Amenorrea</b> <i>Dr. Luis Alberto Rodríguez Matias</i>
14H15-15H00 15H00-15H45	<b>Gestante RH negativo</b> <i>Dr. Luis Alberto Rodríguez Matias</i>
15H45-16H30	<b>Curso de Habilitación, Acreditación y Recertificación</b> <i>Grupo CTO</i>
16H30-17H15	<b>COCTEL</b>

---

## DOMINGO 9 DE SEPTIEMBRE: CONCURSO TEMAS LIBRES DE 8:00 AM A 14:30 PM

---

\* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o, en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.

## LUNES 10 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Menopausia y Climaterio</b> <i>Dr. Antonio José Domínguez Viveros</i>
08H45-09H30	<b>Patología Cervical Benigna y Lesiones Premalignas</b> <i>Dr. Felipe Roberto Robles Escobar</i>
09H30-10H15	<b>Prolapso Genital</b> <i>Dr. Felipe Roberto Robles Escobar</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Biología Molecular y Manejo Clínico de Preeclampsia</b> <i>Dr. Andrés Gonzalo Calle Miñaca</i>
11H15-12H00 12H00-12H45	<b>Intervencionismo Fetal</b> <i>Dr. Eduardo Francisco Yépez García</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Várices de Miembros Inferiores y Embarazo</b> <i>Dr. Marco Horacio Medina Iturre</i>
14H15-15H00	<b>Endometriosis. Manejo Clínico y Quirúrgico</b> <i>Dra. Jacqueline Beatriz Loza Santillán</i>
15H00-15H45	<b>Plan de Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Estrategia Nacional de Planificación Familiar</b> <i>Dra. Mariela Susana Guijarro Paredes</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00	<b>Tumores de Ovario: Clínica y Clasificación</b> <i>Dra. Lilian Fiallos</i>
17H00-17H45	<b>Embarazo y VIH</b> <i>Dra. Silvana Santamaría</i>
17H45-18H30	<b>Abortos Recurrentes</b> <i>Dra. Isabel Jibaja</i>

## MARTES 11 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45 08H45-09H30	<b>Screening del 1er. Trimestre de Embarazo</b> <i>Dr. Darwin Homero Loza Peñafiel</i>
09H30-10H15	<b>Ecografía Anatómica 2do. Trimestre de Embarazo</b> <i>Dr. Darwin Homero Loza Peñafiel</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Avance Medicamentoso de la Década en Salud Sexual y Reproductiva: Misoprostol</b> <i>Dr. Wilfrido León Valdiviezo</i>
11H15-12H00	<b>Tumores de Ovario</b> <i>Dra. Cecilia Jeanneth Valladares Nieto</i>
12H00-12H45	<b>Tosferina</b> <i>Dr. Roque Omar Macías Andrade</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15 14H15-15H00	<b>Calidad de Vida de las Pacientes con Cáncer de Seno y Reinserción a su Vida Habitual</b> <i>Dra. Diana Torres / Fundación CEPREME</i>
15H00-15H45	<b>Cáncer de Vulva</b> <i>Dr. Fernando Moreno</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00	<b>Avances de Neurociencia en el Comportamiento Sexual</b> <i>Dra. Gladys María Llanos Vega</i>
17H00-17H45 17H45-18H30	<b>Secretos Científicos para Mejorar la Calidad de la Vida Sexual</b> <i>Dra. Gladys María Llanos Vega</i>

\* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o, en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.

## MIÉRCOLES 12 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45 08H45-09H30	<b>Neumonías Adquiridas en la Comunidad</b> <i>Dr. Nelson Dinor Gómez Baca</i>
09H30-10H15	<b>Manejo de Púrpuras en Pediatría</b> <i>Dr. Manuel Patricio Hidalgo Dillón</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Obstetricia del Siglo XXI</b> <i>Dr. Héctor Roberto Cassís Martínez</i>
11H15-12H00	<b>Asma y Broncoespasmo</b> <i>Dra. Mirna Ximena Casares Olmedo</i>
12H00-12H45	<b>Diagnóstico de Patología Endometrial</b> <i>Dr. Héctor Roberto Cassís Martínez</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Displasia Congénita de Cadera</b> <i>Dr. Francis Arturo Sierra Enríquez</i>
14H15-15H00	<b>Infección Urinaria en el Recién Nacido</b> <i>Dr. Edgar Vinicio Gavilanes Pilco</i>
15H00-15H45	<b>Atención Primaria de Quemaduras en Niños</b> <i>Dr. Santiago Moreno</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00	<b>Abordaje Perinatal en el Recién Nacido</b> <i>Dra. Saskya Karina Vallejo Haro</i>
17H00-17H45 17H45-18H30	<b>Diagnóstico y Tratamiento de Testículo no Descendido</b> <i>Dra. Johanna Isabel Muriel Aguayo</i>

## JUEVES 13 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45 08H45-09H30	<b>Manejo de Hipoglicemia en el Recién Nacido</b> <i>Dr. Santiago Veloz</i>
09H30-10H15	<b>Manejo de la Vía Aérea en la Edad Pediátrica</b> <i>Dra. Rocío de la Mercedes Yerovi Santos</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Sepsis Neonatal</b> <i>Dra. Dorys Maricruz Salvatierra Almeida</i>
11H15-12H00	<b>Hiperbilirrubinemia Neonatal/ Ictericia del Neonato</b> <i>Dra. Dorys Maricruz Salvatierra Almeida</i>
12H00-12H45	<b>Implantes Cocleares</b> <i>Dr. Marco Antonio Guevara Sánchez</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Disfunción Vesical y Enuresis</b> <i>Dr. Dalton Leonardo Proaño Flores</i>
14H15-15H00	<b>Cardiopatías Cianóticas</b> <i>Dra. Lucia Gordillo</i>
15H00-15H45	<b>Hipertrofia Adenoamigdalas</b> <i>Dra. Alba Soledad Escobar Chiriboga</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00 17H00-17H45	<b>Fibrosis Quísticas</b> <i>Dr. Carlos Burbano</i>

\* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o, en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.

## VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45 08H45-09H30	<b>Postgrados en España / MIR</b> <i>Grupo CTO</i>
09H30-10H15	<b>Atención Pediátrica Humanizada en Sala de Operaciones. El Niño en un Ambiente Extraño</b> <i>Dr. Patricio Andrés Yáñez García</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Cirugía Neonatal, Retos e Innovación Permanente</b> <i>Dr. Jorge Mier</i>
11H15-12H00	<b>Fluidoterapia, Transfusión de Sangre y Hemoderivados en Pacientes Pediátricos</b> <i>Dra. Carmita Núñez</i>
12H00-12H45	<b>Cirugía de Oído Congénito</b> <i>Dr. Marco Antonio Guevara Sánchez</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Enterocolitis Necrotizante en el Recién Nacido</b> <i>Dr. Marco Antonio Vega Jiménez</i>
14H15-15H00	<b>Retinopatía de la Prematuridad</b> <i>Dra. Sofía Urresta</i>
15H00-15H45	<b>Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal</b> <i>Dra. Lissette Núñez</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00	<b>Cirugía Fetal</b> <i>Dr. Cesar Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca</i>
17H00-17H45 17H45-18H30	<b>Persistencia del Conducto Arterioso: Manejo Quirúrgico</b> <i>Dr. Rommel Oswaldo Espinoza de los Monteros</i>

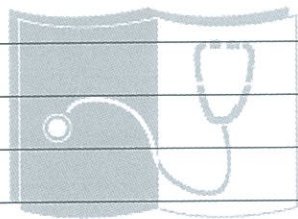
## SÁBADO 15 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Curso para Concurso de Méritos y Oposición Ecuador</b> <i>Grupo CTO</i>
08H45-09H30 09H30-10H15	<b>Atresia Esofágica</b> <i>Dr. Dalton Leonardo Proaño Flores</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Manejo de Niño Traumatisado</b> <i>Dr. Mario Ernesto Murgueitio Equez</i>
11H15-12H00 12H00-12H45	<b>Lesiones Ostiocartilaginosas en Niños</b> <i>Dr. Mario Ernesto Murgueitio Equez</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15 14H15-15H00	<b>Malformaciones Congénitas Renoureterales</b> <i>Dra. Nancy Iza</i>
15H00-15H45 15H45-16H30	<b>Ictericia Neonatal</b> <i>Dr. Patricio Ordoñez Guerrero</i>

\* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o, en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.



# NOTAS



**FACMED**

TU Solución en Capacitación Médica



**FACMED**  
Tu Solución en Capacitación Médica

El médico es considerado un ente altamente cualificado e imprescindible en trabajo continuo por mantener y recuperar la salud humana.

Pensando en esto y complementariamente al protagónico papel de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, Health Training Solutions contribuye al desarrollo e implementación de programas de Formación Académica Continua en Medicina, a efectos de viabilizar el perfeccionamiento académico en conformidad a la constante evolución de la medicina en el mundo.

## INDICACIONES GENERALES

Tomar en cuenta estas indicaciones generales:

a) La credencial que se te entrega es la **única forma de registrar tu asistencia**, es tu responsabilidad hacerlo. Debes marcar las entradas y salidas del evento. **No nos responsabilizamos en caso de olvido** y el **costo por pérdida** es de **\$2 (dos dólares)**. Debes marcar **tres (3) veces al día** tu asistencia.

b) Para FACMED es un placer contar con su presencia en las **III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRÍCIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA. AVANCES 2012**, como una atención especial durante el receso habrá un servicio de coffee break con su respectivo ticket, el mismo que **será entregado exclusivamente en la puerta de salida del auditorio**. Les recomendamos **no ingresar con alimentos ni bebidas al auditorio**. **Solicitamos mantener los espacios limpios.**

c) Los certificados serán entregados en nuestras oficinas en Quito después de **30 días LABORABLES** luego de cumplir con los procesos de las instituciones que avalizan este evento. Para retirar su certificado el requisito único es la **cédula de identidad física**, de no poder ir personalmente, pueden enviar a otra persona con la **copia de cédula del dueño del certificado**, caso contrario no se podrá entregar el mismo.

d) Además, FACMED ofrece el servicio de envío por Courier de 1 a 10 certificados fuera de Quito con un costo de 5 dólares. Se puede contratar el servicio en el Stand respectivo **ÚNICAMENTE en los días del congreso**.

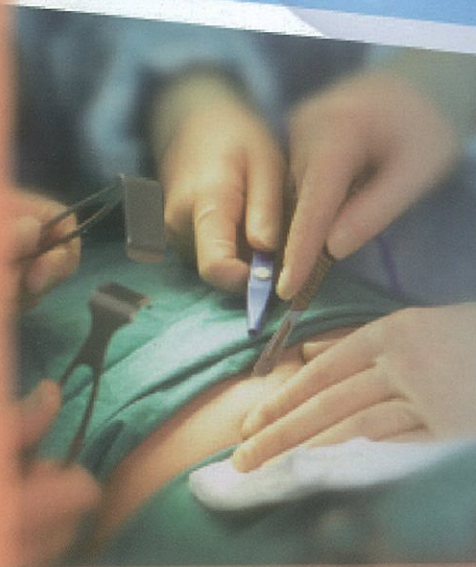
**FACMED Health Training Solutions trabaja con ustedes profesionales comprometidos a su labor.**



# II CONGRESO INTERNACIONAL DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS APLICADAS A LA PRÁCTICA DIARIA

Noviembre 2012

Auditorio del Edificio de las Cámaras  
(Av. Amazonas y República)  
Quito - Ecuador



**Avales Académicos e Institucionales**

**INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:**  
Telf: 022564853 / 085022502

Av. 10 de Agosto N13-155 y Checa | Edif. Mutualista Pichincha No. 2  
Sexto piso, Of. 44 | Sector Consejo Provincial  
O mediante depósito directo a la Cta. Corriente No. 3515962704  
Banco del Pichincha a nombre de HTS Cía. Ltda.  
inscripciones@hts.com.ec

[www.hts.com.ec](http://www.hts.com.ec)

ORGANIZAN:



**FACMED**  
Asociación de Especialistas Médicos

Síguenos en: <http://facebook.com/facmed.ecuador>

**Dirección Oficinas:**

Av. 10 de Agosto N13-155 y Checa | Edif. Mutualista Pichincha No. 2.  
Sexto piso | Oficina 44 | Quito - Ecuador  
Telf: 022564853 | Cel.: 085022502

[www.hts.com.ec](http://www.hts.com.ec)

**Síguenos en Facebook:**



<http://facebook.com/facmed.ecuador>

## **TUMORES OVÁRICOS CLÍNICA Y CLASIFICACIÓN, III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA. AVANCES 2012, realizado en la ciudad de Quito del 6 al 15 de septiembre del 2012**

Las mujeres tienen un 5 a 10 % de riesgo de por vida de desarrollar una masa anexial sospechosa que requiera cirugía, y aparecen en 1 de cada 5 mujeres.

Entre los que se someten a cirugía, 13 a 21 por ciento se detecta cáncer de ovario.

En el epitelio germinativo: cistoadenomas serosos, mucinosos y endometrioides, cistoadenocarcinomas.

Del tejido conectivo: fibromas, sarcomas, tumor de Brenner.

De las células germinales: disgerminoma, teratoma.

Del estroma gonadal: las neoplasias de célula de la granulosa-teca.

Tumores de restos vestigiales: mesonefroma.

Tumores metastásicos.

Diagnóstico clínico:

Historia de síntomas, dolor, irregularidades menstruales.

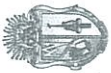
Antecedentes familiares o personales de cáncer (por ejemplo, de ovario, de mama, colorectal)

Exámenes de laboratorio sugestivos de infección, embarazo, o una enfermedad sistémica.

El CA125 es una mucina de elevado peso molecular, aislada en adenocarcinomas ováricos y producida en condiciones normales por los mesotelios y estructuras derivadas de los conductos de Müller.

Los valores normales en suero son inferiores a 35 U/mL, niveles superiores de CA125 pueden detectarse en: Endometriosis, insuficiencia renal, tuberculosis y procesos que afecten al mesotelio (peritonitis),

El CA125 es un marcador tumoral muy útil en los carcinomas ováricos (excluyendo los carcinomas mucinosos), con una sensibilidad que oscila entre el 50 y el 95%



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**  
La Universidad Católica de Loja

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR  
SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA- FILIAL PICHINCHA  
ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RURALES**



Confiere el presente

# CERTIFICADO

A LA MEDICO

**GLADYS LILIAN FIALLOS PEÑA**

Por su participación en calidad de EXPONENTE con el Tema:

**“TUMORES DE OVARIO. CLÍNICA Y CLASIFICACIÓN”**

**“III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA  
Y PEDIATRÍA CLÍNICA. AVANCES 2012”**

Realizado en la ciudad de Quito, del 6 al 15 de Septiembre de 2012

**Duración: 120 horas**



Dra. Jana Bobokova  
Directora

Departamento de Ciencias de la Salud (E)  
Universidad Técnica Particular de Loja

*Dra. Rosa Romero de Aguinaga*

Dra. Rosa Romero de Aguinaga

Presidenta  
Sociedad Ecuatoriana de Pediatría de  
Pichincha

Quito, 17 de Septiembre de 2012

*Md. Oscar Navarrete G.*

Md. Oscar Navarrete G.  
Presidente  
ANAMER



## PENDIENTE ENTREGA DE DIPLOMA

## ACTUALIZACIONES EN PARTO PREMATURO

### ATENEOS 2011

Las tasas de nacimientos prematuros continúan aumentando y representaron el 12,7 % en los EE.UU. en 2005.

La etiología del parto prematuro no está clara, pero es probable que sea compleja e influenciada por factores genéticos y ambientales.

La evaluación de FNF en embarazos gemelares con síntomas de LPT, es útil y está asociada con una menor incidencia de PPT.

Las mujeres con partos prematuros previos tienen un mayor riesgo de parto prematuro y posteriores pueden ser candidatas para el tratamiento con progesterona prenatal

La infección intraamniótica se asocia con un riesgo significativo de morbimortalidad tanto materna como perinatal.

Las bacterias más comúnmente identificados son *Ureaplasmaurealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*, *peptostreptococos*, y especies de bacteroides .

El cono LEEP predispone a pacientes a presentar un PP. 45%.

El uso de la cervicometra, como prueba de evaluación tanto de las mujeres con factores de riesgo para PP, como en aquellos casos de PP espontáneo no se ha instaurado .

La medición del cervix debe realizarse por **ECOGRAFÍA TRASVAGINAL** permite una valoración completa del cérvix ya que valora la porción interna del canal cuando el orificio externo está cerrado.

Cursos múltiples de corticoides antenatales, no mejoran el resultado del parto prematuro, y se asocian con menor peso, talla y circunferencia craneana.

Tanto la betametasona y dexametasona redujeron significativamente la muerte fetal y neonatal, SDR y hemorragia cerebral.

Para tocólisis se prefieren los bloqueadores de los canales de calcio a otros agentes tocolíticos, principalmente los betamiméticos.

Quito, a 25 de marzo del 2013

## CERTIFICADO

A petición verbal de la interesada y como Past-Presidente de SEGO-P, certifico que la Dra. GLADYS LILIAN FIALLOS PEÑA, participò en el Simposium sobre "PARTO PRETERMINO", organizado por la Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, capítulo Pichincha (SEGO-P) en calidad de Expositora, realizado en la ciudad de Quito el 17 de Febrero de 2011, como parte del programa de Educación Médica Continua llevado adelante por SEGO-P en el periodo 2010-2012, periodo en el cual ocupè el cargo de Presidente de SEGO-P.

La interesada puede hacer uso del presente certificado como a bien tuviere.

Atentamente,



*Dr. Jorge Armando Chávez Abril*  
GINECOLOGO-OBSTETRA  
Punto Médico Familiar  
"OSP Libro 1°U" Folio 77 N°231

**DR. ARMANDO CHAVEZ**  
**GINECOLOGO-OBSTETRA**  
**CMP 5893**  
**PAST-PRESIDENTE SEGO-P (periodo 2010-2012)**

## **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: ACTUALIZACIÓN, Jornadas Universitarias de Actualización en ginecología y obstetricia Dr. Luis Escobar Castro, realizadas en la ciudad de Quito del 19 al 21 de mayo 2010.**

Las siglas VPH significan virus del papiloma humano.

Son un grupo de más de 100 virus a los que se les asigna un número, lo que es llamado tipo de VPH, alrededor de 60 tipos causan verrugas en la piel, como en los brazos, el pecho, las manos y los pies. Éstas son las verrugas comunes, los otros 40 tipos son VPH mucosales.

Debido a que estas verrugas genitales muy rara vez se convierten en cáncer, los virus VPH-6 y el VPH-11 son llamados "virus de bajo riesgo". Estos tipos de VPH de bajo riesgo también pueden causar cambios de bajo grado en las células del cuello uterino que no se transforman en cáncer.

Los tipos de VPH de alto riesgo pueden causar cambios de bajo y alto grado, pre cáncer y cáncer, éstos son: VPH-16, VPH-18, VPH-31, VPH-35, VPH-39, VPH-45, VPH-51, VPH-52, VPH-58.

La mayoría de las infecciones con el VPH desaparecen con la ayuda del sistema inmunológico del cuerpo, usualmente en el lapso de 2 años.

Los cambios celulares precancerosos causados por el VPH se pueden encontrar mediante pruebas de Papanicolaou y ser tratados.

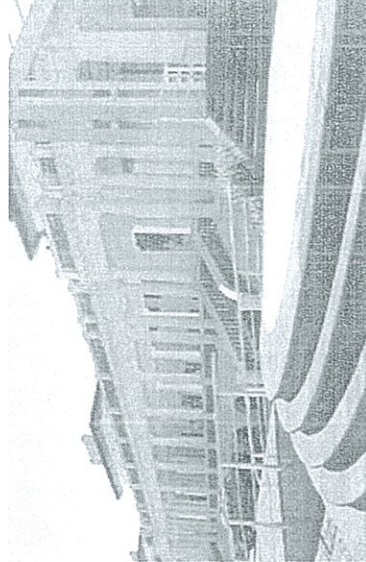
Las mujeres entre los 21 y los 29 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada 3 años (a las edades 21, 24 y 27). Estas mujeres no deben hacerse la prueba de VPH con la prueba de Papanicolaou, ya que el VPH es tan común en las mujeres de estas edades que no resulta útil hacerles la prueba de este virus. Sin embargo, la prueba de VPH se puede usar en este grupo de edad después del resultado anormal de una prueba de Papanicolaou.

Los cambios de las células en el cuello uterino ocurren muy lentamente, toma más de diez años para que los cambios de las células se conviertan en cáncer.

Actualmente hay dos vacunas disponibles que ayudan en la prevención de ciertos tipos de VPH y algunas de las formas de cáncer que están relacionadas con estos tipos del virus:

La vacuna Gardasil también protege contra dos tipos de VPH (VPH -6 y VPH-11) que causan el 90% de todas las verrugas genitales.





**La Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud,  
La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador**

**Confieren el presente**

**DIPLOMA  
DRA. LILLIAN FIALLOS**



**A:**

**En Calidad de:** TEMA LIBRE VPH ACTUALIZACION

A las Jornadas Universitarias de Actualización en Ginecología y Obstetricia "Dr. Luis Escobar Castro" realizadas en la ciudad de Quito del 19 al 21 de Mayo 2010.  
Duración Académica: 32 horas curriculares

Quito, 21 de mayo 2010

**Milton Tapia Calvopiña**  
DECANO FACULTAD CIENCIAS MEDICAS  
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

**Dr. Leonardo Bravo Valencia**  
DIRECTOR EJECUTIVO AFEME

**Dr. Mario Artieda Ibarra**  
SECRETARIO ABOGADO

**Dr. Rubén Buchelli Terán**  
DIRECTOR ACADÉMICO DE LAS JORNADAS

**AUSPICIO UNIVERSITARIO**

- Facultad Ciencias de la Salud
- "Eugenio Espejo" Universidad Tecnológica Equinoccial
- Facultad Ciencias Médicas Universidad Internacional
- Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**AUSPICIO INSTITUCIONAL**

- Ministerio de Salud Pública
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Colegio Médico de Pichincha
- Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia SEGO
- Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora
- Maternidad Enrique Sotomayor Guayaquil
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito

