

CUEVAS
EDITORES

Ginecología Clínica

Abordaje Integral en la Salud
de la Mujer



AUTORES:

Maryoli González Sánchez

Joyce Marcela Pavón Mosquera

Ángel Aaron Toro Conforme

Abel Marcelo Ortiz Cantos

**Ginecología Clínica: Abordaje Integral en la
Salud de la Mujer**

Maryoli González Sánchez

Joyce Marcela Pavón Mosquera

Ángel Aaron Toro Conforme

Abel Marcelo Ortiz Cantos

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:978-9942-695-68-0

Una producción © Cuevas Editores SAS

Febrero 2025

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:	4
Prólogo	5
Salud Reproductiva en la Adolescencia: Guía para Madres, Padres y Adolescentes	6
Maryoli González Sánchez	6
Manejo del cáncer de cuello uterino: Avances en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer cervical	25
Joyce Marcela Pavón Mosquera	25
Cáncer Ginecológico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento	36
Ángel Aaron Toro Conforme	36
Salud Menopáusica: Manejo de los síntomas y prevención de enfermedades	71
Abel Marcelo Ortiz Cantos	71

Prólogo

La ginecología clínica es fundamental en el cuidado de la salud femenina. Esta obra, titulada “Ginecología Clínica: Abordaje Integral en la Salud de la Mujer”, ofrece a médicos, residentes y estudiantes un recurso actualizado y basado en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de las patologías ginecológicas más frecuentes.

Salud Reproductiva en la Adolescencia: Guía para Madres, Padres y Adolescentes

Maryoli González Sánchez

Médico Universidad de Guayaquil

Medico General con funciones Hospitalarias

Hospital Materno infantil Matilde Hidalgo de

Prócel

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por cambios físicos, emocionales y sociales que influyen directamente en la salud reproductiva. Durante este periodo, los adolescentes inician la exploración de su identidad sexual y su vida afectiva, lo que hace indispensable que madres, padres y cuidadores estén informados y capacitados para brindar orientación adecuada.

Esta guía busca proporcionar conocimientos actualizados sobre la salud reproductiva en la adolescencia, fomentar la comunicación abierta en el hogar y promover decisiones responsables para garantizar el bienestar integral de los adolescentes.

Salud Reproductiva

La salud reproductiva en la adolescencia se refiere al bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad y la capacidad reproductiva, abarcando el

acceso a información, métodos anticonceptivos y atención médica adecuada para prevenir embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual. En esta etapa, el desarrollo integral es fundamental, ya que el adolescente experimenta cambios físicos, como el crecimiento acelerado, el desarrollo de caracteres sexuales secundarios y la aparición de la menstruación en mujeres y el cambio de voz en varones; emocionales, como mayor sensibilidad, búsqueda de identidad e independencia; y sociales, como el deseo de pertenecer a un grupo y el inicio de relaciones afectivas. Estos procesos se enmarcan en el desarrollo puberal, que es el periodo de maduración sexual en el que el cuerpo se transforma para adquirir la capacidad reproductiva, influenciado por factores biopsicosociales, es decir, cambios hormonales, emocionales y en las relaciones sociales. Comprender y acompañar estos cambios desde el hogar es clave para que madres, padres y adolescentes enfrenten esta etapa con seguridad, fortaleciendo la autoestima y promoviendo decisiones responsables sobre su salud y bienestar[1,2,3].

Cambios físicos en hombres y mujeres.

- 1. Aspectos emocionales y psicológicos durante la pubertad.**
- 2. Influencia del entorno social y familiar.**
- 3. Sexualidad y Construcción de la Identidad Sexual.**

Durante la pubertad, hombres y mujeres experimentan cambios físicos que marcan el inicio de la maduración sexual y reproductiva: en los varones, se observa el aumento del tamaño de los genitales, aparición de vello facial y corporal, cambio de voz y desarrollo muscular, mientras que en las mujeres se presenta el crecimiento mamario, ensanchamiento de caderas, inicio de la menstruación y aumento de tejido graso; ambos sexos comparten el crecimiento acelerado y la aparición de acné. Estos cambios se acompañan de aspectos emocionales y psicológicos propios de la edad, como la búsqueda de identidad, el aumento de la autocrítica, la inestabilidad emocional, la necesidad de aceptación y el deseo de independencia, lo que puede generar conflictos

internos y con figuras de autoridad. Además, la influencia del entorno social y familiar es determinante en este proceso, ya que los adolescentes se ven condicionados por las opiniones de sus pares, los estándares de belleza difundidos en redes sociales y la calidad del diálogo y apoyo que reciben en casa; una comunicación abierta y afectiva con madres y padres favorece la confianza y la toma de decisiones saludables.

En este contexto, la sexualidad y la construcción de la identidad sexual adquieren relevancia, pues es el periodo en el que los adolescentes comienzan a explorar su orientación sexual y a definir su identidad de género, enfrentando en muchos casos prejuicios sociales, lo que resalta la necesidad de entornos que respeten la diversidad y promuevan relaciones basadas en el respeto y la igualdad[4].

- 1. Diferencia entre sexo, género e identidad sexual. Orientación sexual y diversidad.**
- 2. Autoestima y aceptación corporal.**
- 3. Prevención del Embarazo Adolescente**

Es fundamental que madres, padres y adolescentes comprendan la diferencia entre sexo, género e identidad sexual para acompañar de manera respetuosa el desarrollo de la persona joven: el sexo se refiere a las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres; el género es el conjunto de roles, comportamientos y expectativas sociales asociados a lo masculino y femenino; mientras que la identidad sexual es la vivencia interna y personal del género con la que una persona se identifica, que puede coincidir o no con el sexo asignado al nacer. Asimismo, la orientación sexual se relaciona con la atracción afectiva y erótica hacia personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos, lo que nos lleva a reconocer la diversidad sexual como parte natural de la sociedad. Durante la adolescencia, la construcción de la identidad y la aceptación de la orientación sexual pueden generar inseguridades, por lo que fomentar una autoestima positiva y la aceptación corporal es clave para que las y los adolescentes valoren sus cuerpos y se acepten como son, reduciendo la influencia negativa de los estereotipos sociales. En este contexto, la prevención del embarazo

adolescente debe abordarse con información clara sobre métodos anticonceptivos y acceso a servicios de salud, además de promover decisiones responsables, basadas en el conocimiento de los propios derechos sexuales y reproductivos, favoreciendo así el bienestar integral de la juventud[5].

- 1. Factores de riesgo del embarazo precoz.**
- 2. Métodos anticonceptivos:**
- 3. Tipos, eficacia y acceso.**
- 4. Importancia del diálogo abierto en familia.**
- 5. Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).**

El embarazo precoz en la adolescencia suele estar asociado a diversos factores de riesgo, como la falta de educación sexual, el inicio temprano de relaciones sexuales sin protección, la presión social o de pareja, el abuso sexual, el consumo de alcohol y drogas, y la escasa comunicación con las familias; este fenómeno puede afectar gravemente la salud física y emocional de

la madre adolescente, además de limitar su desarrollo educativo y laboral. Para prevenir esta situación, es fundamental el conocimiento y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, entre los que destacan los de barrera, como el preservativo (eficaz contra embarazos e infecciones), los hormonales, como pastillas, inyecciones o implantes, y los de larga duración, como el DIU; todos ellos con diferentes niveles de eficacia, siendo los más seguros aquellos que combinan métodos, siempre con acceso libre e informado en centros de salud. En este proceso, la importancia del diálogo abierto en familia es clave, ya que permite que madres, padres y adolescentes resuelvan dudas, rompan mitos sobre sexualidad y refuercen la confianza mutua, propiciando decisiones responsables. Además, se debe enfatizar la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH, sífilis o el virus del papiloma humano (VPH), mediante el uso del preservativo, la vacunación contra el VPH, y la práctica de relaciones sexuales seguras, ya que estas enfermedades pueden afectar gravemente la salud reproductiva y general del adolescente si no son detectadas y tratadas a tiempo[6].

Principales ITS:

- 1. VIH, sífilis, VPH, clamidia, entre otras. Uso correcto del preservativo.**
- 2. Vacunación contra el VPH.**
- 3. Relaciones de Pareja Saludables**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud frecuente en adolescentes, principalmente por falta de información y prácticas sexuales sin protección. Entre las más comunes se encuentran el VIH, que ataca el sistema inmunitario y puede derivar en SIDA si no se trata; la sífilis, que causa úlceras genitales y, si se complica, afecta órganos vitales; el virus del papiloma humano (VPH), asociado con verrugas genitales y cáncer cervicouterino; y la clamidia, que suele ser asintomática, pero puede provocar infertilidad si no se trata. La prevención es clave y empieza con el uso correcto del preservativo, que debe colocarse desde el inicio hasta el final de la relación sexual, revisando su fecha de caducidad, evitando su ruptura y utilizando lubricantes compatibles con látex.

Además, la vacunación contra el VPH es una herramienta segura y eficaz, recomendada idealmente entre los 9 y 14 años, antes del inicio de la vida sexual, tanto para niñas como para niños, protegiéndolos contra varios tipos de cáncer vinculados al virus. Todo esto debe ir acompañado de la promoción de relaciones de pareja saludables, basadas en el respeto, la confianza y la comunicación, evitando situaciones de presión o violencia, y asegurando que las decisiones sobre la sexualidad se tomen de manera libre, informada y consensuada[7].

- 1. Comunicación asertiva y respeto mutuo.**
- 2. Consentimiento en las relaciones sexuales.**
- 3. Detección de relaciones abusivas.**
- 4. Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes**

La construcción de relaciones afectivas sanas en la adolescencia requiere fomentar la comunicación asertiva y el respeto mutuo, lo que implica expresar pensamientos y emociones con claridad, sin agresiones,

y escuchar activamente a la pareja, valorando sus decisiones y límites. En este contexto, es fundamental comprender el consentimiento en las relaciones sexuales, entendido como el acuerdo libre, voluntario y explícito entre ambas partes para cualquier contacto íntimo, donde el "no" debe ser respetado siempre y el "sí" debe ser claro y sin presiones. A la par, resulta crucial la detección de relaciones abusivas, identificando signos como celos excesivos, control, manipulación, violencia verbal, física o sexual, ya que este tipo de vínculos afectan gravemente la autoestima y la salud mental. Para prevenir estas situaciones y proteger a los adolescentes, se debe reconocer y promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, que garantizan el acceso a información, servicios de salud, métodos anticonceptivos, y el derecho a decidir libremente sobre su cuerpo, su vida sexual y reproductiva, sin discriminación ni violencia, favoreciendo así relaciones responsables y basadas en la igualdad[8].

1. Derecho a la información y acceso a servicios de salud.

- 2. Confidencialidad en la atención médica.**
- 3. Rol de padres y tutores como guías y acompañantes.**
- 4. El Rol de Madres y Padres en la Educación Sexual**

El derecho a la información y el acceso a servicios de salud es esencial para que adolescentes puedan tomar decisiones responsables sobre su cuerpo y su vida sexual y reproductiva, garantizándoles educación sexual científica, acceso a métodos anticonceptivos y atención médica especializada sin prejuicios. En este sentido, la confidencialidad en la atención médica es clave para que los adolescentes acudan a servicios de salud con confianza, sabiendo que la información sobre su sexualidad será tratada con reserva, salvo que su integridad esté en riesgo. Sin embargo, el acompañamiento familiar sigue siendo indispensable, y es ahí donde destaca el rol de padres y tutores como guías y acompañantes, quienes deben brindar apoyo y comprensión, creando un ambiente de diálogo abierto, libre de juicios, para resolver dudas y orientar

decisiones. Por ello, **el rol de madres y padres en la educación sexual** no consiste solo en impartir normas, sino en formar un vínculo de confianza, respondiendo preguntas con información veraz, adaptada a la edad, y reforzando valores como el respeto, la autonomía y la responsabilidad, para que los adolescentes vivan su sexualidad de manera saludable y segura[9].

- 1. Creación de espacios de confianza y diálogo.**
- 2. Cómo responder preguntas difíciles.**
- 3. Superando mitos y tabúes sobre la sexualidad.**
- 4. Acceso a Servicios de Salud Reproductiva para Adolescentes**

Fomentar la creación de espacios de confianza y diálogo en el hogar es clave para que adolescentes se sientan en libertad de expresar sus dudas y preocupaciones sobre temas como la sexualidad, el cuerpo y las relaciones afectivas, sin miedo al juicio o a la censura. Este ambiente de apertura se construye con escucha activa, respeto y mostrando interés genuino por lo que viven. Cuando surgen inquietudes complejas, es importante

saber cómo responder preguntas difíciles, evitando reacciones de sorpresa o rechazo, y brindando respuestas claras, honestas y adaptadas a su edad; en caso de no saber algo, es válido reconocerlo y buscar juntos información confiable. Parte de este proceso es también superar mitos y tabúes sobre la sexualidad, como creer que hablar de sexo promueve la promiscuidad o que el uso de anticonceptivos afecta la fertilidad, ya que estos prejuicios limitan la educación y la prevención. Además, resulta fundamental garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva para adolescentes, donde puedan recibir información científica, métodos anticonceptivos, orientación sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), atención médica y consejería de manera confidencial y libre de discriminación, permitiendo así que tomen decisiones responsables sobre su cuerpo y su futuro[10].

Dónde acudir: Centros de salud, orientación juvenil. Programas de salud sexual y reproductiva. Acompañamiento familiar durante la consulta médica. Manejo de Situaciones de Riesgo

Es fundamental que adolescentes, madres y padres conozcan dónde acudir ante dudas o necesidades sobre salud sexual y reproductiva; para ello, existen centros de salud y servicios de orientación juvenil que ofrecen atención especializada, consejería, acceso a métodos anticonceptivos, pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS) y apoyo psicológico, garantizando privacidad y trato respetuoso. Estos espacios se complementan con programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a jóvenes, promovidos por instituciones de salud y educación, que buscan informar y prevenir embarazos no planificados, así como reducir riesgos asociados a prácticas sexuales sin protección. En este proceso, el acompañamiento familiar durante la consulta médica puede ser un respaldo importante, siempre respetando la autonomía del adolescente y su derecho a la confidencialidad, mostrando apoyo en lugar de ejercer control, para que se sientan seguros y comprendidos. Asimismo, es esencial que tanto adolescentes como familias sepan identificar y actuar ante el manejo de situaciones de riesgo, como el inicio temprano de relaciones sexuales sin protección,

presiones de pareja, consumo de alcohol y drogas, o posibles situaciones de abuso, promoviendo la toma de decisiones informadas, la búsqueda de ayuda profesional y la construcción de relaciones seguras y saludables[11].

¿Qué hacer ante un embarazo no planificado? Apoyo en casos de abuso sexual. Recursos de ayuda y líneas de atención.

Ante la noticia de un embarazo no planificado en la adolescencia, es fundamental actuar con calma y buscar orientación profesional en un centro de salud, donde se brinde información sobre las opciones disponibles, como el seguimiento prenatal, métodos anticonceptivos postparto, e incluso, en algunos contextos, la interrupción legal del embarazo según la normativa vigente. Es clave que la familia acompañe sin juicios, escuchando y respetando la decisión de la adolescente, priorizando siempre su bienestar físico y emocional. Por otro lado, en situaciones de abuso sexual, es vital acudir de inmediato a una unidad médica para recibir atención especializada, profilaxis de infecciones de transmisión

sexual (ITS), anticoncepción de emergencia y apoyo psicológico; además, se debe realizar la denuncia ante las autoridades correspondientes para garantizar la protección de la víctima. Existen diversos recursos de ayuda y líneas de atención disponibles las 24 horas, como servicios de emergencia, instituciones de protección infantil y teléfonos de orientación para víctimas de violencia y abuso, que ofrecen asesoramiento legal, psicológico y acompañamiento integral. La detección temprana y el acceso a estos recursos son fundamentales para proteger los derechos y la salud de adolescentes en situaciones de vulnerabilidad[3].

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Adolescencia: comprendiendo los cambios y promoviendo la salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Salud sexual y reproductiva. Recuperado de <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
3. UNICEF. (2021). Desarrollo y bienestar en la adolescencia. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/adolescencia>
4. Aguilar Ramírez MP, Suconota Pintado AL, Saraguro Salinas SM, Salvatierra Avila LY, Fajardo Aguilar GM. Percepción sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes del Cantón Santa Rosa. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024;8(5):3863-80.
5. Hubert López C, Suárez López L, De la Vara Salazar E, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva en población adolescente y adulta en México, 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65:s84-95.
6. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. 10 de abril de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

7. Consejo Nacional de Población. Salud sexual y reproductiva durante la pandemia por COVID-19. 10 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-por-covid-19>
8. López-Villacís NK, Aveiga-Flores ME, Castro-Acosta NC. Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Dominio de las Ciencias. 2020;6(Extra 4):35-49.
9. Child Trends. El Camino: Un currículo para establecer metas y promover la salud sexual. 2024. Disponible en: <https://www.childtrends.org/publications/el-camino-curriculo-establecer-metas-y-promover-la-salud-sexual>
10. Ministerio de Sanidad de España. La nueva guía de Sanidad para frenar la explosión de infecciones de transmisión sexual: más cribados y atención especial a adolescentes. 23 de octubre de 2024. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2024-10-23/la-nueva-guia-de-sanidad-para-frenar-la-explosion-de-infecciones-de-transmision-sexual-mas-cribados-y-atencion-especial-a-adolescentes.html>
11. Huffington Post. El 19,7% de las mujeres no usa anticonceptivos, el dato más bajo en los últimos diez años. 2024. Disponible en: <https://www.huffingtonpost.es/life/sexo/el-197-mujeres-anticonceptivos-dato-mas-ultimos-diezanos.html>

**Manejo del cáncer de cuello uterino:
Avances en el diagnóstico, tratamiento
y seguimiento de pacientes con cáncer
cervical**

Joyce Marcela Pavón Mosquera

Médico Universidad de Guayaquil

Médico General Consulta privada

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una neoplasia maligna que se origina en el epitelio del cérvix uterino. Es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, y su principal factor etiológico es la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), especialmente los genotipos de alto riesgo, como el VPH 16 y 18.

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022 se estimaron aproximadamente 604,000 nuevos casos y 342,000 muertes por cáncer de cuello uterino en todo el mundo. La mayoría de los casos se presentan en países de ingresos bajos y medianos, donde el acceso a programas de tamizaje y vacunación es limitado[1].

Fisiopatología

El cáncer de cuello uterino se origina principalmente por la infección persistente con el virus del papiloma humano (VPH), especialmente los genotipos de alto

riesgo como el 16 y 18. Tras infectar las células epiteliales de la zona de transformación del cérvix, el ADN viral puede integrarse en el genoma celular, lo que provoca la expresión continua de las oncoproteínas **E6 y E7**. Estas proteínas inactivan genes supresores tumorales como **p53** y **Rb**, lo que altera el control del ciclo celular, inhibe la apoptosis y promueve la proliferación celular descontrolada. Con el tiempo, estas alteraciones conducen a lesiones precursoras (LSIL y HSIL) que, si no son tratadas, pueden progresar a carcinoma invasor, caracterizado por la infiltración del estroma y la capacidad de diseminación local y metastásica. La angiogénesis y la evasión del sistema inmunológico son pasos claves en la progresión tumoral.

En los últimos años, se han logrado avances significativos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de cuello uterino, mejorando las tasas de detección temprana y supervivencia[2].

Cuadro Clínico

El cáncer de cuello uterino suele ser asintomático en sus etapas iniciales, lo que resalta la importancia del tamizaje mediante citología y pruebas de VPH. Cuando aparecen síntomas, estos suelen indicar enfermedad localmente avanzada.

Síntomas Más Frecuentes

- **Sangrado vaginal anormal:**
 - Postcoital (tras relaciones sexuales).
 - Entre menstruaciones (metrorragia).
 - Postmenopáusico.
- **Flujo vaginal anormal:**
 - Abundante, acuoso, fétido, o sanguinolento.
- **Dolor pélvico:**
 - En etapas avanzadas.
 - Puede irradiarse a la espalda o piernas.
- **Dispareunia:**
 - Dolor durante las relaciones sexuales.
- **Síntomas urinarios o intestinales:**

- Disuria, hematuria.
- Estreñimiento o tenesmo rectal.
- En casos avanzados por invasión vesical o rectal.

Signos en Etapas Avanzadas

- **Masa visible o ulceración del cérvix** en examen especular.
- **Hidronefrosis** por compresión ureteral.
- **Edema de miembros inferiores** por obstrucción linfática o compresión venosa.
- **Fístulas vesicovaginales o rectovaginales** en enfermedad infiltrante.

Red Flags (Signos de Alarma)

- Sangrado postcoital persistente.
- Flujo vaginal fétido y sanguinolento.
- Dolor pélvico constante, especialmente si se asocia con pérdida de peso.

Importancia Clínica

Los síntomas suelen aparecer cuando el tumor ya ha invadido estructuras vecinas, por lo que el tamizaje periódico es la mejor herramienta para detectar lesiones precancerosas o cáncer en etapas iniciales[3,8,9].

Diagnóstico

- **Pruebas de Detección Mejoradas:** La prueba de Papanicolaou sigue siendo fundamental para identificar células anormales en el cuello uterino. Además, la prueba de ADN del VPH detecta infecciones por tipos de VPH de alto riesgo que pueden conducir al cáncer cervical. Estas pruebas permiten una intervención temprana y efectiva.
- **Inteligencia Artificial (IA):** Investigaciones recientes han desarrollado algoritmos de IA capaces de analizar imágenes digitales del cuello uterino para identificar cambios precancerosos con alta precisión, superando en algunos casos a los expertos humanos. Este enfoque promete

mejorar la precisión diagnóstica, especialmente en entornos con recursos limitados[4].

Tratamiento

- **Quimiorradioterapia Mejorada:** Un estudio reciente ha demostrado que añadir un curso corto de quimioterapia antes de la quimio radioterapia estándar reduce el riesgo de muerte en un 40% y la recurrencia del cáncer en un 35% en un período de al menos cinco años. Este enfoque, utilizando medicamentos existentes y asequibles, representa el avance más significativo en el tratamiento del cáncer cervical en más de dos décadas.
- **Inmunoterapia:** Se están investigando terapias que estimulan el sistema inmunológico para atacar las células cancerosas del cuello uterino. Estas terapias buscan mejorar la respuesta inmunitaria del cuerpo contra el cáncer

cervical[5,10].

Seguimiento

Protocolos de Seguimiento: Para las mujeres tratadas por cáncer de cuello uterino sin signos de enfermedad residual, se recomiendan visitas de seguimiento que pueden incluir exámenes médicos cada 3 a 6 meses durante los primeros años posteriores al tratamiento, y luego cada 6 meses en los años siguientes. Este seguimiento regular es crucial para detectar posibles recurrencias de manera temprana.

Estos avances reflejan un progreso significativo en la lucha contra el cáncer de cuello uterino, enfatizando la importancia de la detección temprana, tratamientos innovadores y un seguimiento riguroso para mejorar los resultados en las pacientes[6].

Pronóstico

El pronóstico del cáncer de cuello uterino está estrechamente relacionado con el estadio en el momento

del diagnóstico, la respuesta al tratamiento y el estado general de salud de la paciente. En términos generales, mientras más temprano se detecte el cáncer, mejores son las tasas de supervivencia.

Factores Pronósticos Clave:

- **Estadio FIGO:** Es el factor más determinante. La supervivencia a 5 años varía significativamente:
 - **Estadio I:** 80-95%.
 - **Estadio II:** 60-75%.
 - **Estadio III:** 30-50%.
 - **Estadio IV:** 15-20%.
- **Tamaño tumoral y volumen de la enfermedad.**
- **Invasión parametrial y afectación de órganos vecinos.**
- **Afectación ganglionar pélvica o paraaórtica.**
- **Estado funcional de la paciente (ECOG) y presencia de comorbilidades.**

Avances que Mejoran el Pronóstico:

- **Quimiorradioterapia concomitante** con cisplatino ha mejorado la supervivencia en estadios localmente avanzados.
- **Terapias biológicas** como Bevacizumab (antiangiogénico) e inmunoterapia (Pembrolizumab) en casos metastásicos o recurrentes, han extendido la supervivencia global.
- **Seguimiento personalizado** y la detección temprana de recurrencias permiten tratamientos de rescate, como la exenteración pélvica en casos seleccionados[7].

Referencias

1. Arbyn, M., et al. (2020). Cervical cancer screening: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 31(12), 1516-1528. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.08.012>
2. Bhatla, N., et al. (2021). FIGO Cancer Report: Cervical cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(S1), 28-43. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13765>
3. Tewari, K. S., et al. (2021). Pembrolizumab for persistent, recurrent, or metastatic cervical cancer. *The New England Journal of Medicine*, 385(20), 1856-1867. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2112435>

4. Colombo, N., et al. (2023). Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 34(2), 134-151. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.11.003>
5. Schiffman, M., et al. (2023). Carcinogenesis of cervical cancer: Role of human papillomavirus. *The Lancet Oncology*, 24(1), e1-e12. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00719-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00719-0)
6. Doorbar, J. (2019). The Evolving Natural History of Cervical HPV Infections: Implications for Screening and Prevention. *International Journal of Cancer*, 145(12), 3011–3023. <https://doi.org/10.1002/ijc.32327>
7. Crosbie, E. J., et al. (2022). Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*, 400(10360), 1863-1876. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01151-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01151-2)
8. World Health Organization. (2023). Cervical cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
9. Kreimer, A. R., et al. (2023). Efficacy of single-dose HPV vaccination. *The Lancet Oncology*, 24(2), 190-200. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00691-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00691-7)
10. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero. Montevideo: MSP; 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-prevencion-cancer-cuello-utero>

Cáncer Ginecológico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento

Ángel Aaron Toro Conforme

Médico General Universidad de Guayaquil

Médico Residente

El cáncer ginecológico abarca un grupo de neoplasias malignas que afectan los órganos del aparato reproductor femenino, incluyendo el cáncer de cuello uterino, ovario, endometrio, vagina y vulva. Representa una causa significativa de morbilidad y mortalidad en mujeres a nivel mundial. Este artículo aborda los aspectos actuales sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de estas patologías, con énfasis en la evidencia científica más reciente.

Introducción

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una neoplasia maligna que se origina en las células del epitelio del cérvix. Es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad femenina por cáncer en países en vías de desarrollo. Su etiología está fuertemente asociada a la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Epidemiología

- Incidencia mundial: Aproximadamente 604,000 casos y 342,000 muertes en 2020.
- Edad de presentación: Mujeres entre los 35 y 50 años, aunque puede presentarse en cualquier etapa de la vida.
- Distribución geográfica: Más prevalente en regiones con acceso limitado a programas de tamizaje, como África subsahariana, América Latina.

Prevención

La prevención del cáncer de cuello uterino se basa principalmente en dos estrategias fundamentales: la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y los programas de tamizaje o detección temprana. Estas medidas han demostrado ser altamente eficaces para reducir la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad, ya que permiten prevenir las infecciones que causan el cáncer o detectarlo en etapas iniciales, cuando el tratamiento es más efectivo.

La vacunación contra el VPH es una herramienta preventiva primaria que actúa antes de que se produzca la infección. Las vacunas disponibles, especialmente la nonavalente, protegen contra los tipos de VPH más oncogénicos, entre ellos el 16 y el 18, responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer cervical. Además, esta vacuna también cubre otros tipos virales implicados en el desarrollo de lesiones precancerosas y cáncer en menor proporción. La vacunación es más efectiva cuando se administra antes del inicio de la actividad sexual, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda aplicarla principalmente a niñas y niños entre los 9 y 14 años. No obstante, también puede ser administrada en personas mayores que no hayan sido vacunadas previamente, aunque su eficacia es menor si ya hubo exposición al virus. Diversos estudios de seguimiento a largo plazo han confirmado que la vacunación reduce significativamente el riesgo de desarrollar lesiones cervicales de alto grado y cáncer invasor.

Por otro lado, la prevención secundaria se basa en el tamizaje, cuyo objetivo es la detección precoz de lesiones precancerosas y cancerosas mediante pruebas como el Papanicolaou (PAP) y el test de detección del VPH. La prueba de Papanicolaou consiste en la recolección de células del cuello uterino para identificar anomalías que indiquen cambios pre cancerosos o malignos. Esta técnica ha sido el pilar de los programas de prevención desde hace más de 50 años y ha reducido drásticamente la incidencia y mortalidad por cáncer cervical en países con acceso regular a esta prueba. La recomendación general es que las mujeres inicien el tamizaje a partir de los 25 años, con una periodicidad de cada tres años si los resultados son normales.

El test de VPH, que detecta directamente la presencia de ADN viral en las células cervicales, es una técnica más reciente y con mayor sensibilidad que el Papanicolaou. Actualmente, se recomienda a partir de los 30 años, cada cinco años, ya que permite identificar a las mujeres con mayor riesgo de desarrollar lesiones precancerosas, incluso antes de que estas sean visibles citológicamente.

En algunos países se ha implementado el tamizaje primario con test de VPH como estrategia de detección inicial, seguido de citología solo en caso de resultados positivos, con resultados prometedores en la reducción de la incidencia de cáncer.

Además de la vacunación y el tamizaje, la prevención terciaria se orienta a la vigilancia y tratamiento adecuado de las lesiones precancerosas detectadas, como las neoplasias intraepiteliales cervicales de alto grado (NIC 2 y NIC 3). Estas lesiones, si no se tratan oportunamente, tienen un riesgo significativo de progresar a cáncer invasor. Los procedimientos como la conización con asa diatérmica (LEEP) y la crioterapia son efectivos para eliminar estas lesiones y prevenir el desarrollo de cáncer.

Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer de cuello uterino se basa en la combinación de evaluación clínica, estudios citológicos, pruebas moleculares para la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH), métodos de imagen y confirmación histopatológica mediante biopsia. La

detección temprana es clave, ya que en sus etapas iniciales esta enfermedad suele ser asintomática, y solo en fases más avanzadas aparecen signos como sangrado vaginal anormal, flujo fétido o dolor pélvico.

El primer paso en el proceso diagnóstico es la evaluación clínica, que comienza con la historia médica detallada de la paciente, incluyendo antecedentes de infecciones de transmisión sexual, inicio precoz de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y hábitos como el tabaquismo. Además, es fundamental indagar sobre síntomas como sangrado postcoital, sangrado intermenstrual, secreción vaginal anormal o dolor pélvico. A continuación, se realiza el examen ginecológico, que incluye la inspección visual del cuello uterino mediante espéculo. En casos avanzados, pueden observarse lesiones exofíticas, ulceradas o áreas de sangrado fácil al contacto.

Pronóstico

El pronóstico del cáncer de cuello uterino está estrechamente relacionado con el estadio clínico en el

que se diagnostica la enfermedad, siendo el factor más determinante para predecir la supervivencia y las probabilidades de curación. En general, el cáncer cervical detectado en etapas tempranas tiene un pronóstico favorable, con tasas de supervivencia a cinco años que superan el 90% en los casos de estadio I, es decir, cuando el tumor está limitado al cuello uterino. En estos casos, la cirugía o los tratamientos conservadores logran erradicar la enfermedad con buen control local y baja probabilidad de recurrencia[1,2,4,4,5].

Cáncer de Ovario

El cáncer de ovario es una neoplasia maligna que se origina en las células del ovario y representa la principal causa de muerte por cáncer ginecológico a nivel mundial. Su alta letalidad se debe a que suele diagnosticarse en etapas avanzadas, ya que en sus fases iniciales es asintomático o presenta síntomas inespecíficos. Aproximadamente el 70% de las pacientes se diagnostican en estadios III o IV, cuando la enfermedad ya se ha diseminado a la cavidad peritoneal.

Este tipo de cáncer es heterogéneo y se clasifica en varios subtipos según su origen histológico. El más frecuente es el carcinoma epitelial de ovario, que representa cerca del 90% de los casos, y dentro de este grupo, el carcinoma seroso de alto grado es el subtipo más común y agresivo. Otros subtipos incluyen el carcinoma endometriode, mucinoso y de células claras. Menos frecuentes son los tumores de células germinales, que afectan principalmente a mujeres jóvenes, y los tumores del estroma, como el tumor de la granulosa.

Epidemiología

El cáncer de ovario es el octavo cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial y representa la principal causa de muerte por cáncer ginecológico, debido a su diagnóstico tardío y su comportamiento agresivo. Según los datos más recientes de GLOBOCAN 2020, se estimaron aproximadamente 314,000 nuevos casos y 207,000 muertes por esta enfermedad en todo el mundo. Su alta letalidad se debe principalmente a que en el 70-80% de los casos se diagnostica en etapas avanzadas

(estadios III o IV), cuando las opciones de tratamiento curativo son limitadas.

La incidencia del cáncer de ovario varía considerablemente entre regiones, siendo más frecuente en países desarrollados como los de Europa del Norte y América del Norte, con tasas que oscilan entre 9 y 11 casos por 100,000 mujeres al año[6,7]

Prevención del Cáncer de Ovario

La prevención del cáncer de ovario es un desafío, ya que a diferencia del cáncer de cuello uterino, no existe una prueba de tamizaje eficaz que permita detectarlo precozmente en la población general. Por ello, las estrategias preventivas se centran en reducir los factores de riesgo y adoptar medidas de protección en mujeres con alto riesgo genético.

Uso de Anticonceptivos Orales

El uso prolongado de anticonceptivos orales es una de las medidas preventivas más eficaces. Diversos estudios han demostrado que el uso de estos fármacos durante 5

años o más reduce el riesgo de cáncer de ovario hasta en un 50%, con un efecto protector que persiste incluso después de suspenderlos. Se cree que esta protección se debe a la supresión de la ovulación, ya que la ruptura repetida del epitelio ovárico en cada ciclo ovulatorio puede favorecer la transformación maligna de las células.

Multiparidad y Lactancia Materna

Las mujeres que han tenido varios embarazos (multiparidad) presentan un menor riesgo de desarrollar cáncer de ovario. Cada embarazo suprime la ovulación durante varios meses, lo que disminuye la exposición del epitelio ovárico al daño ovulatorio. La lactancia materna prolongada también se asocia con una reducción del riesgo, probablemente por su efecto sobre la amenorrea y el descanso ovárico.

Ligadura de Trompas y Salpingectomía

La ligadura tubárica y, más recientemente, la salpingectomía bilateral (extirpación de las trompas de

Falopio), se consideran estrategias preventivas eficaces. Evidencias recientes sugieren que muchos carcinomas serosos de alto grado, el subtipo más agresivo y frecuente, se originan en las fimbrias de las trompas de Falopio y no directamente en el ovario. Por ello, se recomienda la salpingectomía profiláctica en mujeres que se someten a cirugías ginecológicas por otras razones, como cesáreas o histerectomías, con el objetivo de reducir el riesgo futuro de cáncer ovárico.

Cirugía Preventiva en Mujeres de Alto Riesgo

En mujeres con mutaciones en los genes BRCA1 o BRCA2, o con antecedentes familiares de cáncer de ovario y mama, se recomienda la salpingooforectomía bilateral preventiva (extirpación de ovarios y trompas de Falopio) entre los 35 y 45 años, tras haber completado la maternidad. Esta intervención reduce el riesgo de cáncer de ovario en más del 90% y también disminuye el riesgo de cáncer de mama en portadoras de mutación BRCA1. Sin embargo, al inducir menopausia precoz, debe evaluarse cuidadosamente en conjunto con la paciente,

considerando terapia hormonal sustitutiva cuando sea necesario.

Modificación de Factores de Riesgo

Aunque los factores ambientales tienen un impacto menor en comparación con los genéticos y hormonales, evitar la terapia hormonal posmenopáusica prolongada y mantener un peso saludable pueden contribuir a reducir el riesgo. La obesidad se ha asociado con un aumento del riesgo de ciertos subtipos histológicos, como el carcinoma endometrioide.

Tamizaje en Grupos de Alto Riesgo

Actualmente, no se recomienda el tamizaje poblacional para cáncer de ovario, ya que los estudios han demostrado que el uso de CA-125 y ecografía transvaginal de forma rutinaria no reduce la mortalidad y, en cambio, puede llevar a intervenciones innecesarias. Sin embargo, en mujeres con alto riesgo genético, algunos protocolos sugieren realizar vigilancia periódica con CA-125 y ecografía transvaginal cada 6 a 12 meses,

aunque estas estrategias tienen beneficios limitados y no sustituyen la cirugía preventiva[8,9,10].

Diagnóstico del Cáncer de Ovario

El diagnóstico del cáncer de ovario es complejo debido a que en sus etapas iniciales suele ser asintomático o presentar síntomas inespecíficos, lo que retrasa la sospecha clínica y contribuye a que la mayoría de los casos se detecten en fases avanzadas. Por ello, es fundamental la combinación de evaluación clínica, estudios de imagen, marcadores tumorales y confirmación histopatológica para establecer el diagnóstico preciso.

El proceso diagnóstico suele comenzar por la sospecha clínica. Las mujeres con cáncer de ovario frecuentemente presentan síntomas difusos como distensión abdominal, dolor pélvico, sensación de plenitud precoz, cambios en el tránsito intestinal (estreñimiento o diarrea) y aumento del perímetro abdominal debido a ascitis. Estos síntomas suelen ser persistentes y progresivos, lo que los distingue de

molestias funcionales transitorias. En fases avanzadas, pueden aparecer disnea por derrame pleural, adelgazamiento no intencionado y signos de compresión pélvica.

Ante la sospecha clínica, el siguiente paso es la exploración física mediante palpación abdominal y tacto vaginal. La presencia de una masa pélvica de características irregulares, fija, bilateral o asociada a ascitis sugiere malignidad. En mujeres posmenopáusicas, cualquier tumoración ovárica debe ser evaluada con especial atención, ya que el riesgo de malignidad es mayor[11,12,13].

Tratamiento del Cáncer de Ovario

El tratamiento del cáncer de ovario es multidisciplinario e individualizado según el estadio de la enfermedad, el tipo histológico, el estado general de la paciente y la presencia de factores genéticos como mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2. Los pilares del tratamiento son la cirugía citorreductora y la quimioterapia sistémica, a los que en los últimos años se han sumado las terapias

dirigidas, especialmente en casos con recaídas o enfermedad avanzada.

Tratamiento en Etapas Iniciales (Estadios I y II)

Cuando el cáncer se encuentra limitado a los ovarios o a la pelvis, el tratamiento quirúrgico es la primera opción. El objetivo es realizar una cirugía de estadificación completa, que incluye:

- Histerectomía total abdominal.
- Salpingooforectomía bilateral (extirpación de ambos ovarios y trompas de Falopio).
- Omentectomía (resección del epiplón mayor).
- Biopsias peritoneales múltiples (de diafragma, pelvis y fondo de saco).
- Lavado peritoneal para detección de células malignas.
- Linfadenectomía pélvica y paraaórtica en casos seleccionados.

Si tras la cirugía se confirma que el tumor está completamente localizado en estadio I y es de bajo grado

o bajo riesgo (ej. carcinoma seroso de bajo grado, tumores mucinosos bien diferenciados), no siempre se requiere quimioterapia adyuvante. Sin embargo, en casos de tumores de alto grado, células claras o con ruptura capsular (estadios IA de alto riesgo, IC y II), se indica quimioterapia adyuvante para prevenir recaídas.

La quimioterapia estándar consiste en carboplatino y paclitaxel por vía intravenosa, generalmente por 6 ciclos cada 3 semanas. Este esquema ha demostrado mejorar la supervivencia libre de progresión y la supervivencia global.

Tratamiento en Etapas Avanzadas (Estadios III y IV)

En los casos en que el cáncer se ha diseminado al peritoneo, ganglios linfáticos o presenta metástasis a distancia, el tratamiento es más complejo e implica cirugía citorreductora y quimioterapia sistémica.

Cirugía Citorreductora Óptima

El objetivo de la cirugía en estadios avanzados es la citorreducción óptima, es decir, la eliminación completa de toda la enfermedad visible (sin enfermedad residual macroscópica). La cirugía puede ser extensa e incluir resecciones intestinales, peritoneales, diafragmáticas y esplenectomía si es necesario. La evidencia indica que las pacientes que logran citorreducción completa tienen mejor pronóstico y mayores tasas de supervivencia.

Quimioterapia Neoadyuvante y Cirugía de Intervalo

En pacientes con enfermedad muy extendida o en mal estado general, en quienes no es posible realizar citorreducción óptima inicial, se opta por quimioterapia neoadyuvante con carboplatino y paclitaxel durante 3 ciclos, seguida de cirugía de intervalo. Posteriormente, se completan otros 3 ciclos adicionales de quimioterapia. Esta estrategia ha demostrado resultados comparables a la cirugía primaria en estudios como el EORTC 55971 y el CHORUS trial, especialmente cuando no es viable una cirugía completa de inicio.

Pronóstico del Cáncer de Ovario

El pronóstico del cáncer de ovario es generalmente reservado, dado que más del 70% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas (estadios III y IV), cuando la enfermedad ya se ha diseminado a la cavidad peritoneal o presenta metástasis a distancia. Esta presentación tardía es la razón por la cual el cáncer de ovario es la neoplasia ginecológica con mayor mortalidad.

Supervivencia Global

La supervivencia global a 5 años varía considerablemente según el estadio al momento del diagnóstico:

- Estadio I (enfermedad confinada a los ovarios): 90%.
- Estadio II (afectación pélvica): 70-80%.
- Estadio III (diseminación peritoneal): 30-45%.
- Estadio IV (metástasis a distancia): 15-20%.

Estos datos evidencian que el diagnóstico precoz es el principal determinante del pronóstico, pero lamentablemente, menos del 20% de los casos se detectan en estadios I o II.

Factores Pronósticos

Además del estadio, otros factores influyen significativamente en la supervivencia y en el riesgo de recurrencia:

1. Grado histológico y tipo histopatológico:
 - Los tumores serosos de alto grado son los más frecuentes y agresivos, asociados con peor pronóstico.
 - Los tumores mucinosos y endometrioides bien diferenciados suelen tener mejor pronóstico cuando se diagnostican en etapas tempranas.
 - Los tumores de células claras son menos frecuentes, pero responden peor a la quimioterapia.
2. Citorreducción quirúrgica:

- La citorreducción óptima (sin enfermedad macroscópica residual) es el factor pronóstico más importante en enfermedad avanzada. Las pacientes que logran resección completa tienen tasas de supervivencia significativamente superiores a las que quedan con enfermedad residual tras la cirugía.

3. Respuesta al tratamiento con platino:

- Las pacientes con tumores sensibles al platino (aquellas cuya enfermedad responde y permanece libre de progresión por más de 6 meses tras la quimioterapia) tienen mejor pronóstico.
- Por el contrario, las resistentes al platino (recurrencia en menos de 6 meses tras la terapia inicial) presentan supervivencias más cortas y opciones terapéuticas más limitadas.

4. Estado mutacional de BRCA y deficiencia en recombinación homóloga (HRD):

- Las pacientes con mutaciones en BRCA1 o BRCA2 tienen mejor respuesta a quimioterapia con platino y mayor beneficio con inhibidores de PARP, lo que mejora la supervivencia en comparación con pacientes sin estas mutaciones.
- Las pacientes con HRD positivo también se benefician de inhibidores de PARP como mantenimiento, reduciendo el riesgo de progresión.

5. Edad y estado funcional:

- Las mujeres mayores de 70 años suelen presentar peor tolerancia a la cirugía y quimioterapia, lo que se asocia con supervivencias más cortas[7,11].

Cáncer de Vagina

El cáncer de vagina es una neoplasia poco frecuente que representa aproximadamente el 1-2% de todos los cánceres ginecológicos. Su baja incidencia lo convierte en una patología menos estudiada que otros cánceres

ginecológicos como el de cuello uterino o el de ovario. Afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas, con una edad media de diagnóstico entre los 60 y 70 años.

Epidemiología

El cáncer de vagina es una neoplasia poco frecuente, que representa aproximadamente el 1-2% de todos los cánceres ginecológicos a nivel mundial. Según las estimaciones de GLOBOCAN 2020, se registraron alrededor de 17,900 nuevos casos y 8,200 muertes por cáncer de vagina a nivel global, cifras que reflejan su baja incidencia en comparación con el cáncer de cuello uterino, ovario o endometrio.

Incidencia y Distribución Geográfica

La incidencia mundial del cáncer de vagina varía entre 0.3 y 0.8 casos por 100,000 mujeres al año, con mayores tasas en países con limitaciones en los programas de detección y tratamiento de lesiones precursoras del cuello uterino. Por ejemplo, África subsahariana, Sudamérica y algunas regiones del sudeste asiático

presentan tasas ligeramente superiores en comparación con países desarrollados. Esto se debe a la alta prevalencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) y la menor cobertura de vacunación y tamizaje en esas zonas.

Edad y Grupos de Riesgo

El cáncer de vagina afecta principalmente a mujeres mayores, con una edad media de diagnóstico entre los 60 y 70 años. Más del 80% de los casos se diagnostican en mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, ciertos subtipos histológicos como el adenocarcinoma de células claras pueden presentarse en mujeres jóvenes, en especial aquellas expuestas prenatalmente al dietilestilbestrol (DES), un fármaco utilizado entre 1940 y 1970 para prevenir abortos espontáneos[1.5.9].

Prevención del Cáncer de Vagina

La prevención del cáncer de vagina se basa principalmente en la reducción de los factores de riesgo, la prevención de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el seguimiento adecuado de mujeres

con lesiones premalignas o antecedentes de cáncer cervical. Dado que la mayoría de los casos de cáncer de vagina son secundarios a la progresión de lesiones intraepiteliales vaginales asociadas con el VPH, las estrategias de prevención son similares a las del cáncer de cuello uterino.

Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

La vacunación contra el VPH es la estrategia preventiva más efectiva a largo plazo. Las vacunas actuales, especialmente la nonavalente (9vHPV), protegen contra los tipos de VPH 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer vaginal, así como de otros tipos virales asociados con lesiones premalignas.

- Edad recomendada: La vacunación es más efectiva si se administra antes del inicio de la actividad sexual, idealmente entre los 9 y 14 años.

- Población objetivo: Tanto mujeres como hombres deben ser vacunados para reducir la transmisión del virus y prevenir infecciones persistentes.
- Beneficio esperado: En países con alta cobertura de vacunación, se ha observado una reducción significativa de lesiones precursoras vaginales (neoplasia intraepitelial vaginal, VaIN), lo que se proyecta como una futura disminución en la incidencia de cáncer invasor[5,14].

Diagnóstico

El diagnóstico se inicia con el examen pélvico y la inspección visual de la vagina mediante espéculo. Las lesiones pueden presentarse como áreas irregulares, ulceradas, exofíticas o placas blanquecinas.

Ante la sospecha de malignidad, se realiza una biopsia dirigida bajo visión colposcópica. En casos de lesiones subepiteliales o dudosas, se puede recurrir a biopsia por escisión.

Una vez confirmado el diagnóstico, se debe estadificar la enfermedad según el sistema FIGO (modificado en 2018):

- Estadio I: Tumor confinado a la pared vaginal.
- Estadio II: Invade tejidos paravaginales, sin llegar a la pared pélvica.
- Estadio III: Invade pared pélvica o causa hidronefrosis/riñón no funcionando.
- Estadio IVa: Invade mucosa de vejiga, recto o más allá de pelvis verdadera.
- Estadio IVb: Metástasis a distancia.

Para determinar la extensión de la enfermedad se utilizan estudios de imagen, como:

- Resonancia Magnética (RM), ideal para valorar la extensión local y parametrial.
- Tomografía computarizada (TC), útil en estadios avanzados para evaluar ganglios linfáticos o metástasis.

- PET/CT para estadios III y IV, cuando se sospecha diseminación linfática o a distancia[9,6,1].

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de vagina depende del estadio de la enfermedad, localización de la lesión y estado general de la paciente. Existen tres enfoques principales: radioterapia, cirugía y quimioterapia, aunque la radioterapia es el tratamiento estándar en la mayoría de los casos.

1. Estadios I y II:

- Radioterapia externa combinada con braquiterapia intracavitaria o intersticial es el tratamiento principal. Permite preservar la anatomía vaginal y logra tasas de control local aceptables.
- Cirugía (vaginectomía parcial o total con linfadenectomía inguinal y pélvica) es alternativa en casos seleccionados, sobre todo en lesiones pequeñas y bien

localizadas en la porción superior de la vagina.

2. Estadios III y IVa:

- Quimiorradioterapia concomitante con cisplatino semanal es la opción más utilizada. Mejora el control local y la supervivencia en comparación con radioterapia exclusiva.
- En casos seleccionados con enfermedad localizada pero que invade vejiga o recto, puede considerarse exenteración pélvica, aunque es una cirugía radical con elevada morbilidad.

3. Estadio IVb o Recaída:

- Tratamiento paliativo: quimioterapia sistémica con esquemas basados en platino y radioterapia de alivio.
- Inmunoterapia: aunque aún en evaluación, se ha explorado el uso de pembrolizumab en casos con PD-L1 positivo y inestabilidad microsatelital,

con resultados prometedores en otros tumores relacionados con el VPH[18,4,7].

Pronóstico

El pronóstico del cáncer de vagina depende principalmente del estadio al diagnóstico, el tipo histológico, la edad y comorbilidades de la paciente, y la respuesta al tratamiento. En general, el cáncer vaginal tiene un pronóstico menos favorable que otros cánceres ginecológicos, en parte porque suele diagnosticarse en estadios avanzados debido a su curso asintomático inicial.

Tabla 1- Supervivencia Global a 5 Años según el Estadio (FIGO)

Estadio FIGO	Descripción	Supervivencia a 5 años
I	Tumor limitado a la vagina	75-90%

II	Invasión a tejidos paravaginales sin pared pélvica	50-70%
III	Extensión a pared pélvica o ganglios pélvicos/inguinales	20-50%
IVa	Invasión de vejiga, recto u órganos adyacentes	15-30%
IVb	Metástasis a distancia	< 10%

Factores que Afectan el Pronóstico

1. **Estadio al diagnóstico:** Factor más importante.
2. **Tipo histológico:**
 - **Carcinoma escamoso:** Mejor pronóstico en estadios tempranos.
 - **Adenocarcinoma de células claras:** Asociado a DES, mejor pronóstico si se detecta a tiempo.

- **Melanoma vaginal:** Pronóstico pobre, supervivencia a 5 años del 10-20%.
 - **Sarcomas:** Variable según subtipo; por ejemplo, el **sarcoma botrioide** tiene mejor pronóstico si se diagnostica temprano.
3. **Tamaño del tumor:** Tumores >4 cm se asocian con peor pronóstico.
 4. **Invasión linfática:** La afectación de ganglios linfáticos (inguinales o pélvicos) reduce significativamente la supervivencia.
 5. **Edad avanzada:** Pacientes mayores suelen tolerar peor los tratamientos.
 6. **Estado funcional:** Pacientes con mal estado general tienen menor probabilidad de recibir tratamientos curativos[14,15,16].

Referencias

1. Sung H, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. DOI: 10.3322/caac.21660
2. Arbyn M, et al. Efficacy and Safety of HPV Vaccination: A Systematic Review and Meta-analysis. *Lancet.* 2023;401(10380):1693-1705. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)00280-9
3. Tewari KS, et al. Pembrolizumab for Persistent, Recurrent, or Metastatic Cervical Cancer. *N Engl J Med.* 2022;386:511-522. DOI: 10.1056/NEJMoa2112435
4. Falcato M, et al. Effectiveness of HPV Vaccination against Invasive Cervical Cancer. *Lancet.* 2021;398(10314):2084-2092. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02178-4
5. Bhatla N, et al. FIGO Cancer Report 2021: Cervical Cancer. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(Suppl 1):28-44. DOI: 10.1002/ijgo.13765
6. Torre LA, et al. Ovarian cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(4):284-296. DOI: 10.3322/caac.21456
7. Berek JS, et al. Ovarian Cancer: Evolving Paradigms in Treatment and Research. *CA Cancer J Clin.* 2023;73(3):183-204. DOI: 10.3322/caac.21788
8. Finch AP, et al. Impact of prophylactic salpingo-oophorectomy on cancer risk and mortality in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: a meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2014;32(15):1547-1553. DOI: 10.1200/JCO.2013.53.2820
9. Daly MB, et al. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic, Version 2.2021. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN*

- Guidelines*). *J Natl Compr Canc Netw*. 2021;19(1):77-102. DOI: 10.6004/jnccn.2021.0001
10. Walker JL, et al. Society of Gynecologic Oncology (SGO) clinical practice statement: Salpingectomy for ovarian cancer prevention. *Gynecol Oncol*. 2015;136(2):213-216. DOI: 10.1016/j.ygyno.2014.12.027
 11. Colombo N, et al. ESMO Guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of newly diagnosed and recurrent ovarian cancer. *Ann Oncol*. 2023;34(5):454-468. DOI: 10.1016/j.annonc.2023.02.001
 12. Jacobs IJ, et al. Ovarian cancer screening and mortality in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2021;387(10022):945-956. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01224-6
 13. Bast RC Jr, et al. Biomarkers and strategies for early detection of ovarian cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2020;29(12):2504-2512. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-20-0855
 14. Canfell K, et al. Cervical screening and HPV vaccination: Achievements and opportunities. *Lancet*. 2021;398(10307):861-863. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01585-3
 15. Han KY, et al. Management and outcomes of vaginal cancer: A retrospective analysis of the Korean Radiation Oncology Group 2021 study. *Gynecol Oncol*. 2023;168:114-121. doi:10.1016/j.ygyno.2022.12.011. Enlace
 16. Park SJ, et al. Patterns of care and outcomes for vaginal cancer: A population-based analysis. *Gynecol Oncol*. 2021;162(1):151-158. doi:10.1016/j.ygyno.2021.05.021. Enlace

17. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2024. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(1):7-33. doi:10.3322/caac.21763. Enlace
18. de Crevoisier R, Sanfilippo N, Gerbaulet A, Haie-Meder C, Mazon JJ. Radiotherapy for vaginal cancer: a Rare Cancer Network study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2022 Mar 15;112(5):1110-1119. doi: 10.1016/j.ijrobp.2021.09.028. Enlace

Salud Menopáusica: Manejo de los síntomas y prevención de enfermedades

Abel Marcelo Ortiz Cantos

Obstetra Universidad de Guayaquil

Responsable Distrital de Promoción, Salud
Intercultural e Igualdad.

Distrito 09D14 Isidro Ayora- Lomas de Sargentillo -
Pedro Carbo - Salud

Introducción

La menopausia es una etapa natural en la vida de la mujer que marca el cese permanente de la menstruación y la capacidad reproductiva, diagnosticada tras 12 meses consecutivos sin menstruación. Este proceso suele ocurrir entre los 45 y 55 años de edad y está asociado a una disminución significativa de los niveles de estrógenos y progesterona, lo que desencadena una serie de cambios fisiológicos y síntomas variados. Es fundamental comprender que la menopausia no es una enfermedad, sino una transición biológica normal.

Síntomas comunes en la menopausia

Durante la transición menopáusica, las mujeres pueden experimentar una variedad de síntomas debido a los cambios hormonales. Entre los más comunes se encuentran los sofocos, sudores nocturnos, insomnio, cambios en el estado de ánimo como ansiedad y

depresión, sequedad vaginal, disminución de la libido y alteraciones urinarias. Además, es frecuente observar cambios metabólicos que pueden conducir al aumento de peso y a una redistribución de la grasa corporal. La intensidad y duración de estos síntomas varían entre las mujeres, y algunos pueden persistir durante varios años[1].

Manejo de los síntomas

El abordaje de los síntomas menopáusicos debe ser individualizado, considerando la severidad de los mismos y las preferencias de la paciente. La terapia hormonal de la menopausia (THM) es eficaz para aliviar síntomas como los sofocos y la sequedad vaginal; sin embargo, su uso debe evaluarse cuidadosamente debido a posibles riesgos asociados. Para quienes no pueden o prefieren no utilizar THM, existen alternativas no hormonales, como ciertos antidepresivos, gabapentina y clonidina, que han demostrado eficacia en el manejo de los sofocos. Además, modificaciones en el estilo de vida, incluyendo una dieta equilibrada, ejercicio regular y

técnicas de manejo del estrés, pueden contribuir significativamente al alivio de los síntomas[2].

Manejo de los síntomas de la menopausia

1. **Terapia Hormonal (TH):** Considerada el tratamiento más eficaz para aliviar los sofocos y otros síntomas vasomotores. La TH puede incluir estrógenos solos o combinados con progestágenos, dependiendo de si la mujer conserva su útero. Es fundamental que la TH sea personalizada y supervisada por un profesional de la salud, considerando los beneficios y riesgos individuales.
2. **Tratamientos no hormonales:**
 - **Antidepresivos en dosis bajas:** Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) han demostrado reducir la frecuencia e intensidad de los sofocos.

- **Gabapentina:** Utilizada principalmente para el control de convulsiones, puede ser efectiva en la reducción de sofocos en algunas mujeres.

3. **Lubricantes y humectantes vaginales:** Para combatir la sequedad vaginal y las molestias durante las relaciones sexuales, se recomienda el uso de productos específicos que mejoren la lubricación y la salud vaginal.

4. **Modificaciones en el estilo de vida:**

- **Alimentación equilibrada:** Incorporar una dieta rica en frutas, verduras y proteínas magras. Alimentos como la coliflor y los champiñones aportan antioxidantes y nutrientes beneficiosos para la salud cerebral y general.
- **Ejercicio regular:** La actividad física, especialmente el entrenamiento de fuerza, ayuda a mantener la masa muscular, la densidad ósea y mejora el estado de ánimo.

- **Higiene del sueño:** Establecer rutinas de sueño regulares y crear un ambiente propicio para el descanso puede aliviar problemas de insomnio asociados a la menopausia[3].

Prevención de enfermedades asociadas a la menopausia

La disminución de estrógenos durante la menopausia aumenta el riesgo de desarrollar ciertas condiciones de salud, como enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. Para mitigar estos riesgos, se recomienda adoptar un estilo de vida saludable que incluya una alimentación rica en nutrientes, actividad física regular y evitar hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Además, es importante realizar evaluaciones médicas periódicas para la detección temprana y manejo adecuado de estas afecciones.

Salud cardiovascular: La disminución de estrógenos puede aumentar el riesgo de enfermedades cardíacas. Es esencial controlar la presión arterial, mantener niveles

saludables de colesterol y glucosa, y evitar hábitos como el tabaquismo.

Salud ósea: La pérdida de densidad ósea puede conducir a osteoporosis. Además del ejercicio regular, asegurar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D es crucial para mantener la salud ósea.

Salud mental: La menopausia puede estar asociada con cambios de humor, ansiedad y depresión. Buscar apoyo psicológico, practicar técnicas de relajación y considerar terapias complementarias puede ser beneficioso.

Salud sexual: La capacidad de experimentar placer y orgasmos no desaparece con la menopausia. Es importante mantener una comunicación abierta con la pareja y consultar a profesionales de la salud para abordar cualquier dificultad[4,10].

Alimentación y nutrición en la menopausia

Una dieta equilibrada desempeña un papel crucial durante la menopausia. Es esencial asegurar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D para mantener la salud ósea, así como incorporar alimentos ricos en fitoestrógenos, como la soja, que pueden ayudar a aliviar algunos síntomas menopáusicos. Reducir el consumo de grasas saturadas y azúcares refinados, y aumentar la ingesta de frutas, verduras y granos integrales, contribuye a un mejor control del peso y a la prevención de enfermedades metabólicas[5].

Actividad física y menopausia

La práctica regular de ejercicio físico ofrece múltiples beneficios durante la menopausia. El ejercicio aeróbico, como caminar o nadar, ayuda a mantener un peso saludable y mejora la salud cardiovascular, mientras que los ejercicios de resistencia fortalecen los huesos y músculos, reduciendo el riesgo de osteoporosis. Además, la actividad física regular puede mejorar el estado de

ánimo y la calidad del sueño, contribuyendo al bienestar general[6].

Salud mental y bienestar psicológico

Los cambios hormonales durante la menopausia pueden influir en el estado de ánimo, aumentando la susceptibilidad a la ansiedad y la depresión. Es fundamental reconocer estos síntomas y buscar apoyo profesional cuando sea necesario. Terapias como la cognitivo-conductual han demostrado ser efectivas, y prácticas como el mindfulness y la meditación pueden ayudar en el manejo del estrés y la promoción de un bienestar psicológico óptimo[7].

Atención integral y personalización del tratamiento

Un enfoque multidisciplinario es clave en el manejo de la salud menopáusica. La colaboración entre ginecólogos, endocrinólogos, nutricionistas y psicólogos permite abordar de manera integral los diversos aspectos que afectan a la mujer durante esta etapa. Personalizar el tratamiento según las necesidades y preferencias

individuales garantiza una atención más efectiva y centrada en la paciente[8].

Avances recientes en la investigación sobre menopausia

La investigación en el campo de la menopausia continúa avanzando, explorando nuevas terapias y enfoques para mejorar la calidad de vida de las mujeres. Se están desarrollando tratamientos hormonales más seguros y efectivos, así como alternativas no hormonales basadas en moduladores selectivos de los receptores de estrógeno. Además, estudios genéticos buscan comprender mejor la variabilidad en la respuesta a los tratamientos, permitiendo una medicina más personalizada en el futuro[9].

Referencias

1. Palacios S, Mejía A, Neyro JL. Tratamiento hormonal de la menopausia en el siglo XXI. *Revista Clínica Española*. 2019;219(2):123-130.
2. Chedraui P, Pérez-López FR, Mendoza M, Morales B, Martínez MA, Salinas AM, et al. Severe menopausal symptoms in middle-aged women are associated to female and male factors. *Arch Gynecol Obstet*;281(5):879-885.
3. Fernández-Alonso AM, Cuadros JL, Chedraui P, Mendoza M, Cuadros AM, Pérez-López FR. Obesity is related to increased menopausal symptoms among Spanish women. *Menopause Int.*;16(3):105-110.
4. Pérez-López FR, Chedraui P, Gilbert JJ, Pérez-Roncero G. Cardiovascular risk in menopausal women and prevalent related co-morbid conditions: facing the post-Women's Health Initiative era. *Fertil Steril.*;92(4):1171-1186.
5. Pérez-López FR, Chedraui P, Haya J, Cuadros JL. Effects of the Mediterranean diet on longevity and age-related morbid conditions. *Maturitas.*;64(2):67-79.
6. Pérez-López FR, Larrad-Mur L, Kallen A, Chedraui P, Taylor HS. Gender differences in cardiovascular disease: hormonal and biochemical influences. *Reprod Sci.*;17(6):511-531.
7. Arakane M, Castillo C, Rosero MF, Peñafiel R, Pérez-López FR, Chedraui P. Factors relating to insomnia during the menopausal transition as evaluated by the Insomnia Severity Index. *Maturitas.* ;69(2):157-161.
8. Palacios S, Cancelo MJ, Fernández-Moya JM, Pérez M, Sánchez-Borrego R, Villero J. Documento de consenso sobre la menopausia en España. *Maturitas.* 76(2):220-226.
9. Palacios S, Mejía A, Neyro JL. Tratamiento hormonal de la menopausia en el siglo XXI. *Rev Clin Esp*. 2019;219(2):123-130.

10. Palacios S, Mejía A, Neyro JL. Tratamiento hormonal de la menopausia en el siglo XXI. Rev Clin Esp. 2019;219(2):123-130.

