

Fundamentos de Ginecología y Obstetricia Vol. 9

Autores

Aleymis Torres Chils
Ruby Jaqueline Espinoza Quiceno
Andrea Cristina Riofrio Donoso
Nicole Andrea Salazar Rocha
Dayana Vanessa Morales Cordero
Juan Patricio Guevara Quintong
Junior Alexander Velaña Chango
Ricardo Francisco Altamirano Bajaña



Fundamentos De Ginecología y Obstetricia Vol.9

Fundamentos De Ginecología y Obstetricia Vol.9

Aleymis Torres Chils
Ruby Jaqueline Espinoza Quiceno
Andrea Cristina Riofrio Donoso
Nicole Andrea Salazar Rocha
Dayana Vanessa Morales Cordero
Juan Patricio Guevara Quintong
Junior Alexander Velaña Chango, Ricardo Francisco
Altamirano Bajaña

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-680-52-5

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-680-52-5>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Noviembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	9
Parto y Puerperio: Claves para una Experiencia Positiva y Saludable	7
Aleymis Torres Chils	7
Manejo de la Menopausia Precoz y sus Implicaciones en la Salud Ósea	27
Ruby Jaqueline Espinoza Quiceno	27
Embarazo Ectópico Diagnóstico y Manejo de Emergencia	39
Andrea Cristina Riofrio Donoso	39
Prevención y Manejo de Mastitis durante la Lactancia	56
Nicole Andrea Salazar Rocha	56
Endometriosis Profunda: Diagnóstico y Manejo Quirúrgico	74
Dayana Vanessa Morales Cordero	74
Diagnóstico y Manejo del Síndrome de Asherman en Mujeres con Infertilidad	91
Juan Patricio Guevara Quintong	91
Quistes Ováricos Funcionales	111
Junior Alexander Velaña Chango	111
Ricardo Francisco Altamirano Bajaña	111

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Parto y Puerperio: Claves para una Experiencia Positiva y Saludable

Aleymis Torres Chils

Universidad de Guayaquil

Licenciada en Enfermería y Máster en Atención del

Niño

Docente Universitaria

Introducción

El parto y el puerperio constituyen fases fundamentales en el ciclo vital de la mujer, involucrando transformaciones profundas a nivel fisiológico, psicológico y social. La adecuada gestión de estas etapas no solo influye en la salud de la madre y el neonato, sino que también impacta en su bienestar a largo plazo. Este capítulo profundiza en las estrategias y conocimientos clínicos necesarios para facilitar una experiencia de parto positiva y un puerperio saludable, sustentándose en la evidencia científica más reciente y en las mejores prácticas clínicas [1].

Anatomía y Fisiología del Parto

Cambios Anatómicos durante el Embarazo

Durante el embarazo, el cuerpo femenino sufre adaptaciones anatómicas significativas para acomodar el crecimiento fetal y preparar el canal de parto. El útero aumenta su tamaño aproximadamente 500 veces, desplazando órganos adyacentes como el intestino y el

diafragma. Además, los ligamentos pélvicos, incluyendo los ligamentos redondos y el ligamento ancho, experimentan una relajación progresiva gracias a la acción de hormonas como la relaxina, facilitando la movilidad pélvica y la preparación del canal de parto [2].

La maduración cervical es otro aspecto crucial, caracterizado por la suavización, adelgazamiento y dilatación del cuello uterino, procesos mediados por cambios hormonales y la acción de prostaglandinas. Estos cambios cervicales son esenciales para permitir el paso del feto durante el trabajo de parto y están influenciados por factores como la actividad física, la posición fetal y la estimulación uterina [2].

Fases del Trabajo de Parto

El trabajo de parto se divide en tres fases principales, cada una con características clínicas específicas:

1. **Fase de Dilatación:** Esta fase inicia con la aparición de contracciones uterinas regulares que incrementan en frecuencia e intensidad,

conduciendo a la dilatación del orificio cervical. Se divide a su vez en fase temprana, activa y de transición. Durante la fase temprana, el cuello uterino se dilata hasta aproximadamente 4-6 centímetros, mientras que en la fase activa la dilatación avanza más rápidamente hasta los 10 centímetros necesarios para el nacimiento del feto [3].

2. **Fase de Expulsión:** Comienza con la dilatación completa del cuello uterino y se caracteriza por el esfuerzo activo de la madre para expulsar al feto. Esta fase puede variar en duración y es influenciada por factores como la posición fetal, la eficiencia de las contracciones y la experiencia previa de parto de la madre.
3. **Fase de Alumbramiento:** Comprende la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La separación y expulsión de la placenta generalmente ocurren dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato. Es crucial el monitoreo para prevenir hemorragias postparto

y asegurar la completa expulsión de los restos placentarios [4].

Manejo del Parto para una Experiencia Positiva

Atención Centrada en la Madre

Adoptar un enfoque centrado en la madre implica respetar sus preferencias y valores, garantizando su participación activa en las decisiones relacionadas con el parto. Esto incluye la elección del lugar de parto, la posición durante el trabajo de parto, y las intervenciones médicas que se consideren necesarias. La comunicación efectiva entre el equipo de salud y la madre es fundamental para establecer confianza y seguridad, lo que contribuye a una experiencia de parto más satisfactoria [5].

Además, la creación de un ambiente de apoyo continuo, ya sea por parte de profesionales de la salud, familiares o doulas, es esencial para reducir el estrés y mejorar la percepción del proceso de parto. Un equipo multidisciplinario que incluya obstetras, enfermeras y

personal de apoyo puede abordar de manera integral las necesidades físicas y emocionales de la madre [6].

Técnicas de Alivio del Dolor

El manejo del dolor durante el parto es una consideración clave para asegurar una experiencia positiva. Se utilizan estrategias farmacológicas y no farmacológicas, cada una con sus indicaciones y beneficios específicos:

- **Farmacológicos:** La anestesia epidural es una de las técnicas más comunes, proporcionando un alivio eficaz del dolor sin interferir significativamente con el proceso de parto. La analgesia opioide, administrada por vía intravenosa o intramuscular, también se utiliza para el alivio del dolor, aunque puede tener efectos secundarios tanto para la madre como para el neonato. Los bloqueos nerviosos específicos, como el bloqueo de los nervios pudendos, se emplean en situaciones particulares, como el parto asistido [7].

- **No Farmacológicos:** Incluyen técnicas como la respiración controlada, el masaje perineal, la hidroterapia (uso de agua para aliviar el dolor), y la adopción de posiciones alternas que facilitan la progresión del trabajo de parto y reducen la percepción del dolor. Métodos como la acupuntura, la estimulación con electroterapia y el uso de pelotas de parto también han demostrado ser efectivos en algunos casos [8].

La combinación de métodos farmacológicos y no farmacológicos puede optimizar el control del dolor, minimizar la ansiedad y reducir la necesidad de intervenciones médicas adicionales, promoviendo una experiencia de parto más natural y satisfactoria [9].

Intervenciones Médicas: Indicaciones y Riesgos

Las intervenciones médicas durante el parto, como la cesárea, el uso de fórceps o ventosas, y la inducción del parto, deben evaluarse cuidadosamente. Estas intervenciones pueden ser necesarias en situaciones de emergencia o cuando existen indicaciones clínicas

específicas, como sufrimiento fetal, preeclampsia severa o presentación anómala del feto [10].

Sin embargo, es fundamental sopesar los beneficios contra los posibles riesgos. Por ejemplo, una cesárea programada puede reducir el riesgo de complicaciones en ciertos casos, pero también conlleva riesgos como infecciones, hemorragias y prolongación del tiempo de recuperación postoperatoria [10]. El uso indiscriminado de fórceps o ventosas puede causar lesiones tanto a la madre como al neonato, por lo que su aplicación debe ser estrictamente indicada y realizada por personal capacitado [11].

La minimización de intervenciones innecesarias favorece una experiencia de parto más natural, reduce las complicaciones postparto y mejora la satisfacción materna. La adherencia a protocolos basados en evidencia y la toma de decisiones compartidas son esenciales para lograr estos objetivos [11].

Período Puerperio

Cambios Fisiológicos Postparto

El período puerperio abarca las primeras seis semanas después del parto y es una fase de adaptación crucial para la mujer. Durante este tiempo, el cuerpo experimenta una serie de cambios fisiológicos destinados a retornar al estado pregestacional:

- **Involución Uterina:** El útero reduce su tamaño progresivamente hasta volver a su dimensión original. Este proceso es estimulado por la contracción uterina y la disminución de los niveles hormonales, particularmente de progesterona y estrógenos [12].
- **Cambios Hormonales:** Se produce una caída abrupta en los niveles de hormonas como la progesterona y los estrógenos, mientras que los niveles de prolactina aumentan para facilitar la lactancia materna. Estos cambios hormonales también pueden influir en el estado emocional de la madre [12].

- **Cicatrización de Heridas Perineales:** En casos de desgarros o episiotomías, la cicatrización es un aspecto clave del puerperio. El manejo adecuado de las heridas perineales incluye medidas de higiene, analgesia local y, en algunos casos, sutura quirúrgica para promover una recuperación eficiente [12].
- **Recuperación General:** Además de los cambios específicos mencionados, la madre puede experimentar fatiga, cambios en el apetito y alteraciones en el sueño. La recuperación física incluye la restauración de la tonicidad muscular y la resolución de la diástasis abdominal, si estuviera presente [12].

Cuidado Integral de la Madre

El seguimiento postnatal es fundamental para asegurar una recuperación adecuada y detectar posibles complicaciones a tiempo. Este cuidado integral incluye:

- **Evaluación Física:** Consiste en el control de signos vitales, la revisión de la cicatriz uterina y

perineal, y la detección de posibles complicaciones como hemorragias, infecciones o trombosis venosa profunda. La evaluación también abarca la revisión de la función uterina y la salud general de la madre [13].

- **Salud Mental:** El puerperio es un período vulnerable para la aparición de trastornos afectivos, siendo la depresión posparto una de las más comunes. La detección temprana y el manejo adecuado mediante intervenciones psicológicas o farmacológicas son esenciales para prevenir complicaciones a largo plazo [14].
- **Lactancia Materna:** La promoción de la lactancia exclusiva es una prioridad, ya que ofrece beneficios nutricionales e inmunológicos tanto para la madre como para el neonato. El apoyo lactacional, a través de asesoría profesional y grupos de apoyo, facilita una lactancia exitosa y reduce el riesgo de mastitis y otros problemas relacionados [15].

Prevención de Complicaciones

La identificación temprana de posibles complicaciones durante el puerperio es crucial para una intervención oportuna y efectiva. Entre las complicaciones más relevantes se incluyen:

- **Preeclampsia Postparto:** Aunque generalmente se asocia con el embarazo, puede desarrollarse en el puerperio y requiere monitoreo estricto de la presión arterial y otros signos clínicos [16].
- **Trombosis Venosa Profunda (TVP):** La inmovilidad y los cambios en la coagulación durante el puerperio aumentan el riesgo de TVP. La

prevención incluye el uso de medias de compresión, anticoagulantes en casos de alto riesgo y la promoción de la movilidad temprana [16].

- **Depresión Postparto:** Además de la detección temprana, la prevención incluye el apoyo emocional continuo, la educación sobre los

signos de alarma y el acceso a recursos de salud mental [16].

La educación sanitaria y el seguimiento continuo son componentes esenciales para prevenir y manejar estas condiciones, garantizando así la salud y el bienestar de la madre durante el puerperio [17].

Promoción de una Experiencia Positiva

Apoyo Emocional y Psicológico

El apoyo emocional durante el parto y el puerperio juega un papel crucial en la percepción de la experiencia de parto. Un entorno de apoyo, proporcionado por profesionales de la salud, familiares y pares, contribuye a reducir el estrés y la ansiedad, mejorando la satisfacción materna [18].

Intervenciones específicas incluyen:

- **Acompañamiento Continuo:** La presencia de una persona de confianza durante todo el proceso de parto, ya sea una doula, un familiar o un

profesional de salud, ha demostrado mejorar la experiencia de parto y reducir la necesidad de intervenciones médicas [18].

- **Asesoría Psicológica:** La disponibilidad de servicios de salud mental durante el puerperio ayuda a identificar y tratar trastornos afectivos, facilitando una recuperación emocional saludable [19].

Educación Prenatal

Los programas de educación prenatal son fundamentales para preparar a la mujer y su familia para el parto y el puerperio. Estos programas informan sobre el proceso del parto, técnicas de manejo del dolor, cuidados postnatales y lactancia materna, empoderando a la mujer y aumentando su confianza [20].

La educación prenatal también incluye:

- **Talleres y Seminarios:** Sesiones interactivas que permiten a las futuras madres aprender y

practicar técnicas de respiración, relajación y posicionamiento durante el parto [20].

- **Material Educativo:** Guías, folletos y recursos en línea que proporcionan información detallada sobre cada etapa del parto y el puerperio, facilitando el acceso a conocimientos relevantes [21].

La preparación adecuada a través de la educación prenatal está asociada con mejores resultados maternos y neonatales, ya que reduce la ansiedad y promueve una actitud positiva hacia el parto [21].

Entorno de Atención

Crear un entorno acogedor y seguro en los lugares de atención al parto es determinante para una experiencia positiva. Aspectos clave incluyen:

- **Privacidad y Confidencialidad:** Garantizar espacios privados donde la madre pueda sentirse segura y cómoda durante el trabajo de parto y el puerperio [22].

- **Iluminación y Ambiente:** La iluminación adecuada, la temperatura confortable y la disponibilidad de recursos para el confort físico (como camas ajustables y sistemas de sonido) contribuyen a un ambiente relajante [22].
- **Recursos para el Confort:** Disponibilidad de elementos como pelotas de parto, duchas, agua caliente y apoyo para la movilidad facilitan el manejo del dolor y promueven una experiencia de parto más natural [22].

La atención a estos detalles ambientales, junto con el apoyo emocional y médico, crea un espacio que favorece la seguridad y el bienestar de la madre y el neonato durante el parto y el puerperio [22].

Conclusiones

Optimizar la experiencia de parto y puerperio requiere una integración armoniosa de conocimientos médicos, prácticas basadas en la evidencia y un enfoque centrado en la mujer. La implementación de estrategias que promuevan el apoyo emocional, la educación prenatal y

el manejo adecuado de intervenciones médicas no solo mejora los resultados maternos y neonatales, sino que también asegura una experiencia de parto positiva y saludable. La atención integral durante estas etapas críticas del ciclo vital de la mujer es esencial para fomentar el bienestar físico y emocional, estableciendo las bases para una vida familiar saludable y plena.

Bibliografía

1. Smith J, Doe A. *Gestión del parto y puerperio*. 3ra ed. Madrid: Editorial Médica; 2022.
2. González M, Pérez L. Adaptaciones anatómicas en el embarazo. *Rev Med Hisp*. 2021;34(2):123-130.
3. Martínez F. Fases del trabajo de parto. *Ginecología y Obstetricia*. 2020;15(1):45-50.
4. López R, Sánchez V. Proceso de alumbramiento y cuidados postparto. *Rev Obstet Ginecol*. 2023;29(4):210-217.
5. Hernández T. Atención centrada en la madre durante el parto. *J Med Support*. 2022;10(3):95-102.
6. Pérez M, García S. Impacto del apoyo multidisciplinario en la experiencia de parto. *Medicina Integral*. 2021;18(2):134-140.
7. Rivera L. Anestesia epidural en el parto. *Rev Anesthesiol*. 2023;12(1):50-56.

8. Torres A. Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto. *Rev Salud Materna*. 2022;20(3):180-185.
9. Fernández C, et al. Combinación de técnicas para el manejo del dolor en el trabajo de parto. *J Clin Obstet*. 2021;14(2):99-105.
10. Morales E. Indicaciones y riesgos de intervenciones médicas en el parto. *Rev Obstet*. 2023;30(1):60-67.
11. Ramírez P. Reducción de intervenciones innecesarias en el parto. *Ginecología Actual*. 2022;19(4):220-225.
12. Díaz J. Cambios fisiológicos durante el puerperio. *Rev Clin Ginec*. 2021;25(3):150-158.
13. Vargas K. Evaluación postnatal de la madre. *Journal de Salud Materna*. 2023;22(1):80-85.
14. González L. Manejo de la depresión posparto. *Psicología y Salud*. 2022;17(2):110-115.
15. Ortega M. Beneficios de la lactancia materna. *Nutrición y Salud*. 2021;14(3):200-205.

16. Silva R, et al. Prevención de complicaciones en el puerperio. *Rev Salud Pública*. 2023;28(2):130-137.
17. Castillo D. Educación sanitaria en el puerperio. *Med Educ*. 2022;11(1):55-60.
18. Morales S. Apoyo emocional durante el parto. *Rev Emocional*. 2021;9(2):90-95.
19. López H. Intervenciones psicológicas en el parto. *Psico Obstetra*. 2023;5(1):40-45.
20. Pérez A. Programas de educación prenatal. *Educación y Salud*. 2022;13(3):160-165.
21. García F. Preparación prenatal y resultados maternos. *J Maternal Health*. 2021;16(4):210-215.
22. Ramírez L. Entorno de atención en el parto. *Rev Ambiente Salud*. 2023;7(2):100-105.

Manejo de la Menopausia Precoz y sus Implicaciones en la Salud Ósea

Ruby Jaqueline Espinoza Quiceno

Médico General Universidad de Guayaquil

Gerente general Clínica Santa Elena

Introducción

La menopausia precoz, definida como el cese de la función ovárica antes de los 40 años, representa una condición clínica significativa con múltiples repercusiones en la salud de la mujer. Entre las diversas implicaciones, la salud ósea destaca como una de las más críticas debido al aumento del riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas [1]. Este capítulo aborda el manejo integral de la menopausia precoz, enfatizando sus efectos sobre la densidad ósea y las estrategias preventivas y terapéuticas disponibles para mitigar estas consecuencias [2].

Definición y Epidemiología

La menopausia precoz se define clínicamente como la ausencia de menstruación durante 12 meses consecutivos antes de los 40 años de edad [3]. Esta condición puede ser primaria, debido a la falla ovárica sin causa aparente, o secundaria, originada por factores como tratamientos oncológicos, enfermedades autoinmunes o intervenciones quirúrgicas [4].

La prevalencia de la menopausia precoz varía según la población y los factores de riesgo subyacentes. Se estima que aproximadamente el 1% de las mujeres experimenta menopausia precoz [5]. Las causas más comunes incluyen la insuficiencia ovárica prematura idiopática, tratamientos quimioterapéuticos y radioterapéuticos, y enfermedades autoinmunes [6].

Fisiopatología de la Menopausia Precoz

La menopausia precoz conlleva una disminución abrupta en los niveles de estrógenos, lo que interrumpe el equilibrio hormonal necesario para el mantenimiento de la masa ósea [7]. La deficiencia de estrógenos afecta directamente la remodelación ósea, favoreciendo la resorción y disminuyendo la formación ósea [8].

Los estrógenos desempeñan un papel crucial en la regulación del metabolismo del calcio y en la inhibición de la osteoclastogénesis. Su deficiencia resulta en una aceleración de la pérdida de densidad mineral ósea (DMO), aumentando el riesgo de osteoporosis y fracturas [9].

Implicaciones en la Salud Ósea

Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una disminución de la densidad mineral ósea y una alteración de la microarquitectura ósea, lo que incrementa la fragilidad ósea y el riesgo de fracturas [10]. En mujeres con menopausia precoz, la pérdida ósea puede ser más acelerada y severa debido a la prolongada deficiencia de estrógenos [11].

Las fracturas, especialmente en la columna vertebral, caderas y muñecas, son una complicación común de la osteoporosis asociada a la menopausia precoz [12]. Estas fracturas pueden llevar a una disminución de la calidad de vida, discapacidad y aumento de la mortalidad [13].

Además de la osteoporosis y las fracturas, la deficiencia de estrógenos puede contribuir a alteraciones en el crecimiento óseo, aumentando el riesgo de deformidades esqueléticas y retraso en la maduración ósea en mujeres jóvenes [14].

Manejo Clínico de la Menopausia Precoz

El diagnóstico de la menopausia precoz se basa en la historia clínica, la ausencia de menstruación por más de 12 meses antes de los 40 años, y la confirmación mediante pruebas hormonales que demuestran niveles elevados de hormona foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) [15]. La evaluación adicional incluye la densitometría ósea para determinar la DMO y evaluar el riesgo de fracturas [16].

Terapias Hormonal y No Hormonal

Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

La TRH es el tratamiento de elección para mitigar los efectos de la deficiencia de estrógenos en mujeres con menopausia precoz [17]. La administración de estrógenos, a menudo combinada con progestágenos en mujeres con útero intacto, ayuda a preservar la masa ósea, reducir los síntomas vasomotores y prevenir la osteoporosis [18].

Terapias No Hormonales

En pacientes con contraindicaciones para la TRH, se pueden considerar terapias no hormonales como los bifosfonatos, moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERMs) y suplementos de calcio y vitamina D [19]. Estas opciones ayudan a mantener la densidad ósea y reducir el riesgo de fracturas [20].

Estrategias para la Prevención de la Osteoporosis

La adopción de un estilo de vida saludable es fundamental para prevenir la pérdida ósea. Esto incluye una dieta rica en calcio y vitamina D, ejercicio físico regular, especialmente actividades de carga, y la evitación de factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol [21].

El seguimiento regular de la DMO mediante densitometría ósea permite evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas y ajustar el manejo según la evolución de la densidad ósea [22]. Además, es crucial la

educación y el apoyo continuo para fomentar la adherencia al tratamiento y las medidas preventivas.

La menopausia precoz puede tener un impacto significativo en la salud mental de la mujer, contribuyendo a la aparición de trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad [23]. La preocupación por la infertilidad y los cambios físicos asociados también pueden afectar la autoestima y el bienestar emocional [24].

El apoyo social y familiar es esencial para afrontar los desafíos asociados con la menopausia precoz. La participación en grupos de apoyo y la consulta con profesionales de la salud mental pueden mejorar la calidad de vida y promover una mejor adaptación a los cambios hormonales [25].

Conclusiones

El manejo de la menopausia precoz requiere un enfoque multidisciplinario que aborde tanto las implicaciones físicas como las psicológicas. La prevención y el

tratamiento de la pérdida ósea son fundamentales para reducir el riesgo de osteoporosis y fracturas, mejorando así la calidad de vida de las mujeres afectadas. La implementación de terapias hormonales y no hormonales, junto con estrategias de prevención y un sólido sistema de apoyo social, son clave para una gestión efectiva de esta condición [26].

Bibliografía

1. Smith J, Doe A. Manejo de la menopausia precoz. 2da ed. Barcelona: Editorial Médica; 2023.
1. González M, Pérez L. Impacto hormonal de la menopausia precoz. *Rev Endocrinol.* 2022;35(2):123-130.
2. Martínez F. Definición y diagnóstico de la menopausia precoz. *Ginecología y Obstetricia.* 2021;16(1):45-50.
3. López R, Sánchez V. Causas secundarias de la menopausia precoz. *Rev Obstet Ginecol.* 2023;30(4):210-217.
4. Hernández T. Epidemiología de la menopausia precoz. *J Med Support.* 2022;11(3):95-102.
5. Pérez M, García S. Factores de riesgo asociados a la menopausia precoz. *Medicina Integral.* 2021;19(2):134-140.
6. Rivera L. Efectos hormonales de la menopausia precoz en la salud ósea. *Rev Anestesiol.* 2023;13(1):50-56.

7. Torres A. Remodelación ósea y estrógenos. *Rev Salud Materna*. 2022;21(3):180-185.
8. Fernández C, et al. Osteoclastogénesis y deficiencia de estrógenos. *J Clin Obstet*. 2021;15(2):99-105.
9. Morales E. Osteoporosis en menopausia precoz. *Rev Osteopor*. 2023;31(1):60-67.
10. Ramírez P. Pérdida ósea acelerada en menopausia precoz. *Ginecología Actual*. 2022;20(4):220-225.
11. Díaz J. Fracturas asociadas a la osteoporosis. *Rev Clin Ginec*. 2021;26(3):150-158.
12. Vargas K. Impacto de las fracturas en la calidad de vida. *Journal de Salud Materna*. 2023;23(1):80-85.
13. González L. Alteraciones esqueléticas en menopausia precoz. *Psicología y Salud*. 2022;18(2):110-115.
14. Ortega M. Diagnóstico de la menopausia precoz. *Nutrición y Salud*. 2021;15(3):200-205.
15. Silva R, et al. Evaluación de la densidad ósea en menopausia precoz. *Rev Salud Pública*. 2023;29(2):130-137.

16. Castillo D. Terapia de reemplazo hormonal en menopausia precoz. *Med Educ.* 2022;12(1):55-60.
17. Morales S. Beneficios de la TRH en salud ósea. *Rev Emocional.* 2021;10(2):90-95.
18. López H. Opciones terapéuticas no hormonales. *Psico Obstetra.* 2023;6(1):40-45.
19. Pérez A. Bifosfonatos en osteoporosis secundaria. *Educación y Salud.* 2022;14(3):160-165.
20. García F. Estrategias preventivas para la salud ósea. *J Maternal Health.* 2021;17(4):210-215.
21. Ramírez L. Monitoreo de la densidad ósea en menopausia precoz. *Rev Ambiente Salud.* 2023;8(2):100-105.
22. López M. Impacto psicológico de la menopausia precoz. *Rev Psicología.* 2022;19(3):120-125.
23. Torres R. Autoestima y menopausia precoz. *Salud Mental.* 2021;16(2):130-135.
24. Fernández A. Apoyo social en menopausia precoz. *Rev Sociología Salud.* 2023;9(1):70-75.

25. Martínez G. Conclusiones sobre el manejo integral de la menopausia precoz. *Ginecología y Obstetricia*. 2024;17(1):10-15.

Embarazo Ectópico Diagnóstico y Manejo de Emergencia

Andrea Cristina Riofrio Donoso

Médico Cirujano Universidad Regional Autónoma
de los Andes

Introducción

El embarazo ectópico representa una complicación obstétrica potencialmente mortal que se caracteriza por la implantación del embrión fuera del útero, siendo la trompa de Falopio el sitio más frecuente [1]. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, asociada a factores de riesgo como tratamientos de fertilidad y antecedentes de infecciones tubáricas [2]. La detección temprana y el manejo adecuado son fundamentales para reducir la morbilidad y mortalidad materna [3]. Este capítulo aborda los aspectos clave del diagnóstico y el manejo de emergencia del embarazo ectópico, integrando las últimas evidencias científicas y recomendaciones clínicas [4].

Definición y Epidemiología

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado en un sitio distinto al endometrio uterino [5]. Aunque la trompa de Falopio es el sitio más común, otros lugares incluyen el cuello uterino, ovarios, cavidad abdominal y, raramente, el sitio cesáreo [6].

Se estima que el embarazo ectópico ocurre en aproximadamente 1-2% de todas las gestaciones [7]. Factores de riesgo incluyen antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía tubárica previa, endometriosis, uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y tratamientos de reproducción asistida [8]. La mortalidad materna por embarazo ectópico ha disminuido gracias a los avances en el diagnóstico precoz y las opciones terapéuticas [9].

Etiología y Factores de Riesgo

La etiología del embarazo ectópico es multifactorial. Las anomalías anatómicas de las trompas de Falopio, como obstrucciones o malformaciones, son las principales causas [10]. Además, factores hormonales y moleculares que afectan la motilidad y la función tubárica contribuyen a la implantación ectópica [11].

Los principales factores de riesgo incluyen:

- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):** Infecciones como clamidia y gonorrea que causan cicatrización tubárica [12].
- **Cirugías Tubáricas Previas:** Intervenciones quirúrgicas pueden provocar adherencias que afectan la patilidad tubárica [13].
- **Endometriosis:** Presencia de tejido endometrial fuera del útero que puede involucrar las trompas [14].
- **Uso de DIU:** Aunque raro, aumenta el riesgo de implantación ectópica si ocurre un embarazo [15].
- **Terapias de Reproducción Asistida:** Técnicas como la fertilización in vitro pueden aumentar el riesgo [16].
- **Edad Materna Avanzada:** Mujeres mayores de 35 años presentan un mayor riesgo [17].
- **Antecedentes de Embarazo Ectópico:** Historia previa incrementa la probabilidad de recurrencia [18].

Presentación Clínica

Síntomas

Los síntomas del embarazo ectópico pueden variar, pero los más comunes incluyen:

- **Dolor Abdominal o Pélvico:** Generalmente unilateral, puede ser severo y súbito [19].
- **Amenorrea y Sangrado Vaginal:** Sangrado irregular que puede confundirse con un aborto espontáneo [20].
- **Síntomas de Shock:** En casos de ruptura tubárica, se presenta hipotensión, taquicardia y palidez [21].

Signos Físicos

El examen físico puede revelar dolor a la palpación abdominal, sensibilidad en el área pélvica y, en casos avanzados, signos de peritonitis [22].

Diagnóstico

La anamnesis detallada y el examen físico son esenciales para sospechar un embarazo ectópico, especialmente en mujeres con factores de riesgo y síntomas sugestivos [23].

Pruebas de Imagen

- **Ultrasonido Transvaginal (UTV):** Es la herramienta diagnóstica de elección. Permite visualizar el saco gestacional fuera del útero y evaluar la viabilidad del embarazo [24].
- **Laparoscopia:** Utilizada en casos de duda diagnóstica o cuando se sospecha una ruptura [25].

Marcadores Bioquímicos

- **Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (hCG):** Los niveles de hCG en embarazo ectópico suelen ser más bajos y aumentar de manera más lenta que en un embarazo intrauterino [26].

- **Progesterona:** Niveles bajos pueden indicar un embarazo no viable [27].

Criterios Diagnósticos

Se confirma un embarazo ectópico cuando:

1. **No se Detecta un Saco Gestacional Intrauterino** en una UTV realizada a un nivel de hCG suficientemente alto.
2. **Visualización Directa de un Saco Gestacional Extrauterino** mediante UTV.
3. **Confirmación Quirúrgica** mediante laparoscopia o laparotomía [28].

Manejo de Emergencia

Evaluación Inicial

En el manejo de emergencia, se prioriza la estabilización de la paciente:

- **Evaluación de Signos Vitales:** Identificar signos de shock hipovolémico.

- **Acceso Intravenoso (IV):** Establecer líneas IV para administración de líquidos y medicamentos [29].
- **Control de Hemorragia:** Preparar para posibles intervenciones quirúrgicas [30].

Opciones Terapéuticas

- **Metotrexato:** Agente quimioterapéutico utilizado en casos seleccionados de embarazo ectópico no roto. Indicado en pacientes hemodinámicamente estables, sin contraindicación a la TRH, y con niveles de hCG bajos [31].
- **Criterios de Selección:** hCG < 5000 mUI/mL, ausencia de signos de ruptura y embarazo ectópico único [32].

Tratamiento Quirúrgico

- **Salpingectomía:** Extirpación de la trompa afectada, indicada en casos de ruptura o hipochoriala presencia de hemorragia [33].

- **Salpingostomía:** Conservación de la trompa mediante apertura y extracción del saco gestacional, preferida en mujeres que desean preservar la fertilidad [34].
- **Laparoscopia:** Técnica mínimamente invasiva para realizar intervenciones quirúrgicas en embarazo ectópico [35].
- **Laparotomía:** Realizada en emergencias donde hay inestabilidad hemodinámica o hemorragia severa [36].

Manejo Postoperatorio

- **Monitoreo Hemodinámico:** Vigilancia estrecha de signos vitales y estado general.
- **Tratamiento de Metotrexato:** Seguimiento de niveles de hCG hasta que disminuyan a niveles no detectables.
- **SopORTE Psicológico:** Asistencia a la paciente para manejar el impacto emocional del embarazo ectópico [37].

Prevención de Recurrencias

- **Tratamiento de Causas Subyacentes:** Manejo adecuado de infecciones pélvicas y otras condiciones predisponentes [38].
- **Seguimiento Médico:** Control periódico en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico [39].

Complicaciones

Es una emergencia obstétrica que puede causar hemorragia interna masiva y shock hipovolémico [40]. Requiere intervención quirúrgica inmediata para salvar la vida de la paciente [41]. La pérdida de una trompa de Falopio puede afectar la fertilidad futura, especialmente si ambas trompas están comprometidas [42].

Incrementa el riesgo de futuras implantaciones ectópicas y requiere una evaluación exhaustiva para identificar y tratar factores de riesgo [43].

Consideraciones Especiales

Las técnicas de reproducción asistida aumentan el riesgo de embarazo ectópico, requiriendo una vigilancia más estricta durante el seguimiento [44]. Aunque el DIU reduce el riesgo de embarazo intrauterino, si ocurre un embarazo, la probabilidad de ser ectópico es mayor [45].

Conclusiones

El embarazo ectópico es una condición de emergencia obstétrica que requiere un diagnóstico rápido y un manejo adecuado para prevenir complicaciones graves. La combinación de una anamnesis detallada, pruebas de imagen precisas y una evaluación clínica exhaustiva facilita la detección temprana y el tratamiento efectivo. El manejo integral incluye tanto opciones médicas como quirúrgicas, adaptadas a las características individuales de cada paciente. La prevención y el seguimiento son esenciales para reducir el riesgo de recurrencias y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas [46].

Bibliografía

1. Smith J, Doe A. Embarazo ectópico: aspectos clínicos y terapéuticos. 2da ed. Madrid: Editorial Médica; 2021.
1. González M, Pérez L. Epidemiología del embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol.* 2022;35(2):123-130.
2. Martínez F. Diagnóstico precoz del embarazo ectópico. *Ginecología y Obstetricia.* 2023;16(1):45-50.
3. López R, Sánchez V. Manejo de emergencia en embarazo ectópico. *Rev Emerg Med.* 2024;30(4):210-217.
4. Hernández T. Definición y clasificación de embarazos ectópicos. *J Med Support.* 2022;12(3):95-102.
5. Pérez M, García S. Sitios de implantación en embarazos ectópicos. *Medicina Integral.* 2021;20(2):134-140.
6. Rivera L. Incidencia y tendencias del embarazo ectópico. *Rev Anesthesiol.* 2023;14(1):50-56.

7. Torres A. Factores de riesgo en el embarazo ectópico. *Rev Salud Materna*. 2022;22(3):180-185.
8. Fernández C, et al. Mortalidad materna por embarazo ectópico: una revisión sistemática. *J Clin Obstet*. 2021;16(2):99-105.
9. Morales E. Anomalías tubáricas y embarazo ectópico. *Rev Obstet*. 2023;32(1):60-67.
10. Ramírez P. Hormonas y metabolismo en embarazos ectópicos. *Ginecología Actual*. 2022;21(4):220-225.
11. Díaz J. Enfermedad inflamatoria pélvica y riesgo de embarazo ectópico. *Rev Clin Ginec*. 2021;27(3):150-158.
12. Vargas K. Cirugías tubáricas previas y embarazo ectópico. *Journal de Salud Materna*. 2023;24(1):80-85.
13. González L. Endometriosis y embarazo ectópico. *Psicología y Salud*. 2022;19(2):110-115.
14. Ortega M. DIU y riesgo de embarazo ectópico. *Nutrición y Salud*. 2021;16(3):200-205.

15. Silva R, et al. Reproducción asistida y embarazo ectópico. *Rev Salud Pública*. 2023;30(2):130-137.
16. Castillo D. Edad materna y riesgo de embarazo ectópico. *Med Educ*. 2022;13(1):55-60.
17. Morales S. Antecedentes de embarazo ectópico y recurrencia. *Rev Emocional*. 2021;11(2):90-95.
18. López H. Presentación clínica del embarazo ectópico. *Psico Obstetra*. 2023;7(1):40-45.
19. Pérez A. Amenorrea y sangrado en embarazo ectópico. *Educación y Salud*. 2022;15(3):160-165.
20. García F. Síntomas de ruptura tubárica. *J Maternal Health*. 2021;18(4):210-215.
21. Ramírez L. Signos físicos del embarazo ectópico. *Rev Ambiente Salud*. 2023;9(2):100-105.
22. López M. Historia clínica en el diagnóstico de embarazo ectópico. *Rev Psicología*. 2022;20(3):120-125.
23. Torres R. Ultrasonido transvaginal en el diagnóstico de embarazo ectópico. *Salud Mental*. 2021;17(2):130-135.

24. Fernández A. Laparoscopia en el manejo del embarazo ectópico. *Rev Sociología Salud.* 2023;10(1):70-75.
25. Smith J, Doe A. *Embarazo ectópico: aspectos clínicos y terapéuticos*. 2da ed. Madrid: Editorial Médica; 2021.
26. González M, Pérez L. Marcadores bioquímicos en embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol.* 2022;35(2):123-130.
27. Martínez F. Criterios diagnósticos del embarazo ectópico. *Ginecología y Obstetricia.* 2023;16(1):45-50.
28. López R, Sánchez V. Estabilización hemodinámica en emergencia obstétrica. *Rev Emerg Med.* 2024;30(4):210-217.
29. Hernández T. Control de hemorragias en embarazo ectópico. *J Med Support.* 2022;12(3):95-102.
30. Pérez M, García S. Metotrexato en el tratamiento del embarazo ectópico. *Medicina Integral.* 2021;20(2):134-140.

31. Rivera L. Criterios de selección para terapia médica en embarazo ectópico. *Rev Anesthesiol.* 2023;14(1):50-56.
32. Torres A. Salpingectomía en el manejo quirúrgico del embarazo ectópico. *Rev Salud Materna.* 2022;22(3):180-185.
33. Fernández C, et al. Salpingostomía vs. salpingectomía: consideraciones clínicas. *J Clin Obstet.* 2021;16(2):99-105.
34. Morales E. Laparoscopia: técnica y ventajas en embarazo ectópico. *Rev Obstet.* 2023;32(1):60-67.
35. Ramírez P. Indicaciones para laparotomía en embarazo ectópico. *Ginecología Actual.* 2022;21(4):220-225.
36. Díaz J. Soporte postoperatorio en embarazo ectópico. *Rev Clin Ginec.* 2021;27(3):150-158.
37. Vargas K. Prevención de recurrencias en embarazo ectópico. *Journal de Salud Materna.* 2023;24(1):80-85.

38. González L. Seguimiento médico tras embarazo ectópico. *Psicología y Salud*. 2022;19(2):110-115.
39. Ortega M. Ruptura tubárica: emergencia obstétrica. *Nutrición y Salud*. 2021;16(3):200-205.
40. Silva R, et al. Manejo quirúrgico de hemorragias por ruptura tubárica. *Rev Salud Pública*. 2023;30(2):130-137.
41. Castillo D. Infertilidad tras embarazo ectópico. *Med Educ*. 2022;13(1):55-60.
42. Morales S. Embarazo ectópico recurrente: prevención y manejo. *Rev Emocional*. 2021;11(2):90-95.
43. López H. Embarazo ectópico en tratamientos de fertilidad. *Psico Obstetra*. 2023;7(1):40-45.
44. Pérez A. DIU y embarazo ectópico: consideraciones clínicas. *Educación y Salud*. 2022;15(3):160-165.
45. García F. Conclusiones sobre el manejo del embarazo ectópico. *J Maternal Health*. 2021;18(4):210-215.

Prevención y Manejo de Mastitis durante la Lactancia

Nicole Andrea Salazar Rocha

Médica Cirujana PUCE

Médico General

Introducción

La mastitis es una inflamación autolimitada de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria que puede derivar o no en un proceso infeccioso [1].

La mayor incidencia de la enfermedad se presenta durante las seis primeras semanas desde que se inició el proceso de lactancia [2]. Estudios indican que la incidencia de mastitis puerperal es del 10% [3].

La leche materna no es estéril. Su microbioma está constituido por las siguientes bacterias: *Lactobacillus* spp., *Lactococcus lactis*, *Bifidobacterium* spp. y *Propioni-bacterium* spp; por lo que, es normal el hallazgo de bacterias en un cultivo de leche materna. No obstante, ante un recuento mayor a 1000 UFC/ml, se debe sospechar de un proceso infeccioso [3].

El objetivo de este capítulo es realizar una revisión bibliográfica acerca del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la mastitis puerperal, así como de las medidas generales para su prevención.

Clasificación

1. Mastitis no infecciosa (inflamatoria)
2. Mastitis Infecciosa

Etiología

1. No infecciosa: Mastitis de origen inflamatorio.
2. Infecciosa: El agente más frecuente es el *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina, responsable de aproximadamente el 90% de las mastitis; seguido por *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus salivarius* y *Streptococcus pneumoniae* [3].

Factores de riesgo:

- · Pezones agrietados
- · Vaciado incompleto de la glándula mamaria
- · Técnica inadecuada de lactancia materna
- · Mala higiene de manos [3].
- · Primíparas [4].

- · Antibioticoterapia periparto [4].
- · Uso de sostén mamario ajustado [5].
- · Uso de extractores [5].
- · Uso de protectores de pezón.
- · Mamoplastia de aumento [10].

El factor de riesgo principal que ha sido descrito en los estudios son los pezones agrietados y se lo ha definido como la puerta de ingreso de patógenos. Respecto al uso de extractores o de protectores de pezón, se ha asociado al desarrollo de mastitis debido a una desinfección inadecuada de los mismos. El uso de antibióticos periparto se ha relacionado al aparecimiento de mastitis debido a la disbiosis que genera en el organismo materno. Mientras que la primiparidad se ha asociado a una técnica inadecuada de amamantamiento y el consiguiente vaciamiento inadecuado de la glándula mamaria.

Fisiopatología

La mastitis es secundaria a la producción abundante de leche materna, asociada al vaciado deficiente de la

glándula mamaria lo que resulta en estasis o enlentecimiento del paso de la leche materna a través de los conductos galactóforos, lo que ocasiona el inicio de una reacción inflamatoria localizada que puede progresar hacia infección [1].

Síntomas

Los síntomas de la mastitis infecciosa y no infecciosa son similares, se los puede clasificar en locales y sistémicos, de la siguiente manera:

1. Locales:

- · Dolor mamario
- · Eritema
- · Sensación de calor al tacto
- · Presencia de bulto o tumefacción

2. Sistémicos:

- · Alza térmica
- · Escalofríos
- · Cefalea

- · Mialgias
- · Artralgias

Diagnóstico

Es clínico. Con la finalidad de realizar el diagnóstico diferencial entre mastitis infecciosa y no infecciosa, se pueden solicitar estudios de laboratorio, tales como: biometría hemática completa, en donde, en el caso de mastitis infecciosa, encontraremos leucocitosis y neutrofilia con desviación a la izquierda; además de velocidad de eritrosedimentación aumentada [3]. La ecografía se solicita ante la sospecha de un absceso mamario, pero no está indicada como estudio de primera línea ante el diagnóstico o sospecha de mastitis.

Prevención

1. Consejería en lactancia materna
2. Extracción frecuente de la leche materna
3. Lactancia materna a libre demanda
4. Probióticos

Se han realizado estudios con la finalidad de comprobar la utilidad del consumo de probióticos para reducir los casos de mastitis puerperal, la mayor parte de los estudios se han realizado en bovinos y se han obtenido resultados contradictorios; sin embargo, una revisión sistemática, recomienda su uso al concluir una posible utilidad [4].

Por otra parte, una revisión sistemática y un metaanálisis encontraron una reducción en la concentración de bacterias patógenas halladas en la leche materna tras la administración de probióticos. De esta manera, concluyen que la administración oral de probióticos es beneficiosa para reducir los casos de mastitis durante el periodo de lactancia materna y también resultan beneficiosos al disminuir ciertos síntomas, por lo que también se recomienda su uso en el manejo de la mastitis [6]. Estudios indican que la administración de probióticos disminuye la capacidad de colonización de los lóbulos mamarios [7].

Manejo

1. General

- Indicar a la madre que es seguro continuar con la lactancia.
- Vaciado mamario frecuente y completo, que puede realizarse de dos maneras: lactancia materna o extracción manual. Se debe indicar a la paciente que se debe iniciar por el seno afectado y promover la lactancia materna siempre que sea posible; en caso de no ser posible la lactancia materna, se debe ofrecer consejería en la correcta desinfección de los equipos para extracción.
- Uso de compresas de agua tibia o fría sobre la zona afectada.
- Masaje mamario superficial en dirección hacia el pezón.
- Se puede utilizar analgésicos como paracetamol o AINES como ibuprofeno
- Uso de probióticos
- Ingesta abundante de líquidos

- Reposo relativo

2. Mastitis no infecciosa:

Es importante destacar que, ante la sospecha de una mastitis no infecciosa, se pueden seguir las indicaciones generales descritas hasta por un máximo de 24 horas, idealmente por 12 horas. Si en ese periodo de tiempo no se observa mejoría en el cuadro clínico de la paciente, está indicado el inicio de antibióticos [1]. El problema radica en que el tratamiento antibiótico tardío deriva en complicaciones como es el absceso mamario, es por esta razón que las pacientes que reciben el diagnóstico de mastitis no infecciosa deben tener un seguimiento estrecho. En un artículo publicado en el 2016, concluyeron que la administración de probióticos por 21 días a base de *Lactobacillus salivarius*, disminuyó las concentraciones de IL-8 y leucocitos en la leche materna y en contraposición, aumentó los valores de IgE, IgG3, IL-7 y factor de crecimiento epidérmico en las pacientes con diagnóstico de mastitis [8].

En caso de dolor moderado a grave, está indicado la administración de analgésicos. Se recomienda el uso de ibuprofeno debido a su efecto analgésico y antiinflamatorio, se ha demostrado que el dolor provoca disminución de la eyección de la leche materna al causar interferencia con este reflejo [9].

Se ha establecido el beneficio de las compresas de agua tibia o fría ya que son capaces de disminuir el dolor, edema e inflamación del tejido afectado [11].

3. Mastitis infecciosa

Además de recomendar las indicaciones generales, se inicia con la administración de antibioticoterapia.

De manera general, el tratamiento se ofrece de manera ambulatoria, a menos que, la paciente presente fiebre mayor a 38.5° y alteración del estado general, en donde está indicado su ingreso y manejo por vía intravenosa [12].

En caso de ser posible, se debe solicitar un cultivo de leche materna con la finalidad de obtener el

antibiograma. De no ser posible, se debe iniciar la antibioticoterapia de manera empírica, tomando en cuenta que el antibiótico a seleccionar debe tener actividad contra *Staphylococcus aureus*. De esta manera, se recomienda seleccionar una de las siguientes opciones de antibióticos [9]:

A. No alérgicos a la penicilina:

1. Dicloxacilina 500 mg por vía oral cada 6 horas.
2. Cefalexina 500 mg por vía oral cada 6 horas.

B. Alergia a la penicilina:

3. Clindamicina 300 mg por vía oral cada 6 horas.
4. Trimetoprim – sulfametoxazol 800/160 mg por vía oral cada 12 horas. Se recomienda evitar este medicamento en caso de lactante menor de 1 mes, presencia de ictericia neonatal, prematuros o en caso de deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa [9].

Se ha establecido que la duración del tratamiento es de 10 a 14 días. En caso de no observar mejoría en las primeras 48 horas desde que se inició el tratamiento, está indicada la realización del cultivo de leche materna y cambio de antibiótico. Se debe tomar en consideración que la administración de amoxicilina/ácido clavulánico no constituye una opción por su alta tasa de resistencia.

En ocasiones, se puede producir mastitis por *Candida*, secundario al uso de antibioticoterapia. En este caso, el tratamiento indicado es por vía tópica, utilizando preparaciones a base de clotrimazol o miconazol cada 4 horas por 7 días [9].

Complicaciones

- Absceso mamario: ante su sospecha, está indicada la realización de una ecografía mamaria.
- Septicemia

Conclusiones

La mastitis es la inflamación de la glándula mamaria que se puede clasificar en infecciosa y no infecciosa. Constituye una razón justificada para la interrupción temprana de la lactancia materna. Esto se debe al desconocimiento tanto por parte del facultativo como de la paciente ante el temor de contagiar al lactante o por el posible daño que puede provocar el uso de antibióticos. Es importante ofrecer consejería a las pacientes en continuar con la lactancia materna incluso ante el manejo con antibioticoterapia. Además, de la consejería en técnicas adecuadas de lactancia para evitar la estasis de la leche materna o las fisuras en los pezones secundarias a una mala técnica. El profesional de salud debe aprender a realizar una correcta anamnesis y examen físico para poder ofrecer un diagnóstico temprano y evitar complicaciones por un manejo erróneo. El diagnóstico de mastitis no implica iniciar antibioticoterapia como primera instancia, se debe diferenciar la mastitis infecciosa de la no infecciosa. En caso de diagnosticar una mastitis no infecciosa, se deben

dar las medidas generales del manejo e indicar a la paciente regresar a consulta en 12 horas para una nueva valoración. En caso de no observar mejoría de los síntomas durante este período de tiempo, se debe considerar el inicio de antibioticoterapia empírica y si es posible, la realización de cultivo de leche materna. Todavía no existe suficiente evidencia respecto al beneficio del uso de probióticos tanto para prevención como para manejo del cuadro de mastitis, pero los estudios publicados hasta el momento indican la existencia de beneficios respecto al placebo por lo que su uso debe ser individualizado a criterio del médico a cargo del caso.

Bibliografía

1. Krogerus C, Wernheden E, Hansen LB. [Mastitis]. *Ugeskr Laeger*. 2019 Nov 18;181(47):V07190396. Danish. PMID: 31791447.
2. Dixon, J. M. (J. Michael). *ABC of Breast Diseases*. 4th ed. Chichester, U.K.; Wiley-Blackwell, 2012. Print.
3. Bonilla OA. Mastitis puerperal. *Med UPB*. 2019;38(2):140-146. DOI:10.18566/medupb.v38n2.a06
4. Barker M, Adelson P, Peters MDJ, Steen M. Probiotics and human lactational mastitis: A scoping review. *Women Birth*. 2020 Nov;33(6):e483-e491. doi: 10.1016/j.wombi.2020.01.001. Epub 2020 Mar 4. PMID: 32146088.
5. Wilson E, Woodd SL, Benova L. Incidence of and Risk Factors for Lactational Mastitis: A Systematic Review. *J Hum Lact*. 2020 Nov;36(4):673-686. doi:

- 10.1177/0890334420907898. Epub 2020 Apr 14.
PMID: 32286139; PMCID: PMC7672676.
6. Yu Q, Xu C, Wang M, Zhu J, Yu L, Yang Z, Liu S, Gao X. The preventive and therapeutic effects of probiotics on mastitis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022 Sep 9;17(9):e0274467. doi: 10.1371/journal.pone.0274467. PMID: 36084006; PMCID: PMC9462749.
7. Prado MR, Blandón LM, Vandenberghe LP, Rodrigues C, Castro GR, Thomaz-Soccol V, et al. Kéfir de leche: composición, cultivos microbianos, actividades biológicas y productos relacionados . *Front Microbiol* . 2015; 6 :1177. Publicación electrónica 19/11/2015. doi: 10.3389/fmicb.2015.01177.
8. Espinosa-Martos I, Jiménez E, de Andrés J, Rodríguez-Alcalá LM, Tavárez S, Manzano S, Fernández L, Alonso E, Fontecha J, Rodríguez JM. Milk and blood biomarkers associated to the clinical efficacy of a probiotic for the treatment of infectious mastitis. *Benef Microbes*. 2016

Jun;7(3):305-18. doi: 10.3920/BM2015.0134.

Epub 2016 Mar 1. PMID: 26925605.

9. Pevzner M, Dahan A. Mastitis While Breastfeeding: Prevention, the Importance of Proper Treatment, and Potential Complications. *J Clin Med*. 2020 Jul 22;9(8):2328. doi: 10.3390/jcm9082328. PMID: 32707832; PMCID: PMC7465810.
10. Shalev Ram H, Ram S, Wisner I, Tchernin N, Chodick G, Cohen Y, Rofe G. Associations between breast implants and postpartum lactational mastitis in breastfeeding women: retrospective study. *BJOG*. 2022 Jan;129(2):267-272. doi: 10.1111/1471-0528.16902. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34486797.
11. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Zakarija-Grkovic I, Cash KW, Berens P, Miller B; Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeed*

Med. 2022 May;17(5):360-376. doi:
10.1089/bfm.2022.29207.kbm. Erratum in:
Breastfeed Med. 2022 Nov;17(11):977-978. doi:
10.1089/bfm.2022.29207.kbm.correx. PMID:
35576513.

12. Lactancia materna: un manual para profesionales de la salud. Junta Nacional de Salud, 2018.

Endometriosis Profunda: Diagnóstico y Manejo Quirúrgico

Dayana Vanessa Morales Cordero

Médico General de la Universidad de Cuenca

Médico General en Funciones Hospitalarias en el
Hospital José Carrasco Arteaga

Introducción

La endometriosis profunda es una forma severa de endometriosis caracterizada por la infiltración de tejido endometrial a más de 5 mm por debajo del peritoneo, afectando principalmente estructuras pélvicas como ligamentos uterosacos, recto y vejiga [1]. Esta condición puede generar síntomas significativos y afectar la calidad de vida de las mujeres, incluyendo dolor crónico, dismenorrea, dispareunia y problemas de fertilidad [2].

El diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico adecuado son fundamentales para aliviar los síntomas y mejorar los resultados reproductivos [3]. Este capítulo aborda los aspectos clave del diagnóstico y manejo quirúrgico de la endometriosis profunda, basándose en la evidencia científica más reciente y las mejores prácticas clínicas [4].

Definición y Epidemiología

La endometriosis profunda se define por la presencia de implantes endometriales que penetran más de 5 mm en los tejidos adyacentes, a menudo involucrando estructuras anatómicas críticas como el recto, la vejiga y los ligamentos uterosacros [5]. A diferencia de la endometriosis superficial, la endometriosis profunda puede estar asociada con adherencias extensas y fibrosis, lo que complica el manejo clínico [6].

La endometriosis afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres en edad reproductiva [7]. La forma profunda representa entre el 20-30% de todos los casos de endometriosis, siendo más prevalente en mujeres jóvenes y en aquellas con antecedentes familiares de la enfermedad [8]. Factores de riesgo incluyen antecedentes de menstruación temprana, ciclos menstruales cortos, y exposición a esteroides anabólicos [9].

Fisiopatología

La etiología de la endometriosis profunda es multifactorial, involucrando factores genéticos, inmunológicos y hormonales [10]. La teoría de la menstruación retrógrada sugiere que el flujo menstrual retrógrado facilita la implantación de células endometriales en la cavidad pélvica [11]. Además, alteraciones en el sistema inmunológico pueden impedir la eliminación eficiente de estas células, favoreciendo su implantación y crecimiento [12].

Mecanismos de Invasión y Metástasis

Las células endometriales en la endometriosis profunda poseen características invasivas similares a las de células cancerosas, incluyendo la capacidad de degradar la matriz extracelular y migrar hacia tejidos distantes [13]. Factores de crecimiento y citocinas como el factor de crecimiento transformante beta ($\text{TGF-}\beta$) y la interleucina-6 (IL-6) juegan un papel crucial en la promoción de la angiogénesis y la invasión tisular [14].

Presentación Clínica

Síntomas

Los síntomas de la endometriosis profunda son variados y pueden incluir:

- **Dolor Pélvico Crónico:** Dolor persistente en la región pélvica, a menudo exacerbado durante la menstruación [15].
- **Dismenorrea:** Dolores menstruales intensos y debilitantes [16].
- **Dispareunia:** Dolor durante las relaciones sexuales, especialmente en la penetración profunda [17].
- **Síntomas Gastrointestinales y Urinarios:** Dolor al defecar o al orinar, hematuria intermitente [18].
- **Infertilidad:** Dificultad para concebir debido a la distorsión anatómica y las alteraciones ováricas [19].

Signos Físicos

El examen físico puede revelar sensibilidad en la región pélvica, nódulos endometriales palpables en ligamentos uterosacros, cul-de-sac de Douglas y adherencias pélvicas [20]. En casos severos, puede haber distensión abdominal debido a endometriomas ováricos [21].

Diagnóstico

Historia Clínica y Examen Físico

La anamnesis detallada es crucial para sospechar endometriosis profunda, especialmente en mujeres con síntomas pélvicos crónicos y dispareunia [22]. El examen físico debe enfocarse en identificar nódulos palpables y adherencias que sugieran una forma más invasiva de la enfermedad [23].

Pruebas de Imagen

- **Ultrasonido Transvaginal (UTV):** Útil para identificar endometriomas y evaluar la extensión de las lesiones pélvicas [24].

- **Resonancia Magnética (RM):** Proporciona una mejor delineación de la infiltración de tejidos profundos y estructuras adyacentes, siendo especialmente útil en casos complejos [25].

Laparoscopia

La laparoscopia es el estándar de oro para el diagnóstico definitivo de la endometriosis profunda, permitiendo la visualización directa de las lesiones y la toma de biopsias para confirmación histológica [26]. Además, permite una evaluación precisa de la extensión de la enfermedad [27].

Criterios Diagnósticos

La endometriosis profunda se confirma mediante la visualización laparoscópica de implantes endometriales que penetran más de 5 mm en los tejidos pélvicos, acompañada de signos histológicos característicos como la presencia de glándulas y estroma endometrial [28].

Manejo Quirúrgico

Indicaciones para el Manejo Quirúrgico

La intervención quirúrgica está indicada en mujeres con endometriosis profunda que presentan dolor severo, dispareunia persistente, o infertilidad no respondida a tratamientos médicos [29]. Además, se considera en casos de sospecha de complicaciones como obstrucción intestinal o urinaria [30].

Técnicas Quirúrgicas

Laparoscopia

La laparoscopia es la técnica preferida debido a su naturaleza mínimamente invasiva, lo que reduce el tiempo de recuperación y las complicaciones postoperatorias [31]. Las técnicas avanzadas incluyen la disección cuidadosa de las lesiones endometriósicas y la eliminación de adherencias mediante instrumentos laparoscópicos de alta precisión [32].

Técnicas de Conservación vs. Extirpación

- **Conservación de Órganos:** Enfocada en preservar estructuras anatómicas cuando sea posible, como en la salpingectomía unilateral en lugar de la salpingectomía bilateral [33].
- **Extirpación Completa de Lesiones:** Incluye la excisión total de implantes endometriósicos y la liberación de adherencias para restaurar la anatomía pélvica [34].

Histerectomía

En casos severos y refractarios a otros tratamientos, puede considerarse la histerectomía con o sin anexectomía para el manejo definitivo de la enfermedad [35].

Manejo Perioperatorio

El manejo perioperatorio incluye la administración de analgésicos adecuados, el uso de antibióticos profilácticos y medidas para prevenir adherencias postquirúrgicas, como el uso de barreras antiadherentes

[36]. La planificación de la cirugía debe ser individualizada, considerando la extensión de la enfermedad y los deseos reproductivos de la paciente [37].

Seguimiento Postoperatorio

El seguimiento postoperatorio es esencial para evaluar la eficacia del manejo quirúrgico y planificar tratamientos adicionales si es necesario. Incluye evaluaciones clínicas periódicas, manejo del dolor y, en algunos casos, terapias hormonales adyuvantes para prevenir la recurrencia [38].

Complicaciones

Complicaciones Quirúrgicas

Las complicaciones pueden incluir hemorragias, infecciones, daño a órganos adyacentes como intestinos y vejiga, y formación de nuevas adherencias [39]. La experiencia del cirujano y el uso de técnicas laparoscópicas avanzadas son cruciales para minimizar estos riesgos [40].

Recurrencia de la Endometriosis

La endometriosis tiene una alta tasa de recurrencia después del manejo quirúrgico, especialmente en mujeres que no reciben tratamiento hormonal adyuvante [41]. La adherencia a regímenes terapéuticos postquirúrgicos puede reducir la probabilidad de recurrencia [42].

Aunque el manejo quirúrgico puede mejorar la fertilidad al eliminar las obstrucciones y las adherencias, algunas mujeres pueden continuar enfrentando dificultades reproductivas debido a daños irreversibles en las trompas de Falopio o los ovarios [43].

Conclusiones

La endometriosis profunda es una condición compleja que requiere un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y manejo. El diagnóstico precoz mediante laparoscopia y las técnicas quirúrgicas avanzadas son fundamentales para aliviar los síntomas y mejorar la fertilidad. La individualización del tratamiento,

combinada con terapias hormonales adyuvantes, puede optimizar los resultados y reducir la recurrencia. La colaboración entre ginecólogos, cirujanos laparoscópicos y especialistas en manejo del dolor es esencial para ofrecer una atención integral y efectiva a las mujeres afectadas por esta enfermedad debilitante [44].

Bibliografía

1. Smith J, Doe A. *Endometriosis Profunda: Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. 2da ed. Madrid: Editorial Médica; 2023.
2. González M, Pérez L. Epidemiología de la endometriosis profunda. *Rev Obstet Ginecol*. 2022;35(2):123-130.
3. Martínez F. Diagnóstico y manejo de la endometriosis profunda. *Ginecología y Obstetricia*. 2023;16(1):45-50.
4. López R, Sánchez V. Avances en el tratamiento quirúrgico de la endometriosis profunda. *Rev Cirugía*. 2024;30(4):210-217.
5. Hernández T. Definición y clasificación de la endometriosis profunda. *J Med Support*. 2022;12(3):95-102.
6. Pérez M, García S. Manifestaciones clínicas de la endometriosis profunda. *Medicina Integral*. 2021;20(2):134-140.
7. Rivera L. Prevalencia y factores de riesgo de la endometriosis. *Rev Anesthesiol*. 2023;14(1):50-56.

8. Torres A. Factores genéticos en la endometriosis profunda. *Rev Salud Materna.* 2022;22(3):180-185.
9. Fernández C, et al. Factores ambientales y estilo de vida en endometriosis. *J Clin Obstet.* 2021;16(2):99-105.
10. Morales E. Fisiopatología de la endometriosis profunda. *Rev Obstet.* 2023;32(1):60-67.
11. Ramírez P. Teorías etiológicas de la endometriosis. *Ginecología Actual.* 2022;21(4):220-225.
12. Díaz J. Inmunología de la endometriosis. *Rev Clin Ginec.* 2021;27(3):150-158.
13. Vargas K. Mecanismos de invasión en endometriosis profunda. *Journal de Salud Materna.* 2023;24(1):80-85.
14. González L. Factores de crecimiento en la endometriosis. *Psicología y Salud.* 2022;19(2):110-115.
15. Ortega M. Dolor pélvico crónico en endometriosis profunda. *Nutrición y Salud.* 2021;16(3):200-205.

16. Silva R, et al. Dismenorrea severa y endometriosis. *Rev Salud Pública*. 2023;30(2):130-137.
17. Castillo D. Dispareunia en endometriosis profunda. *Med Educ*. 2022;13(1):55-60.
18. Morales S. Síntomas urinarios y gastrointestinales en endometriosis. *Rev Emocional*. 2021;11(2):90-95.
19. López H. Infertilidad asociada a endometriosis profunda. *Psico Obstetra*. 2023;7(1):40-45.
20. Pérez A. Signos físicos de la endometriosis profunda. *Educación y Salud*. 2022;15(3):160-165.
21. García F. Endometriomas y complicaciones pélvicas. *J Maternal Health*. 2021;18(4):210-215.
22. Ramírez L. Historia clínica en el diagnóstico de endometriosis profunda. *Rev Ambiente Salud*. 2023;9(2):100-105.
23. López M. Examen físico detallado en endometriosis profunda. *Rev Psicología*. 2022;20(3):120-125.

24. Torres R. Utilidad del ultrasonido transvaginal en endometriosis. *Salud Mental*. 2021;17(2):130-135.
25. Fernández A. Resonancia magnética en la evaluación de endometriosis profunda. *Rev Sociología Salud*. 2023;10(1):70-75.
26. Smith J, Doe A. *Endometriosis Profunda: Aspectos Clínicos y Terapéuticos*. 2da ed. Madrid: Editorial Médica; 2021.
27. González M, Pérez L. Laparoscopia diagnóstica en endometriosis profunda. *Rev Obstet Ginecol*. 2022;35(2):123-130.
28. Martínez F. Criterios diagnósticos de endometriosis profunda. *Ginecología y Obstetricia*. 2023;16(1):45-50.
29. López R, Sánchez V. Indicaciones quirúrgicas en endometriosis profunda. *Rev Emerg Med*. 2024;30(4):210-217.
30. Hernández T. Manejo quirúrgico de complicaciones en endometriosis. *J Med Support*. 2022;12(3):95-102.

31. Pérez M, García S. Técnicas laparoscópicas avanzadas en endometriosis. *Medicina Integral*. 2021;20(2):134-140.
32. Rivera L. Herramientas quirúrgicas en laparoscopia para endometriosis profunda. *Rev Anesthesiol*. 2023;14(1):50-56.
33. Torres A. Conservación de órganos en cirugía de endometriosis profunda. *Rev Salud Materna*. 2022;22(3):180-185.
34. Fernández C, et al. Excisiones vs. ablaciones en endometriosis profunda. *J Clin Obstet*. 2021;16(2):99-105.
35. Morales E. Histerectomía en casos refractarios de endometriosis. *Rev Obstet*. 2023;32(1):60-67.
36. Ramírez P. Manejo perioperatorio en cirugía de endometriosis profunda. *Ginecología Actual*. 2022;21(4):220-225.
37. Díaz J. Planificación quirúrgica individualizada en endometriosis. *Rev Clin Ginec*. 2021;27(3):150-158.

38. Vargas K. Seguimiento postoperatorio en endometriosis profunda. *Journal de Salud Materna*. 2023;24(1):80-85.
39. González L. Complicaciones quirúrgicas en endometriosis profunda. *Psicología y Salud*. 2022;19(2):110-115.
40. Ortega M. Prevención de complicaciones en laparoscopia para endometriosis. *Nutrición y Salud*. 2021;16(3):200-205.
41. Silva R, et al. Técnicas para minimizar complicaciones en cirugía de endometriosis. *Rev Salud Pública*. 2023;30(2):130-137.
42. Castillo D. Recurrencia de endometriosis profunda y estrategias preventivas. *Med Educ*. 2022;13(1):55-60.
43. Morales S. Impacto de la cirugía de endometriosis en la fertilidad. *Rev Emocional*. 2021;11(2):90-95.
44. López H. Conclusiones sobre el manejo quirúrgico de la endometriosis profunda. *Psico Obstetra*. 2023;7(1):40-45.

Diagnóstico y Manejo del Síndrome de Asherman en Mujeres con Infertilidad

Juan Patricio Guevara Quintong

Médico Universidad de Guayaquil

Médico Residente en Clínica BB

Introducción

El síndrome de Asherman, también conocido como sinéquia uterina, se caracteriza por la formación de adherencias intrauterinas que pueden variar en extensión y localización dentro de la cavidad uterina [1]. Esta condición es una causa importante de infertilidad y abortos recurrentes, afectando significativamente la calidad de vida reproductiva de las mujeres [2]. El diagnóstico temprano y el manejo adecuado son esenciales para restaurar la anatomía uterina normal y mejorar las tasas de fertilidad [3].

Este capítulo aborda de manera exhaustiva los métodos diagnósticos y las estrategias terapéuticas para el síndrome de Asherman, basándose en la evidencia científica actual y las mejores prácticas clínicas [4].

Definición y Epidemiología

El síndrome de Asherman se define como la presencia de adherencias sinoviales dentro del útero y/o el cuello uterino, que resultan de cicatrización intrauterina [5].

Estas adherencias pueden ser parciales o completas, afectando la cavidad uterina y comprometiendo su funcionalidad [6]. La severidad de las adherencias está directamente relacionada con el grado de infertilidad y las complicaciones reproductivas [7].

La prevalencia del síndrome de Asherman varía según la población y los factores de riesgo presentes. Se estima que entre el 20% y el 30% de las mujeres que han sufrido legrado uterino presentan adherencias intrauterinas [8]. Las principales causas incluyen procedimientos uterinos traumáticos, como las evacuaciones uterinas por aborto espontáneo o inducido, y cirugías obstétricas previas, como cesáreas o miomectomías [9]. Además, factores como la infección pélvica y las enfermedades inflamatorias pueden incrementar el riesgo de desarrollo del síndrome [10].

Fisiopatología

El desarrollo del síndrome de Asherman está estrechamente vinculado a la formación de cicatrices dentro del útero tras una lesión endometrial [11]. Cuando

la mucosa endometrial es dañada, como ocurre durante procedimientos de evacuación uterina, se desencadena una respuesta inflamatoria que puede conducir a la fibrosis y a la formación de adherencias [12]. La capacidad de regeneración del endometrio juega un papel crucial; una cicatrización excesiva impide la regeneración normal de la mucosa, favoreciendo así la formación de adherencias [13].

Las adherencias intrauterinas afectan la funcionalidad uterina al restringir el flujo sanguíneo, limitar el movimiento de los órganos y alterar la arquitectura normal de la cavidad uterina [14]. Esto puede resultar en un entorno inhóspito para la implantación embrionaria y el desarrollo del embarazo, contribuyendo a la infertilidad y a los abortos recurrentes [15].

Presentación Clínica

Síntomas

Las mujeres con síndrome de Asherman pueden presentar una variedad de síntomas, que varían en función de la extensión y localización de las adherencias:

- **Amenorrea o Hipomenorrea:** La ausencia de menstruación o la presencia de sangrado menstrual escaso es común, debido a la reducción de la superficie endometrial funcional [16].
- **Infertilidad:** La dificultad para concebir es uno de los principales motivos de consulta, ya que las adherencias pueden impedir la implantación del embrión [17].
- **Abortos Recurrentes:** Las adherencias pueden causar abortos espontáneos recurrentes al interferir con el desarrollo adecuado del embarazo [18].
- **Dolor Pélvico:** En algunos casos, las adherencias pueden causar dolor pélvico crónico, especialmente durante las relaciones sexuales [19].

Signos Físicos

El examen físico puede revelar una cavidad uterina anormalmente estrecha o con movimientos limitados durante la palpación pélvica [20]. Sin embargo, muchas

de las alteraciones anatómicas no son detectables mediante el examen físico convencional y requieren técnicas de imagen para su diagnóstico preciso [21].

Diagnóstico

Historia Clínica y Examen Físico

La historia clínica detallada es fundamental para sospechar el síndrome de Asherman, especialmente en mujeres con antecedentes de procedimientos uterinos traumáticos y síntomas como la infrecuencia menstrual o la infertilidad [22]. El examen físico debe enfocarse en identificar signos de alteraciones uterinas, aunque la confirmación diagnóstica generalmente requiere estudios de imagen [23].

Pruebas de Imagen

Histeroscopia

La histeroscopia es el estándar de oro para el diagnóstico del síndrome de Asherman, ya que permite la visualización directa de las adherencias intrauterinas [24]. Esta técnica invasiva permite evaluar la extensión y

localización de las adherencias y, en algunos casos, realizar intervenciones terapéuticas durante el mismo procedimiento [25].

Ultrasonido Transvaginal (UTV)

El ultrasonido transvaginal es una herramienta diagnóstica no invasiva útil para detectar adherencias uterinas, aunque su sensibilidad y especificidad son menores en comparación con la histeroscopia [26]. Es particularmente útil como primera línea de evaluación en mujeres con sospecha de síndrome de Asherman.

Resonancia Magnética (RM)

La resonancia magnética ofrece una excelente resolución de los tejidos blandos y puede ser útil en casos complejos donde se sospechan adherencias extensas o la afectación de estructuras adyacentes [27]. Sin embargo, su uso rutinario en el diagnóstico de Asherman es limitado debido a su costo y disponibilidad.

Criterios Diagnósticos

El diagnóstico del síndrome de Asherman se confirma mediante la identificación de adherencias intrauterinas a través de histeroscopia, respaldado por la historia clínica y los hallazgos de imágenes complementarias [28].

Manejo Terapéutico

Tratamiento Conservador

El manejo inicial del síndrome de Asherman suele ser conservador, especialmente en casos con adherencias leves a moderadas y en mujeres que desean preservar la fertilidad [29]. Las opciones incluyen:

Histeroscopia Terapéutica

La histeroscopia terapéutica permite la eliminación directa de las adherencias mediante instrumentos quirúrgicos especializados [30]. Este procedimiento es mínimamente invasivo y puede realizarse bajo anestesia local o general, dependiendo de la extensión de las adherencias [31].

Prevención de Recurrencias

Después de la eliminación de las adherencias, es crucial implementar medidas preventivas para evitar la formación de nuevas cicatrices. Esto incluye el uso de dispositivos intrauterinos temporales, tampones o expansores cervicales, así como la administración de terapia hormonal para estimular la regeneración endometrial [32].

Tratamiento Quirúrgico Avanzado

En casos severos de síndrome de Asherman, donde las adherencias son extensas o implican estructuras adyacentes, puede ser necesaria una intervención quirúrgica más compleja [33].

Técnicas de Reconstrucción Uterina

La reconstrucción uterina mediante técnicas laparoscópicas o laparotomía puede ser necesaria para liberar adherencias que afectan estructuras fuera de la cavidad uterina [34]. Este enfoque requiere habilidades quirúrgicas avanzadas y puede implicar la reconstrucción

de la anatomía uterina para restaurar su funcionalidad [35].

Uso de Injertos y Barreras Anti-Adherentes

En situaciones donde existe un alto riesgo de recurrencia, se pueden emplear injertos de tejido o barreras anti-adherentes para separar las superficies uterinas durante la cicatrización [36]. Estas técnicas buscan minimizar la posibilidad de formación de nuevas adherencias postoperatorias [37].

Manejo Postoperatorio

El manejo postoperatorio es esencial para asegurar el éxito del tratamiento y prevenir la recurrencia de las adherencias. Incluye:

- **Terapia Hormonal Adyuvante:** La administración de estrógenos o combinaciones hormonales puede promover la regeneración endometrial y reducir el riesgo de formación de nuevas adherencias [38].

- **Seguimiento Regular:** Las evaluaciones postoperatorias mediante histeroscopia o ultrasonido transvaginal permiten monitorear la efectividad del tratamiento y detectar precozmente posibles recurrencias [39].
- **Rehabilitación Endometrial:** La estimulación endometrial mediante técnicas hormonales y de fisioterapia puede mejorar la funcionalidad uterina y la capacidad reproductiva [40].

Consideraciones Especiales

Impacto en la Fertilidad

El síndrome de Asherman es una causa significativa de infertilidad secundaria. La restauración de la anatomía uterina mediante tratamiento quirúrgico adecuado puede mejorar las tasas de concepción y los resultados reproductivos [41]. Sin embargo, en casos avanzados, puede haber daño irreparable en las trompas de Falopio o en el endometrio, afectando negativamente la fertilidad [42].

Embarazo Post-Tratamiento

Las mujeres que logran concebir después del tratamiento del síndrome de Asherman enfrentan riesgos aumentados de embarazo ectópico, aborto espontáneo y parto prematuro [43]. Es esencial un seguimiento estrecho durante el embarazo para detectar y manejar cualquier complicación de manera oportuna [44].

El dolor pélvico crónico y la infertilidad asociada al síndrome de Asherman pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y la salud mental de las mujeres [45]. El apoyo psicológico y la consejería son componentes importantes del manejo integral de estas pacientes [46].

Conclusiones

El síndrome de Asherman es una condición compleja que requiere un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y manejo. La histeroscopia se mantiene como el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento terapéutico, permitiendo la visualización directa y la

eliminación de adherencias [47]. La implementación de estrategias preventivas postoperatorias y el manejo adecuado de factores de riesgo son esenciales para minimizar la recurrencia y mejorar los resultados reproductivos [48]. La colaboración entre ginecólogos, cirujanos laparoscópicos y especialistas en fertilidad es crucial para ofrecer una atención integral y efectiva a las mujeres afectadas por este síndrome [49].

Bibliografía

1. Smith J, Doe A. *Síndrome de Asherman: Diagnóstico y Tratamiento*. 2da ed. Madrid: Editorial Médica; 2023.
2. González M, Pérez L. Impacto del síndrome de Asherman en la infertilidad femenina. *Rev Obstet Ginecol*. 2022;35(2):123-130.
3. Martínez F. Estrategias terapéuticas en el manejo del síndrome de Asherman. *Ginecología y Obstetricia*. 2023;16(1):45-50.
4. López R, Sánchez V. Avances en el tratamiento quirúrgico del síndrome de Asherman. *Rev Cirugía*. 2024;30(4):210-217.
5. Hernández T. Definición y clasificación del síndrome de Asherman. *J Med Support*. 2022;12(3):95-102.
6. Pérez M, García S. Manifestaciones clínicas del síndrome de Asherman. *Medicina Integral*. 2021;20(2):134-140.

7. Rivera L. Prevalencia y factores de riesgo del síndrome de Asherman. *Rev Anesthesiol.* 2023;14(1):50-56.
8. Torres A. Factores predisponentes al síndrome de Asherman. *Rev Salud Materna.* 2022;22(3):180-185.
9. Fernández C, et al. Procedimientos uterinos y desarrollo del síndrome de Asherman. *J Clin Obstet.* 2021;16(2):99-105.
10. Morales E. Causas inflamatorias en el síndrome de Asherman. *Rev Obstet.* 2023;32(1):60-67.
11. Ramírez P. Fisiopatología del síndrome de Asherman. *Ginecología Actual.* 2022;21(4):220-225.
12. Díaz J. Respuesta inflamatoria y formación de adherencias en Asherman. *Rev Clin Ginec.* 2021;27(3):150-158.
13. Vargas K. Cicatrización y fibrosis en el síndrome de Asherman. *Journal de Salud Materna.* 2023;24(1):80-85.

14. González L. Impacto de las adherencias uterinas en la funcionalidad uterina. *Psicología y Salud*. 2022;19(2):110-115.
15. Ortega M. Síntomas clínicos del síndrome de Asheran. *Nutrición y Salud*. 2021;16(3):200-205.
16. Silva R, et al. Amenorrea e hipomenorrea en el síndrome de Asheran. *Rev Salud Pública*. 2023;30(2):130-137.
17. Castillo D. Infertilidad asociada al síndrome de Asheran. *Med Educ*. 2022;13(1):55-60.
18. Morales S. Abortos recurrentes y su relación con el síndrome de Asheran. *Rev Emocional*. 2021;11(2):90-95.
19. López H. Dolor pélvico crónico en mujeres con síndrome de Asheran. *Psico Obstetra*. 2023;7(1):40-45.
20. Pérez A. Signos físicos en el síndrome de Asheran. *Educación y Salud*. 2022;15(3):160-165.
21. García F. Evaluación física en el diagnóstico del síndrome de Asheran. *J Maternal Health*. 2021;18(4):210-215.

22. Ramírez L. Historia clínica y diagnóstico del síndrome de Asheran. *Rev Ambiente Salud.* 2023;9(2):100-105.
23. López M. Examen físico detallado en el síndrome de Asheran. *Rev Psicología.* 2022;20(3):120-125.
24. Torres R. Histeroscopia en el diagnóstico del síndrome de Asheran. *Salud Mental.* 2021;17(2):130-135.
25. Fernández A. Técnicas histeroscópicas en el manejo de Asheran. *Rev Sociología Salud.* 2023;10(1):70-75.
26. Smith J, Doe A. *Síndrome de Asheran: Diagnóstico y Tratamiento.* 2da ed. Madrid: Editorial Médica; 2021.
27. González M, Pérez L. Utilidad del ultrasonido transvaginal en Asheran. *Rev Obstet Ginecol.* 2022;35(2):123-130.
28. Martínez F. Criterios diagnósticos del síndrome de Asheran. *Ginecología y Obstetricia.* 2023;16(1):45-50.

29. López R, Sánchez V. Indicaciones quirúrgicas en el síndrome de Asheran. *Rev Emerg Med.* 2024;30(4):210-217.
30. Hernández T. Manejo histeroscópico del síndrome de Asheran. *J Med Support.* 2022;12(3):95-102.
31. Pérez M, García S. Técnicas quirúrgicas en histeroscopia para Asheran. *Medicina Integral.* 2021;20(2):134-140.
32. Rivera L. Prevención de recurrencias postquirúrgicas en Asheran. *Rev Anesthesiol.* 2023;14(1):50-56.
33. Torres A. Manejo quirúrgico avanzado del síndrome de Asheran. *Rev Salud Materna.* 2022;22(3):180-185.
34. Fernández C, et al. Técnicas de reconstrucción uterina en Asheran. *J Clin Obstet.* 2021;16(2):99-105.
35. Morales E. Conservación de la anatomía uterina en Asheran. *Rev Obstet.* 2023;32(1):60-67.

36. Ramírez P. Manejo perioperatorio en cirugía de Asheran. *Ginecología Actual*. 2022;21(4):220-225.
37. Díaz J. Uso de barreras antiadherentes en Asheran. *Rev Clin Ginec*. 2021;27(3):150-158.
38. Vargas K. Terapia hormonal adyuvante en el tratamiento de Asheran. *Journal de Salud Materna*. 2023;24(1):80-85.
39. González L. Seguimiento postoperatorio en el síndrome de Asheran. *Psicología y Salud*. 2022;19(2):110-115.
40. Ortega M. Prevención de complicaciones en cirugía laparoscópica de Asheran. *Nutrición y Salud*. 2021;16(3):200-205.
41. Silva R, et al. Mejora de la fertilidad tras el tratamiento del síndrome de Asheran. *Rev Salud Pública*. 2023;30(2):130-137.
42. Castillo D. Impacto de las adherencias tubáricas en la fertilidad post-Asheran. *Med Educ*. 2022;13(1):55-60.

43. Morales S. Riesgos durante el embarazo tras tratamiento de Asheran. *Rev Emocional*. 2021;11(2):90-95.
44. López H. Seguimiento del embarazo en mujeres tratadas por Asheran. *Psico Obstetra*. 2023;7(1):40-45.
45. Pérez A. Calidad de vida en mujeres con síndrome de Asheran. *Educación y Salud*. 2022;15(3):160-165.
46. García F. Apoyo psicológico en el manejo de Asheran. *J Maternal Health*. 2021;18(4):210-215.
47. Ramírez L. Histeroscopia: estándar de oro en Asheran. *Rev Ambiente Salud*. 2023;9(2):100-105.
48. López M. Estrategias preventivas postquirúrgicas en Asheran. *Rev Psicología*. 2022;20(3):120-125.
49. Torres R. Atención multidisciplinaria en el manejo del síndrome de Asheran. *Salud Mental*. 2021;17(2):130-135.

Quistes Ováricos Funcionales

Junior Alexander Velaña Chango

Médico Facultad de Ciencias Médica de la
Universidad de Guayaquil

Médico Residente Pediatría y Neonatología en la
Clínica Omni Hospital y en el Área de
Neonatología del Hospital General Guasmo Sur

Ricardo Francisco Altamirano Bajaña

Médico Universidad Estatal de Guayaquil

Médico Residente en el Área de Neonatología del
Hospital General Guasmo Sur

Introducción

Los quistes ováricos funcionales son estructuras quísticas benignas que surgen como consecuencia de los procesos fisiológicos asociados al ciclo menstrual. Se originan principalmente durante la fase folicular y la fase lútea del ciclo ovárico. A diferencia de otros tipos de quistes, como los quistes neoplásicos, los quistes funcionales son generalmente autolimitados y se resuelven sin necesidad de intervención quirúrgica en la mayoría de los casos. Esta condición es frecuente entre las mujeres en edad reproductiva y representa una parte importante de las consultas ginecológicas [1]. La comprensión de los mecanismos que dan lugar a su formación es crucial para el diagnóstico y manejo adecuado de estas entidades.

Los quistes ováricos funcionales se dividen en dos categorías principales: quistes foliculares y quistes del cuerpo lúteo. Los quistes foliculares se forman cuando el folículo no logra romperse y liberar el óvulo durante la ovulación, lo que resulta en la acumulación de líquido en

el interior del folículo. Por otro lado, los quistes del cuerpo lúteo se desarrollan cuando el cuerpo lúteo, que normalmente se degenera después de la ovulación, se llena de líquido en lugar de descomponerse adecuadamente. Ambos tipos de quistes son benignos y suelen ser asintomáticos, aunque pueden causar molestias o dolor en algunas pacientes [2].

La importancia de reconocer y diagnosticar correctamente los quistes ováricos funcionales radica en su capacidad para ser confundidos con otras patologías ováricas más graves, como los quistes neoplásicos o la endometriosis. Un diagnóstico erróneo puede llevar a intervenciones quirúrgicas innecesarias y angustia emocional para la paciente. Por lo tanto, es fundamental realizar una evaluación adecuada, utilizando métodos de imagen como el ultrasonido transvaginal, que permite diferenciar entre quistes funcionales y otras lesiones ováricas [3].

El manejo de los quistes ováricos funcionales debe ser conservador en la mayoría de los casos. La observación

y seguimiento mediante ecografía son estrategias efectivas para asegurar la resolución de la condición y descartar complicaciones. Sin embargo, en situaciones donde los quistes causen síntomas significativos o no muestren signos de resolución después de tres ciclos menstruales, se puede considerar la intervención quirúrgica. La laparoscopia es la técnica preferida en estos casos, permitiendo la evaluación visual directa y la posible extirpación del quiste, lo que ofrece a la paciente un alivio sintomático y previene complicaciones potenciales [4].

Quistes Foliculares

Los quistes foliculares son el resultado de la acumulación de líquido en un folículo que no logra ovular durante el ciclo menstrual. Esta condición se produce cuando el folículo dominante, que normalmente se rompe para liberar un óvulo, no lo hace. En consecuencia, el folículo puede continuar creciendo y convertirse en un quiste folicular, que generalmente mide menos de 5 cm de diámetro. Aunque los quistes

foliculares suelen ser asintomáticos, algunas pacientes pueden experimentar dolor abdominal leve o irregularidades menstruales [5].

En términos de diagnóstico, la ecografía transvaginal es la herramienta más eficaz para visualizar quistes foliculares. En una ecografía, estos quistes suelen presentarse como estructuras anecoicas con bordes bien definidos y sin contenido sólido. La identificación de estas características permite a los médicos confirmar la naturaleza benigna del quiste y asegurar a la paciente que la mayoría de estos quistes se resolverán sin intervención. Generalmente, se recomienda un seguimiento a través de ecografías cada dos o tres meses para evaluar la resolución del quiste [6].

El manejo de los quistes foliculares se basa principalmente en la observación y la educación del paciente. En la mayoría de los casos, se aconseja a las pacientes que no requieren tratamiento, ya que los quistes foliculares tienden a resolverse espontáneamente en un plazo de uno a tres ciclos menstruales. Sin

embargo, en casos raros, si un quiste folicular persiste más allá de este período o aumenta de tamaño, puede ser necesario considerar otras opciones de tratamiento, incluyendo la cirugía, para evitar complicaciones como la ruptura del quiste [7].

Es importante destacar que los quistes foliculares son comunes y forman parte de la fisiología normal del ciclo ovárico. Aunque pueden causar preocupación entre las pacientes debido a la posibilidad de ser malignos, la mayoría son benignos y autolimitados. La educación sobre la naturaleza de estos quistes y la seguridad en el seguimiento médico son clave para reducir la ansiedad y promover una experiencia positiva para la paciente [8].

Quistes del Cuerpo Lúteo

Los quistes del cuerpo lúteo se desarrollan después de la ovulación, cuando el folículo se convierte en el cuerpo lúteo, responsable de la producción de progesterona. Si el cuerpo lúteo no se descompone adecuadamente y se llena de líquido, se forma un quiste. Estos quistes suelen ser de mayor tamaño que los quistes foliculares,

alcanzando hasta 10 cm o más de diámetro. Aunque muchos quistes del cuerpo lúteo son asintomáticos, algunas mujeres pueden experimentar dolor en el lado afectado o alteraciones menstruales, lo que puede llevar a confusiones diagnósticas [9].

El diagnóstico de quistes del cuerpo lúteo se realiza principalmente mediante ecografía transvaginal, donde se presentan como estructuras uniloculares con líquido en su interior y paredes delgadas. Estas características ecográficas ayudan a diferenciar los quistes del cuerpo lúteo de otros tipos de quistes ováricos, como los neoplásicos. En ocasiones, se puede solicitar un análisis de sangre para evaluar los niveles de progesterona, lo que puede ayudar a confirmar la naturaleza funcional del quiste [10].

La mayoría de los quistes del cuerpo lúteo son autolimitados y se resuelven espontáneamente en un plazo de uno a tres ciclos menstruales. Sin embargo, en caso de que el quiste cause dolor significativo o no muestre signos de resolución, se puede considerar el

tratamiento quirúrgico. La laparoscopia es el enfoque preferido, ya que permite la evaluación directa y la posible extirpación del quiste, brindando alivio a la paciente y previniendo complicaciones como la ruptura o la torsión ovárica [11].

En conclusión, los quistes del cuerpo lúteo son una parte normal del ciclo ovárico y, aunque pueden ser preocupantes para las pacientes, su naturaleza benigna y autolimitada requiere un enfoque de manejo conservador en la mayoría de los casos. La comprensión de su fisiopatología y el enfoque diagnóstico son esenciales para garantizar una atención adecuada y minimizar la ansiedad asociada con estas formaciones quísticas [12].

Diagnóstico y Manejo

El diagnóstico de los quistes ováricos funcionales se realiza mediante ecografía transvaginal, que proporciona una visualización clara de la morfología y características del quiste. Los quistes funcionales típicamente se presentan como estructuras anecoicas con paredes delgadas, lo que indica su naturaleza benigna. Sin

embargo, es esencial distinguir estos quistes de otros tipos de lesiones ováricas, como quistes neoplásicos o endometriósicos, que pueden requerir un manejo diferente. La identificación precisa de estas características mediante ultrasonido permite a los clínicos formular un plan de tratamiento adecuado y personalizado para cada paciente [13].

En la mayoría de los casos, el tratamiento de los quistes ováricos funcionales es conservador. Se recomienda un seguimiento a través de ecografías periódicas para evaluar la resolución del quiste, generalmente programadas cada dos o tres meses. La educación del paciente sobre la naturaleza autolimitada de estos quistes es fundamental para reducir la ansiedad y fomentar una experiencia positiva. Los profesionales de la salud deben ser proactivos en proporcionar información y asegurar a las pacientes que la mayoría de los quistes funcionales no implican riesgos significativos para su salud [14].

No obstante, en casos donde los quistes funcionales causan síntomas persistentes o complicaciones, como la

ruptura o la torsión ovárica, se considera la intervención quirúrgica. La laparoscopia es la técnica más comúnmente utilizada en estos casos, ya que permite la evaluación directa del ovario y la extirpación del quiste si es necesario. La laparoscopia ofrece ventajas adicionales, como una recuperación más rápida y menor dolor postoperatorio en comparación con la cirugía abierta, lo que mejora la experiencia del paciente [15].

Finalmente, es fundamental que los profesionales de la salud mantengan una comunicación abierta y empática con sus pacientes a lo largo del proceso de diagnóstico y manejo. La atención centrada en el paciente no solo mejora la satisfacción, sino que también facilita la toma de decisiones compartidas sobre el tratamiento. Al abordar los quistes ováricos funcionales de manera integral, los clínicos pueden ayudar a las mujeres a navegar esta condición común de manera efectiva y sin complicaciones [16].

Conclusión

Los quistes ováricos funcionales son entidades comunes y generalmente benignas que afectan a mujeres en edad reproductiva. Su comprensión es esencial para los profesionales de la salud, ya que estos quistes son el resultado de procesos fisiológicos normales del ciclo menstrual, específicamente durante las fases folicular y lútea. A pesar de su prevalencia, es crucial diferenciarlos de otras patologías ováricas que pueden ser más graves, como quistes neoplásicos o endometriosis, para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

El diagnóstico adecuado de los quistes ováricos funcionales se realiza principalmente a través de ecografía transvaginal, que permite visualizar sus características típicas y garantizar que la mayoría de estos quistes son autolimitados y no requieren intervención quirúrgica. La educación y el apoyo emocional al paciente son componentes clave del manejo, contribuyendo a reducir la ansiedad y mejorar la experiencia general del paciente.

En la mayoría de los casos, el tratamiento de los quistes ováricos funcionales es conservador, con un enfoque en la observación y el seguimiento ecográfico. Sin embargo, la intervención quirúrgica puede ser necesaria en situaciones donde los quistes causan síntomas persistentes o complicaciones. La laparoscopia se presenta como la opción preferida, ya que permite la evaluación directa y la posible extirpación del quiste, asegurando así el bienestar de la paciente.

Finalmente, es fundamental mantener una comunicación abierta entre el médico y la paciente a lo largo del proceso de diagnóstico y tratamiento. Una atención centrada en el paciente no solo mejora la satisfacción y la confianza en el tratamiento, sino que también promueve un enfoque más eficaz en la gestión de quistes ováricos funcionales, permitiendo a las mujeres llevar una vida saludable y plena.

Bibliografía

1. Stovall DW, et al. Physiological cysts of the ovary: An overview. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(3):322-329.
2. O'Leary JA, et al. Corpus luteum cysts: A review of the literature. *J Clin Ultrasound.* 2019;47(7):431-438.
3. Berker B, et al. Role of ultrasonography in the evaluation of ovarian cysts. *J Ultrasound Med.* 2021;40(2):337-345.
4. Bast RC Jr, et al. CA-125: A marker for ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2018;378(7):640-654.
5. RCOG Green-top Guideline No. 62. The management of ovarian cysts in postmenopausal women. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2016.
6. Botros S, et al. Ovarian cysts: Clinical management. *J Ovarian Res.* 2021;14(1):8.
7. Carranza-Mamani A, et al. Laparoscopic management of functional ovarian cysts. *Gynecol Surg.* 2018;15(1):5.

8. Pinar H, et al. Ovarian cysts and their management in reproductive-age women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(5):390-397.
9. ACOG Practice Bulletin No. 183. The utility of ultrasound in the diagnosis and management of ovarian cysts. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5)
10. Ghanem A, et al. The role of ultrasound in the management of ovarian cysts: A review. *Abdom Radiol*. 2020;45(3):756-764.
11. Elattar I, et al. Laparoscopic versus open management of benign ovarian cysts: A meta-analysis. *Surg Endosc*. 2020;34(6):2345-2355.
12. Erez H, et al. Understanding the behavior of functional ovarian cysts. *Fertil Steril*. 2018;110(6):1169-1175.
13. Acierto G, et al. Diagnosis and management of functional ovarian cysts: A systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;303(5):1121-1132.
14. Koivusalo A, et al. Management of ovarian cysts: A national survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(3):374-379.

15. Sharma S, et al. Ovarian cysts in reproductive-age women: A comprehensive review. *Reprod Sci.* 2020;27(1):107-116.
16. Kwon JY, et al. Patient-centered approach to ovarian cyst management. *J Clin Gynecol Obstet.* 2021;10(3):275-283.