



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 132 - 2022-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 12 de Setiembre de 2022

VISTO:

Expediente N° 02677-22, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone que, *"la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo"*, y que *"la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA de fecha 05 de julio del 2021, que resuelve aprobar el documento denominado *"Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"*, cuya finalidad es fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud (ANS) a través de sus Direcciones u Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Adscritos; cuyo Objetivo General consiste en establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras";

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio de 2007, se resuelve aprobar la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es *"contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos"*;

Que, mediante Resumen Ejecutivo Guías Clínicas AUGÉ, Ministerio de Salud Santiago- Chile (2018), se aprobó la "Guía de Práctica Clínica para Cáncer del Ovario Epitelial y "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama" del Ministerio de Salud-Chile; asimismo, a través de la Resolución Directoral N° 054-2020-DG-INMP/MINSA de fecha 10 de marzo de 2020, se aprobó la "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Trofoblástica Gestacional; "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Tumores Benignos de la Mama y la "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento Tumores Benignos de Ovario" del Instituto Nacional Materno Perinatal., las mismas que serán adoptadas;



Que, a través de la Nota Informativa N° 206-DGO-HONADOMANI-SB-22 de fecha 26 de agosto de 2022, el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia se dirige al Director General y solicita la Adopción de Cinco (05) Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal, señalando la relación de las mismas: "Guía de Práctica Clínica para Cáncer de Ovario Epitelial"; "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama"; "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Trofoblástica Gestacional"; "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Tumores Benignos de la Mama y "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento Tumores Benignos de Ovario;



Que, mediante Informe N° 026-J-OGC-2022-HONADOMANI-SB de fecha 07 de junio de 2022, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, emitió opinión favorable a la propuesta presentada, para la Adopción de cinco (05) Guías de Práctica Clínica, señalando que las guías han sido evaluadas con la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, las mismas que no tienen observaciones pendientes;



Que, a través de la Nota Informativa N° 105-2022-DA-HONADOMANI-SB de fecha 07 de junio de 2022, el Director Adjunto emitió opinión favorable para la Adopción de cinco (05) Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal, las mismas que serán aplicadas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



Que, mediante Memorando N° 190-2022-DG-HONADOMANI-SB de fecha 09 de junio de 2022, el Director General solicitó a la Oficina de Asesoría Jurídica la proyección del acto resolutivo correspondiente, para la Adopción de cinco (05) Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal;

Que, ante lo propuesto por el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia y contando con la opinión favorable del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad así como del Director Adjunto; y considerando que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, resulta necesario emitir el acto resolutivo de Adopción de cinco (05) Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal;

Con la visación del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento Gineco-Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, como Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar la adopción de cinco (05) Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal, para ser aplicadas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", las mismas que en anexo adjunto forman parte integrante de la presente Resolución; conforme el detalle siguiente:

- "Guía de Práctica Clínica para Cáncer de Ovario Epitelial".
- "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama.
- "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Trofoblástica Gestacional.
- "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Tumores Benignos de la Mama.
- "Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento Tumores Benignos de Ovario.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 132 2022-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 12 de Setiembre de 2022

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Gineco-Obstetricia se encargue de la implementación, difusión y supervisión del cumplimiento de las cinco (05) Guías de Práctica Clínica adoptadas en el artículo primero de la presente Resolución.



Artículo Tercero.- Disponer que, la Oficina de Estadística e Informática a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". (www.sanbartolome.gob.pe)

Regístrese, Publíquese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427



SGCR/ASP/JORC/JGVO
C.C.

- DA
- OGC
- Departamento de Gineco-Obstetricia
- OAJ
- OEI
- Archivo



PERÚ Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente Madre
Niño "San Bartolomé"

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR
GRIMBERG

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

GUIAS DE PRACTICA CLINICA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

2022

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Depto. Gineco-Obstetra
CMP 24474 RNE 14521



PERÚ Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente Madre
Niño "San Bartolomé"

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR
GRIMBERG

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

Dr. Santiago Cabrera Ramos

**Director del Hospital Nacional Docente Madre Niño
HONADOMANI "San Bartolomé"**

Dr. Santiago Cabrera Ramos

**Sub Director del Hospital Nacional Docente Madre Niño
HONADOMANI "San Bartolomé"**

Dr. Juan Ramirez Cabrera

Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia

HOSPITAL SAN BARTOLOME
D. PARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan Q. Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetra
CMP 24474 RNE 14521



PERÚ Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente Madre
Niño "San Bartolomé"

DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR
GRIMBERG

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

Jefes del Servicio del Departamento de Gineco Obstetricia:

Dr. Guido Zamudio Rodriguez

Jefe del Servicio de Medicina Materno Fetal

Dr. Jorge Gutarra Canchucaja

Jefe del Servicio de Ginecología

Dr. Ivan Reyes Armas

Jefe del Servicio de Reproducción Humana

Dr. Gerardo Campos Siccha

Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica

Dr. José Taboada

Jefe del Servicio de Medicina Especializada

Dr. Joel Mota Rivera

Jefe del Servicio de Obstetricia

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetra
CMP 24474 RNE 14521



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía"

RELACIÓN DE GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA

1	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL
2	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CANCER DE MAMA
3	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL
4	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA
5	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

HOSPITAL SAN BARTOLOME
D. PARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Gineco-Obstetra
CIMP 24474 RNE 14521

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA CANCER DE OVARIO EPITELIAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	

parte, los decesos femeninos por esta causa se estimaron en 184.799, con una tasa de mortalidad ajustada de 3,9 por cada 100.000 mujeres en el año 2018 (6).

En el 2018, a nivel mundial la tasa de incidencia es del 6,3 por cien mil mujeres en los países desarrollados y de 9,3 por cien mil mujeres en países de desarrollo; en Europa llega a una tasa de incidencia de 10,1 por cien mil mujeres, en América del Norte alcanza al 8,7 por cien mil mujeres y en Sudamérica es del 6,2 por cien mil. Representa alrededor del 18,8% de todas las neoplasias ginecológicas, 28,7% en aquellos países desarrollados; su tasa de letalidad es alrededor del 54,8% y del 59,2% en países en desarrollo y en países desarrollados, respectivamente. Su elevada tasa de mortalidad se debería principalmente al diagnóstico en etapas avanzadas.

En el Perú de acuerdo al registro de Lima Metropolitana, se considera al cáncer de ovario como la octava neoplasia con mayor frecuencia y la segunda neoplasia ginecológica subsiguiendo al cáncer de cuello uterino, refiriendo el segundo causal de muertes a causa de una neoplasia ginecológica. En el INEN se registró alrededor de 143 094 casos nuevos de cáncer durante el 2000 y 2014 de estos 89 717 fueron mujeres, de estos casos nuevos de cáncer de ovario fueron 2840 (3,2%).

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. MEDIO AMBIENTE

Se reporta una mayor incidencia en países industrializados. Asimismo, algunos estilos de vida no saludables como una dieta rica en carnes y grasas, el sedentarismo y la obesidad también aumentan el riesgo(1).

FACTORES HORMONALES

Nuliparidad, infertilidad y fármacos que estimulan la fertilidad son los principales factores hormonales identificados. Asimismo, menarquia precoz, menopausia tardía, terapia hormonal sustitutiva e historia previa de cáncer de mama incrementan el riesgo. Por el contrario, entre los factores protectores destacan el embarazo, uso de métodos anticonceptivos hormonales, ligadura de trompas e histerectomía, condiciones que reducen el riesgo de cáncer de ovario en un 67%(1).

5.5.2. FACTORES HEREDITARIOS

Los cánceres de ovario hereditarios representan menos del 5% de la totalidad de estos tumores. Se caracterizan por tener una herencia autosómica dominante y su aparición se anticipa en 10 años respecto a la población normal. De este modo, se describen tres síndromes hereditarios que predisponen al cáncer de ovario:

- Síndrome de cáncer familiar mama-ovario: asociado a mutaciones de los genes BRCA 1 y 2.
- Síndrome de Lynch tipo II: se vincula con otros cánceres, tales como cáncer de colon, endometrio y algunos cánceres gastrointestinales.
- Síndrome de cáncer familiar de ovario: en aquellas con historia familiar de cáncer de ovario en primero o segundo grado(1).

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. SIGNOS Y SINTOMAS

En estadios iniciales suele ser asintomático o con síntomas inespecíficos, tales como molestias digestivas o genitourinarias, dolor de espalda, estreñimiento o irregularidades menstruales. Sin embargo, en fases avanzadas se aprecian como una masa abdominal

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIAT San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA CANCER DE OVARIO EPITELIAL			SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	

con distensión, estreñimiento, baja de peso, anorexia o saciedad precoz. Esta presentación clínica está relacionada con la presencia de ascitis o masas que comprimen el intestino o el omento(2).

6.2. DIAGNOSTICO

La estadificación Proceso por el cual se define que tan propagado está el cáncer y a qué distancia, existen diferentes sistemas de clasificación, a continuación se describe el International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y el sistema de clasificación del cáncer TNM del AJCC (American Joint Committee on Cancer). Estos sistemas se basa en tres factores para clasificar este cáncer: extensión (tamaño) del tumor (T); la propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos adyacentes (N); y metástasis (M) (3-5).

ESTADIFICACION DEL CANCER DE OVARIO

Los dos sistemas usados para la estadificación del cáncer de ovario, el sistema FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) y el sistema de clasificación del cáncer TNM del AJCC (American Joint Committee on Cancer) son básicamente los mismos.

Ambos sistemas utilizan tres factores para clasificar este cáncer:

- La extensión (tamaño) del tumor (T): ¿Se ha propagado el cáncer fuera del ovario o las trompas de Falopio? ¿Ha alcanzado el cáncer los órganos pélvicos adyacentes, como el útero o la vejiga?
- La propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos adyacentes (N): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos en la pelvis o alrededor de la aorta (la arteria principal que va desde el corazón hacia abajo por la parte trasera del abdomen y la pelvis)? También llamados ganglios linfáticos paraaórticos.
- La propagación (metástasis) a sitios distantes (M): ¿Se ha propagado el cáncer al líquido que rodea a los pulmones (derrame pleural maligno) o a órganos distantes, como el hígado o los huesos?

Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, esta información se combina en un proceso llamado agrupación por etapas para asignar una etapa general.

El sistema de estadificación en la tabla que sigue utiliza la etapa patológica (también llamada la etapa quirúrgica). Esta se determina mediante el examen del tejido extraído durante una operación. A veces, si no es posible realizar una cirugía de inmediato, al cáncer se le asignará en cambio una etapa clínica. Esto se basa en los resultados obtenidos de un examen médico, biopsia y estudios por imágenes realizados antes de una cirugía.

El sistema descrito a continuación es el sistema AJCC más reciente, en vigor desde enero de 2018. Es el sistema de estadificación para el cáncer de ovario, trompas de Falopio y cáncer peritoneal primario.

La estadificación del cáncer puede resultar compleja, por lo tanto pídale a su médico que se la explique de una manera que usted pueda entender.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA CANCER DE OVARIO EPITELIAL					SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

Etapa AJCC	Agrupamiento para establecer la etapa	Etapa FIGO	Descripción de la etapa*
I	T1 N0 M0	I	El cáncer está solamente en el ovario (u ovarios) o la(s) trompa(s) de Falopio (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
	IA N0 M0		El cáncer está en un ovario, y el tumor está restringido al interior del ovario; o el cáncer está en una trompa de Falopio, y solo se encuentran dentro de la trompa de Falopio. No hay cáncer en las superficies externas del ovario o de la trompa de Falopio. No hay células cancerosas en el líquido (ascitis) o en los lavados del abdomen y la pelvis (T1a). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
	IB N0 M0		El cáncer está en ambos ovarios o en las trompas de Falopio, pero no en sus superficies externas. No hay células cancerosas en el líquido (ascitis) o en los lavados del abdomen y la pelvis (T1b). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IC	T1c N0 M0	IC	El cáncer está en uno o ambos ovarios o en las trompas de Falopio, y tiene cualquiera de las siguientes características: • El tejido (cápsula) que rodea el tumor se reventó durante la cirugía, lo que podría permitir que las células cancerosas se derramen hacia el abdomen y la pelvis (llamado derrame quirúrgico). Esta etapa se identifica como IC1. • El cáncer se encuentra en la superficie exterior de al menos uno de los ovarios o trompas de Falopio, o la cápsula (tejido que rodea el tumor) se reventó antes de la cirugía (lo que podría permitir que las células cancerosas se derramen hacia el abdomen y la pelvis). Esta etapa se identifica como IC2. • Hay células cancerosas en el líquido (ascitis)

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLOGÍA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL					SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	

			o en los lavados del abdomen y la pelvis. Esta etapa se identifica como IC3. No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
II	T2 N0 M0	II	El cáncer se encuentra en uno o ambos ovarios o en las trompas de Falopio y se ha propagado a otros órganos (como el útero, la vejiga, el colon sigmoide, o el recto) de la pelvis o hay cáncer peritoneal primario (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IIA	T2a N0 M0	IIA	El cáncer se ha propagado o ha invadido (ha crecido en) el útero, o las trompas de Falopio, o los ovarios. (T2a) No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IIB	T2b N0 M0	IIB	El cáncer está en la superficie externa o ha crecido hacia otros órganos cercanos en la pelvis, como la vejiga, el colon sigmoide o el recto (T2b). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IIIA1	T1 o T2 N1 M0	IIIA1	El cáncer se encuentra en uno o ambos ovarios o en las trompas de Falopio, o hay cáncer peritoneal primario (T1) y pudo haberse propagado o crecido hacia órganos cercanos en la pelvis (T2). Se ha extendido a los ganglios linfáticos retroperitoneales (pélvicos y/o paraaórticos) solamente. No se ha propagado a sitios distantes (M0).
IIIA2	T3a N0 o N1 M0	IIIA2	El cáncer está en uno o ambos ovarios o en las trompas de Falopio, o hay cáncer peritoneal primario y se ha propagado o ha crecido hacia órganos fuera de la pelvis. Durante la cirugía, el cáncer no se puede observar a simple vista en el abdomen (fuera de la pelvis), pero se detectan depósitos diminutos de cáncer en el revestimiento del abdomen cuando se examinó en el laboratorio (T3a). El cáncer pudo o no haberse propagado a los ganglios linfáticos retroperitoneales (N0 o N1), pero no se ha propagado a partes distantes (M0).

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

HONORARIO
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
Dr. Juan P. ...

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL					SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	

IIIB	T3b N0 o N1 M0	IIIB	Hay cáncer en uno o ambos ovarios o en las trompas de Falopio, o hay cáncer peritoneal primario y se ha propagado o ha crecido hacia órganos fuera de la pelvis. Los depósitos de cáncer son lo suficientemente grandes como para que el cirujano pueda verlos, pero no miden más de 2 cm (aproximadamente 3/4 de pulgada) de ancho. (T3b) Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos retroperitoneales (N0 o N1), pero no se ha extendido al interior del hígado o al bazo ni a sitios distantes (M0).
IIIC	T3c N0 o N1 M0	IIIC	El cáncer está en uno o ambos ovarios o en las trompas de Falopio, o hay cáncer peritoneal primario y se ha propagado o ha crecido hacia órganos fuera de la pelvis. Los depósitos de cáncer miden más de 2 cm (aproximadamente 3/4 de pulgada) de ancho, y estos pueden estar por fuera (la cápsula) del hígado o el bazo (T3c). Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos retroperitoneales (N0 o N1), pero no se ha extendido al interior del hígado o al bazo ni a sitios distantes (M0).
IVA	Cualquier T Cualquier N M1a	IVA	Hay células cancerosas en el líquido que rodea a los pulmones (a esto se le llama un derrame pleural maligno) sin ninguna otra área de propagación del cáncer, como al hígado, el bazo, el intestino, o los ganglios linfáticos fuera del abdomen (M1a).
IV	Cualquier T Cualquier N M1b	IVB	El cáncer se propagó al interior del bazo o el hígado, a los ganglios linfáticos aparte de los ganglios linfáticos retroperitoneales, y/o a otros órganos o tejidos fuera de la cavidad peritoneal, tal como los pulmones y los huesos (M1b).

*Las siguientes categorías adicionales no se describen en la tabla anterior:

- **TX:** No se puede evaluar el tumor principal debido a falta de información.
- **T0:** No hay evidencia de un tumor primario.
- **NX:** No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a falta de información.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

Escenario	EXTENSIÓN (TAMAÑO) DEL TUMOR	Agrupación por etapas	
		PROPAGACIÓN A LOS GANGLIOS (NÓDULOS) LINFÁTICOS ADYACENTES	METÁSTASIS
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
IC1	T1c1	N0	M0
IC2	T1c2	N0	M0
IC3	T1c3	N0	M0
IIA	T2a	N0	M0
IIB	T2b	N0	M0
IIC	T2c	N0	M0
IIIA1	T1/T2	N1	M0
IIIA2	T3a	N0/N1	M0
IIIB	T3b	N0/N1	M0
IIIC	T3c	N0/N1	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	Cualquier M

Fuente: TNM and FIGO classification, staging of tumors of the ovary, fallopian tube and primary peritoneal carcinoma(3).

6.2.1. Diagnóstico diferencial

- Tumores Abdominales
- Metástasis

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. DE PATOLOGÍA CLÍNICA

- Marcadores Tumorales

6.3.2. DE IMÁGENES

- Ecografía Pélvica y/o Transvaginal: Es la primera modalidad de imágenes utilizada para identificar y caracterizar masas anexiales. En la ecografía se visualiza el tamaño y las características de la masa anexial, con características de benignidad o malignidad según el caso. El grupo International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) propone reglas B características de benignidad y reglas M características de malignidad para la clasificación ecográfica de los tumores de ovario.
- Ecografía Doppler: Es una herramienta adicional a la caracterización morfológica que determina el flujo vascular presente en la lesión y el patrón de onda espectral para evaluar el grado de resistencia arterial en la misma masa hipervascularizada o flujo vascular en proyecciones papilares
- Tomografía Computarizada: Para evaluación de la extensión de la enfermedad
- Resonancia

6.3.3. EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

Marcadores Tumorales

- CA125: Se trata de una glicoproteína de alto peso molecular que se expresa en los tumores epiteliales de ovario, sobre todo los de tipo seroso.
- CA 19.9: Este marcador se encuentra elevado >40U/ml en el 83% de las pacientes con tumores de tipo mucinoso.
- BHCG y AFP. La B-coriogonodotropina humana y la a-fetoproteína es el marcador ideal del tumor del seno endodérmico y también se encuentra aumentado en los teratomas y los disgerminomas. La B-coriogonodotropina humana está elevada en los carcinomas embrionarios y el coriocarcinoma.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA CANCER DE OVARIO EPITELIAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

- Deshidrogenasa láctica HDL. Se incrementa en el disgerminoma.
- La hormona folículo estimulante FSH y Estradiol. Pueden ayudar a distinguir la producción de estrógenos debido a un quiste funcional de una verdadera pubertad precoz.

6.4. MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Las masas anexiales deben ser manejados en instituciones a partir de complejidad II, dado que es resolución de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Ante la sospecha de malignidad, el manejo es por Institución de complejidad III, dado que se necesita la evaluación y manejo de la Subespecialidad de Ginecología Oncológica. Referir a la paciente en caso de malignidad y con signos de metástasis, Estadios IV.

6.4.1. MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- Evaluación de signos vitales y estabilización de ser el caso.
- Manejo del dolor.
- Si no requiere manejo quirúrgico de inicio, es indispensable el control y seguimiento clínico.

6.4.2. TERAPEUTICA

Evaluación de Tratamiento Quirúrgico, de no ser el caso, iniciar tratamiento quimioterapia y radioterapia.

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

- Hemorragia
- Síndrome Adherencial

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA

- Cambios hemodinámicos en la paciente
- Obstrucción Intestinal
- Abdomen Agudo

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA

- En cirugía laparoscópica el alta será a las 24 horas.
- En la laparotomía el alta será a las 72 horas.
- Al alta se indicará analgésicos, control a la primera semana de la intervención quirúrgica.

6.4.6. PRONOSTICO

Dependerá del Grado de Estadificación

6.5. COMPLICACIONES

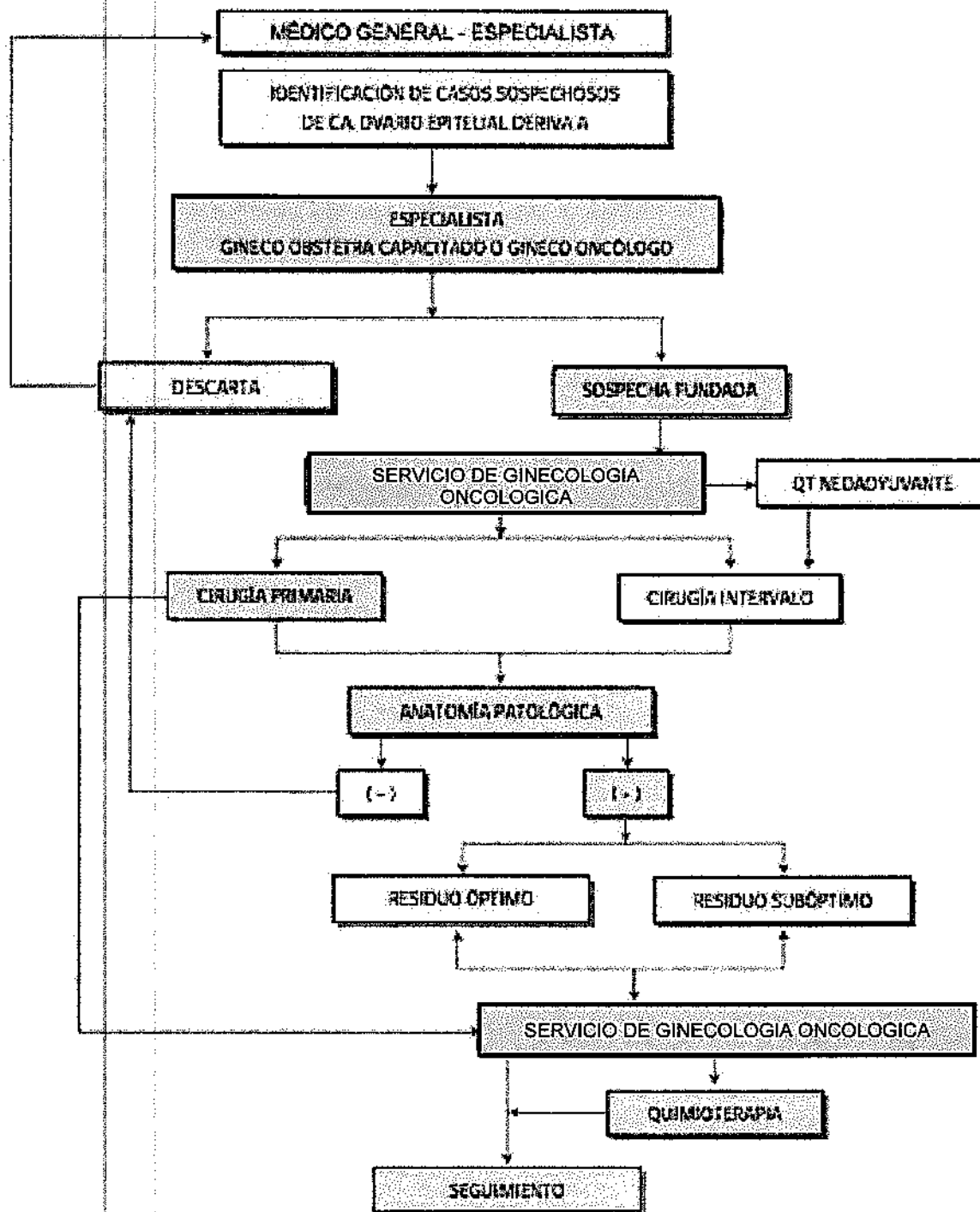
Alopecia, mucositis, hiporexia, náuseas y vómitos, diarrea, neutropenia, anemia, insuficiencia cardíaca, riesgo de formación de coágulos sanguíneos.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Cuando haya criterios para quimioterapia y/o radioterapia, referir a Oncología Médica (INEM)

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

6.7. FLUXOGRAMA



ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANE San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA CANCER DE OVARIO EPITELIAL						

VII. ANEXOS

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario Epitelial, MINISTERIO DE SALUD SANTIAGO – CHILE. 2018
2. Cruz Hernández J.J y colaboradores. Oncología Clínica. 6a Edición. 2017.
3. Govidan R y Morgenstren D. Manual Washington de Oncología. Tercera. 2016.
4. Buza, Natalia; Zynger D. Pathologic TNM and FIGO classification, staging of tumors of the ovary, fallopian tube and primary peritoneal carcinoma [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 26]. Available from: <http://www.pathologyoutlines.com/topic/ovarytumorstage.html>
5. World Health Organization. Global Cancer Observatory [Internet]. [cited 2019 Jan 11]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
6. Ministerio de Salud. Series y Gráficos de Mortalidad - DEIS [Internet]. 2003. Available from: <http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad/>
7. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2018 Jan 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

I. FINALIDAD:

Contribuir a reducir la morbi-mortalidad por cáncer de mama en el Perú.

II. OBJETIVO:

Los objetivos son:

- Mejorar la pesquisa de cáncer de mama in situ y en estadios I y II.
- Contribuir a reducir la mortalidad y mejorar la sobrevida de las personas tratadas con cáncer de mama.
- Proporcionar una base científica y actualizada en aspectos relativos al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama.
- Brindar atención oportuna de casos sospechosos y confirmado de cáncer de mama.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Servicio de Ginecología Oncológica del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

NOMBRE: Cáncer de Mama

CÓDIGO: CIE-10

C50: NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA

C50.0: Neoplasia maligna de pezón y areola.

C50.1: Neoplasia maligna de porción central de mama

C50.2: Neoplasia maligna de cuadrante superior interno de mama

C50.3: Neoplasia maligna de cuadrante inferior interno de mama

C50.4: Neoplasia maligna de cuadrante superior externo de mama

C50.5: Neoplasia maligna de cuadrante inferior externo de mama

C50.6: Neoplasia maligna de cola axilar de mama

C50.8: Neoplasia maligna de localizaciones contiguas a la mama

C50.9: Neoplasia maligna de localización no específica de mama

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1. DEFINICIÓN:

El cáncer de mama es una enfermedad, debida al crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y tiene la capacidad de diseminarse. Los tipos histológicos de mayor frecuencia son el carcinoma ductal y el carcinoma lobulillar.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	--

	PERU Ministerio de Salud		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA				

5.2. ETIOLOGÍA:

La causa o causas que producen el cáncer de mama todavía no están claras, sin embargo, sí se han identificado numerosos factores de riesgo asociados a la enfermedad. Estos podrían estar íntimamente relacionados con alteraciones en el DNA celular. Se invocan las mutaciones genéticas espontáneas o inducidas por diferentes agentes, así como el fallo en el mecanismo reparador del DNA dañado y el fracaso del sistema inmunológico en reconocer y eliminar las células cancerosas.

5.3. FISIOPATOLOGÍA:

Los cánceres invasivos surgen a través de una serie de alteraciones moleculares a nivel celular que dan como resultado células epiteliales de mama con características inmortales y crecimiento incontrolado.

5.4. EPIDEMIOLOGÍA:

El cáncer de mama es la neoplasia maligna de mayor incidencia y mayor mortalidad por cáncer en mujeres. La Sociedad Americana de Oncología calcula que aproximadamente 249'000 mujeres americanas serán diagnosticadas de cáncer de mama y 40'000 morirán por la enfermedad en el 2016. GLOBOCAN 2018 estimó la incidencia y mortalidad por cáncer de mama de 43.9 por 100'000 habitantes a nivel global, con un total de 2'088'849 casos, 626'679 muertes o 13.0 por 100'000 habitantes, respectivamente.

La incidencia anual estimada de cáncer de mama en el Perú es de 28 casos por 100,000 habitantes, la tasa de mortalidad anual es de 8.5 casos por 100,000 habitantes (IARC, 2015). La tasa de mortalidad anual es de 9.2 casos por 100,000 habitantes (MINSA – CDC, 2014).

5.5. FACTORES DE RIESGO:

Existen factores de riesgo mayores, aquellos que aumentan en 2 o más veces el riesgo de cáncer de mama y en factores de riesgo menores que aumentan en menos de 2 veces el riesgo de cáncer de mama.

5.5.1. FACTORES DE RIESGO MAYORES:

- Portadores de mutaciones en los genes BRCA 1 y BRCA 2.
- Historia familiar de 1° o 2° grado con cáncer de mama bilateral; cáncer mamario antes de los 50 años sin mutaciones demostradas, familiares con cáncer de mama en dos generaciones; cáncer de mama y ovario; familiar varón con cáncer de mama.
- Radioterapia de tórax antes de los 30 años de edad por cáncer, usualmente de origen linfático.
- Antecedentes de lesiones histológicas precursoras, hiperplasias atípicas, neoplasia lobulillar in-situ, atipia plana.
- Antecedente personal de cáncer de mama. En mujeres mayores de 40 años con

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERU	Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA					SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	

antecedente personal de cáncer de mama, el riesgo relativo de un nuevo cáncer fluctúa entre 1.7 y 4.5. Si la mujer es menor de 40 años el riesgo relativo se eleva a 8.0.

- Densidad mamográfica aumentada (controversial)

5.5.2. FACTORES DE RIESGO MENORES:

- Edad (a mayor edad mayor riesgo). La incidencia de cáncer de mama a los 80-85 años es 15 veces más alta que a los 30-35 años.

- Historia familiar en parientes de 1°, 2° o 3° grado, después de los 60 años de edad.

- Factores reproductivos: Menarquia precoz y menopausia tardía (aumenta 30% riesgo de cáncer de mama). Así mismo la nuliparidad y el 1° parto después de los 30 años se asocia con un aumento del riesgo en un tercio de los casos.

- Enfermedades mamaria benignas proliferativas: Adenosis esclerosante, lesiones esclerosantes radiales y complejas (cicatriz radiada), hiperplasia epitelial ductal florida, lesiones papilares y fibroadenomas complejos.

- Sobrepeso después de la menopausia: Existe relación entre índice de masa corporal (IMC) elevado y riesgo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas. El riesgo relativo es 1.26 con IMC > 21.

- Ingesta crónica de alcohol: La ingesta de alcohol produce un aumento de 7% de riesgo de cáncer de mama por cada 10 grs de alcohol consumido diariamente.

- Algunas terapias de restitución hormonal: El riesgo de cáncer de mama con uso de terapias de restitución hormonal ha variado en el transcurso de los últimos años de acuerdo a los diferentes estudios. El aumento de riesgo de cáncer con tratamiento de estrógenos es mínimo o ninguno. El mayor riesgo observado con terapias de restitución hormonal combinadas, es responsabilidad de ciertas progestinas.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas:

El síntoma más común es una masa o protuberancia no dolorosa, dura y con bordes irregulares.

Otros posibles síntomas incluyen:

- Hinchazón de parte o de toda la mama (aunque no se sienta una protuberancia definida)
- Irritación o hendiduras en la piel
- Dolor en la mama o en el pezón
- Retracción de los pezones
- Enrojecimiento, descamación o engrosamiento de la piel de la mama o del pezón.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA				

- Secreción del pezón que no sea leche materna
- Algunas veces un cáncer de mama se puede propagar a los ganglios linfáticos de las axilas o alrededor de la clavícula y causar una protuberancia o inflamación a ese nivel, antes que el tumor de la mama sea lo suficientemente grande como para poderse palpar.

6.2. DIAGNÓSTICO:

6.2.1. Criterios Diagnósticos:

Se basa en el examen clínico, en combinación con imágenes y confirmado por la evaluación anatomo patológica.

El examen clínico incluye la palpación bimanual de las mamas y de los ganglios linfáticos regionales.

Dependiendo de la presentación clínica y/o imagenológica de la enfermedad, las opciones de biopsia son:

- Biopsia Core (guiada por US): En nódulos sólidos, palpables y/o no palpables, sospechosos, BI-RADS 4 y 5.
- Biopsia esterotáxica digital (BED): En microcalcificaciones y otras lesiones mamográficas sospechosas, como distorsiones del parénquima o asimétricas de densidad BIRADS 4 y 5, no visibles en ecografía.
- Biopsia con aguja de Tru-cut: En tumores grandes o localmente avanzados.
- Biopsia Radio-quirúrgica (BRQ): En lesiones sospechosas no palpables, cuando no se dispone de biopsia core ni de BED.
- Biopsia de piel: En casos sospechosos de carcinoma inflamatorio.
- Biopsia de pezón: En casos sospechosos de cáncer de Paget.
- Biopsia incisional: En caso de tumores localmente avanzados y que no se disponga de aguja Tru-cut.
- Biopsia de localizaciones secundarias en casos de cáncer metastásico.

Excepcionalmente, en casos de descargas por pezón, podría indicarse citología.

Las determinaciones de receptores hormonales de estrógenos, de progesterona y de c-erb-2 con técnica de inmunohistoquímica, pudieran realizarse en la muestra obtenida por punción en los casos cuyo tratamiento primario no sea la cirugía.

6.2.2. Diagnóstico Diferencial:

- Mastitis
- Absceso mamario
- Fibroadenoma

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIO	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA				SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	

6.3. EXAMENES AUXILIARES:

6.3.1. Patología Clínica:

El cáncer de mama tiene estos principales subtipos histológicos:

- Carcinomas No invasivos:
 - Carcinoma ductal in situ (CDIS)
 - Carcinoma lobulillar in situ (CLIS)
- Carcinomas Invasivos:
 - Carcinoma ductal infiltrante (CDI) 75% de todos los carcinomas invasivos.
 - Carcinoma lobulillar infiltrante (5-10%)
 - Carcinoma mucinosos y tubulares (en conjunto suman 5%)

6.3.1.1. FENOTIPOS MOLECULARES:

Desde el año 2000, se planteó una sub clasificación molecular de cáncer de mama con implicancias terapéuticas y pronósticas. Se consideran 4 subtipos:

a) Luminal A:

- a. Se define como aquel cáncer de mama que expresa RH positivos (RE y/o RP), HER2 negativo, ki67 bajo (<14%).
- b. Otro modo de definirlo es con RP alto (>20%)
- c. Presentan mejor pronóstico en términos de SG y SLP.
- d. Mejor respuesta a hormonoterapia que a quimioterapia

b. Luminal B:

- a. Se define como aquel cáncer de mama que expresa RH positivos (RE y/o RP) HER2 negativo, ki67 alto (>14%)
- b. Requiere tratamiento con quimioterapia y hormonoterapia.

c. HER2

- a. Se define como aquel cáncer de mama que expresa HER2 de forma positiva (3+). Si el resultado es de 2+ se debe confrontar con un estudio de amplificación de FISH. FISH: HER2/CEP 17>/ 2.0.
- b. Se beneficia de una terapia biológica dirigida: Trastuzumab/Pertuzumab / TDM-1/ Lapatinib.
- c. Puede presentar RH negativos y/o positivos.
- d. En el caso de RH positivos, se convierte en una entidad particular llamada TRIPLE POSITIVO que se beneficia de tratamiento dirigido con Trastuzumab, hormonoterapia, y quimioterapia. Presenta un pronóstico algo menos favorable

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADO MANI SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	

que aquel tumor HER2 positivo con RH negativos.

d. Triple Negativo:

- Se define como aquel cáncer de mama que no expresa RH ni HER2.
- Tiene un pronóstico poco favorable, aunque suele responder inicialmente muy bien a quimioterapia.
- El tratamiento se basa en quimioterapia.

6.3.1.2. Datos en informe anatomopatológico de Cáncer de Mama.

Un informe de patología de cáncer de mama, debe consignar al menos los siguientes parámetros:

- Tipo histológico
- Presencia o no de componente in situ, o componente comedo.
- Diámetro tumoral
- Grado histológico (Scarff-Bloom- Richardson: SBR y mSBR)
- Infiltración linfovascular
- Afectación ganglionar en número y rotura capsular u componente microM1.
- Inmunohistoquímica (HQ):

1. RH (RE y RP) expresados bajo la técnica Allred y/o H-Score

- Se consideran positivos si el porcentaje es > 1%, sin embargo, de forma práctica y en protocolos de ensayos clínicos el punto de corte es 10%.
- Existen estudios que postulan que a menor presencia de positividad a RH (<10% y más cercano al 1%) el pronóstico no es tan favorable (comportamiento algo similar a Triple negativo, si es que no expresa de forma conjunta HER2).

2. HER2 status;

- HER2 +/-: negativo.
- HER2 ++: indeterminado, confirmar con FISH, si es SISH/FISH amplificado se cataloga como un HER positivo, si no es amplificado, es un resultado negativo.
- HER2 +++: positivo.

3. ki67%, donde debe colocarse el porcentaje.

6.3.2. Imágenes:

- Mamografía Bilateral: Considerada la prueba de estándar de oro para la detección temprana de cáncer de mama. Tiene una sensibilidad es aproximadamente del 63% en mamas muy densas y 87% en mamas muy grasas, su especificidad está entre 87% y 99%.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA					SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	

- Ecografía de mama: Está indicada en:

1. Evaluación de hallazgos patológicos en la exploración física en mujeres < de 30 años, embarazadas y durante la lactancia como primer examen.
2. Evaluación de hallazgos patológicos en la exploración física en presencia de mamografía normal o no concluyente.
3. Evaluación de lesiones sospechosas por mamografía en ausencia de hallazgos en la exploración física.

- Resonancia Magnética de mama: Se puede considerar en algunos casos como en mujeres jóvenes con alta densidad del tejido mamario. Compromiso ganglionar axilar con tumor primario oculto, lesiones aparentemente benignas en mujeres con antecedentes de cáncer de mama familiar, prótesis mamaria, entre otros.

- Para estadificación: Radiografía de tórax y/o TC de tórax, ecografía de abdomen y pelvis y/o TC de abdomen y pelvis, TC de encéfalo (si clínica neurológica sugestiva, HER2+ o Triple negativo), gammagrafía ósea completa, Resonancia cuando el TC es dudoso.

6.3.3. Exámenes Especializados Complementarios:

- Tipificación de subtipo molecular por medio de inmunohistoquímico.
- Determinación de:
 - Receptores de estrógenos (RE)
 - Receptores de progesterona (RP)
 - Ki67
 - HER2

6.4. MANEJO SEGÚN COMPLEJIDAD:

6.4.1. Medidas Preventivas y Generales:

- Mamografía cada 2 años reduce la mortalidad en el grupo de mujeres entre los 50-69 años. El beneficio en mujeres de 40 a 49 años es limitado.
- Se suele usar ecografía de mama en pacientes de 40-49 años ya que no hay consenso.
- Si antecedentes familiares de cáncer de mama con o sin mutación de BRCA se puede realizar RNM mama anual + mamografía que puede tener resultados más favorables que con mamografía sola. Se recomienda RNM de mamas anual concomitante o alternando c/6 meses con mamografía comenzando 10 años antes que el caso más joven en la familia.

6.4.2. Terapéutica:

El tratamiento del cáncer de mama incluye el manejo con cirugía, radioterapia, o ambos, y el tratamiento de la enfermedad sistémica con quimioterapia cito tóxica, tratamiento hormonal, tratamiento biológico o una combinación de todos ellos. La elección depende del tipo histológico, del compromiso ganglionar axilar, expresión de receptores

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud HONORADO MANRIQUE SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA			

hormonales, situación HER2, presencia de metástasis, co-morbilidad, edad de la paciente.

6.4.2.1. CÁNCER DE MAMA IN SITU:

Se considera un grupo de lesiones heterogéneo con una capacidad diversa de progresar a carcinoma invasivo

- DUCTAL IN SITU: Cirugía conservadora de mama (con verificación de bordes libres de tumor) más radioterapia adyuvante según sea el caso.
- LOBULILLAR IN SITU: Incluir tratamiento preventivo con tamoxifeno por 5 años (reduce la ocurrencia de tumores RE+ en 69%)

En mujeres postmenopáusicas Anastrozol (inhibidor de la aromataza)

CÁNCER DE MAMA ESTADIOS I – II Y III, (LOCALMENTE AVANZADO)

Según el National Cancer Institute corresponde a Cáncer de mama que no se ha diseminado más allá de la mama o los ganglios linfáticos de la axila. Incluye el carcinoma ductal in situ y los cánceres de mama en estadios I, IIA, IIB y IIIA.

Riesgo de recurrencia local:

- Ganglios axilares positivos
- La invasión linfovascular
- El grado tumoral
- El tamaño tumoral
- La edad menor de 50 años o la pre menopausia
- Las márgenes cercanas o positivas.

RADIOTERAPIA ADYUVANTE:

Se recomienda radioterapia adyuvante a la pared del tórax en cáncer de mama invasivo estadio I y II con mastectomía y alto riesgo de recurrencia local lo que incluye pacientes con cuatro o más ganglios positivos, tumores mayores a 5 cm, tumores T4 ó márgenes de resección comprometidas.

Así mismo, la radioterapia post mastectomía debería ser considerada en pacientes con cáncer de mama invasivo estadio I y II con riesgo intermedio de recurrencia local, los que incluye: pacientes con uno a tres ganglios involucrados, invasión linfovascular, grado 3 de diferenciación, receptores hormonales negativos, invasión linfovascular y menores de 40 años.

National Collaborating Centre for Cáncer, recomienda no ofrecer radioterapia luego de mastectomía a pacientes con cáncer de mama invasivo estadio I y II con bajo riesgo de recurrencia local (como son la mayoría de pacientes con ganglios negativos).

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA					

En pacientes con ganglios centinelas positivo en estadios I y II, se recomienda realizar la disección axilar en las situaciones siguientes:

- Ganglios centinelas positivos, más de tres.
- Ganglios centinelas positivos con compromiso extranodal, independiente del número.
- Ganglios centinelas positivos, que no recibirán radioterapia adyuvante.
- Tumores >5cm
- Cuando no es posible el estudio de ganglio centinela.

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE:

Las propuestas para manejo adyuvante buscan optimizar la eficacia terapéutica administrando la quimioterapia según la biología tumoral. La quimioterapia es beneficiosa en la mayoría de los casos triple negativos, HER2 positivos, y en luminal - HER2 negativos de alto riesgo. El beneficio de la quimioterapia adyuvante es mayor en tumores receptor de estrógeno negativo.

En pacientes que requieren quimioterapia adyuvante se recomienda terapia citotóxica según tipo molecular y determinantes clínicos de riesgo de recidiva y toxicidad asociada.

En pacientes triple negativo y HER2 (+), se sugiere el uso de antraciclinas y taxanos.

En aquellas con alto riesgo de recidiva, Ki67 alto (>20%), 4 o más linfonodos afectados o baja expresión de receptor de estrógeno, jóvenes menores de 35 años, la evaluación combinada de estos factores permite valorar mejor la relación riesgo/beneficio.

Sin embargo, la quimioterapia adyuvante puede afectar de manera transitoria o definitiva la fertilidad. Antes del inicio de la terapia el oncólogo debe discutir este tema con la paciente y la posibilidad de requerir terapias que preserven la fertilidad.

HORMONOTERAPIA ADYUVANTE:

La hormonoterapia adyuvante está indicada en todos los CaM RE+ (definido como mayor o igual a 1% de las células cancerosas invasivas), independiente de la quimioterapia y/o terapia biológica.

En postmenopáusicas con receptores de estrógenos positivos las opciones de terapia endocrina adyuvante se deben adaptar al riesgo de recidiva y al perfil de toxicidad, pudiendo corresponder de 5 hasta 10 años de tamoxifeno en pacientes de bajo riesgo.

En postmenopáusicas de alto riesgo estrógenos positivos, se recomienda inhibidor de aromatasa exclusivo o secuencial al tamoxifeno.

Así mismo, por el riesgo aumentado riesgo aumentado de osteoporosis que tienen, requieren ejercicio, calcio más vitamina D, y densitometría ósea periódica.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

a. CIRUGIA DE CONSERVACIÓN:

La terapia conservadora de mama consiste en cirugía conservadora y radioterapia a la mama.

Indicado en pacientes en estadios I Y II, con tumor primario único de la mama, con tamaño menor a 5 cm (o tumor relativamente pequeño comparado con el tamaño de la

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERU Ministerio de Salud		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	
I.			GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA		

mama) que pueda ser removido con márgenes negativos microscópicos y resultado cosmético aceptable y que no tenga contraindicación para recibir radioterapia.

La conservación de la mama en las mujeres con cáncer de mama estadios I y II mejora la calidad de vida de las pacientes disminuye sustancialmente la morbilidad física en comparación a la mastectomía total.

b. MASTECTOMIA:

Se debe considerar mastectomía en los siguientes casos:

- Tumores con extenso compromiso intraductal.
- Relación mama/tumor desfavorable
- Imposibilidad de obtener márgenes libres
- Multicentricidad.
- Mutaciones genéticas que aumenten el riesgo de cáncer.
- Cuando se trate de pacientes varones.
- En estadios metastásicos, se puede realizar para evitar complicaciones locales como sangrado, infección, etc.

Al indicar una mastectomía, se debe ofrecer a la paciente la posibilidad de una reconstrucción inmediata (excepto en varones), teniendo en cuenta la indicación de tratamientos posteriores y siempre que no exista una contraindicación para la misma. En caso de que la reconstrucción inmediata no sea posible, en función de la evolución de la paciente y la corrección o consideración de eventuales factores que puedan influir en su resultado (administración de radioterapia previa, cese de hábito tabáquico, edad y características cardiovasculares) podría considerarse la reconstrucción diferida.

c. CIRUGIA DE AXILA:

La afectación axilar, N, sigue siendo uno de los factores pronósticos más importantes en el cáncer de mama, por tanto, está indicado realizar una estadificación axilar en todos los casos de cáncer infiltrante.

6.4.2.2. CÁNCER METASTÁSICO

En el manejo de pacientes con cáncer de mama metastásico se deben considerar un conjunto de variables que condicionan la respuesta al tratamiento, tales como:

- Los criterios de hormonosensibilidad, definida por la expresión de los receptores hormonales, y la respuesta previa a un tratamiento hormonal.
- La sobreexpresión o amplificación del HER-2.
- El intervalo sin enfermedad.
- La extensión y localización de las metástasis.
- La edad de la paciente.
- El tipo de tratamiento administrado previamente, sea de forma complementaria o en la enfermedad diseminada y, en último término, de la respuesta obtenida.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORABLE MANTENIMIENTO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA					SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	

Quimioterapia:

Según las recomendaciones ESMO 2014, la monoterapia es preferida a poliquimioterapia y ésta última solo estaría indicada en pacientes con rápida progresión clínica, metástasis visceral que comprometa la vida (crisis visceral) o necesidad de rápido alivio de síntomas o control de su enfermedad.

En pacientes que han recibido terapia previa (adyuvante o metastásica) con antraciclinas o taxanos y que no necesiten poliquimioterapia, se puede usar monoterapia con capecitabina, vinorelbina o eribulina.

Hormonoterapia:

El tratamiento hormonal se puede utilizar en las mujeres que tienen un tumor con criterios de hormono sensibilidad, con afectación visceral mínima o bien con afectación de tejidos blandos y/o óseos. La tolerancia a este tipo de tratamiento es buena y las posibilidades de respuesta son de un 50 a un 60%, con una mediana de respuesta alrededor de un año.

En mujeres HER2 negativo con receptores hormonales positivos (HER2- y RE+):

Quimioterapia en enfermedad rápidamente progresiva (crisis visceral) o resistencia endocrina.

- Pre menopáusica: Supresión/ablación ovárica con terapia endocrina, vs tamoxifeno por 10 años.

- Post menopáusica: El esquema depende del tipo y duración de la terapia adyuvante previa. Puede usarse tamoxifeno, inhibidor de aromatasa o fulvestran en altas dosis 500mg cada 4 semanas.

En pacientes con enfermedad metastásica cuyos tumores sobre expresan HER2, ya sea por inmunohistoquímica o técnicas de hibridación in situ, debe adicionar a la quimioterapia u hormonoterapia, medicamentos como trastuzumab u otros agentes anti HER2 como lapatinib, o fármacos más recientes tales como pertuzumab o TD-M1 y combinación de estos.

Así mismo se recomienda la ablación ovárica junto con terapia antiestrogénica periférica en mujeres premenopáusicas con cáncer de mama metastásico.

6.4.2.3. CANCER INFLAMATORIO DE LA MAMA:

El cáncer inflamatorio es una entidad clínico patológica de baja frecuencia caracterizado por una rápida y agresiva progresión. Constituye entre el 1 -6% del total de los canceres de mama. Se presenta en mujeres jóvenes y es un subtipo que muestra un pobre pronóstico cuando se compara con otras formas más comunes de cáncer de mama.

En estos pacientes se recomienda quimioterapia neoadyuvante con antraciclinas y taxanos con o sin trastuzumab según estado de HER2, seguida de una mastectomía radical modificada y radioterapia.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA				

6.4.3. EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO:

- Dependientes del tipo de tratamiento instaurado:
- Quimioterapia: Principalmente alopecia, neutropenia febril, astenia, neuropatías, toxicidad gastrointestinal, emesis, diarreas.
- Terapia biológica: Astenia, dolor en zona de inyección, neuropatías.
- Hormonoterapia: Astenia, artralgias, alopecia leve, trombosis.
- Cirugía: Infección de herida operatoria, dehiscencia, linfedema.
- Radioterapia: Radiodermatitis, dolor.

6.4.4. SIGNOS DE ALARMA:

- Paciente sin quimioterapia: Fiebre, signos de mastitis, ictericia, déficit neurológico, cefalea, dolor.
- Paciente con tratamiento oncológico activo: Fiebre o cualquier otro síntoma asociado al tratamiento o a una progresión de enfermedad.

6.4.5. CRITERIOS DE ALTA:

En todos los estadios, pero sobretodo en los iniciales, luego de una terapia curativa (cirugía +/- terapia adyuvante) se sugiere realizar seguimiento por 5 años como mínimo, el cual debe incluir:

- Seguimiento conjunto entre Oncoginecología y oncología médica.
- Examen físico c/4-6 m por 5 años, con analítica sanguínea (función renal, hepática, fosfatasa alcalina, hemograma y MT: CEA-Ca15.3) luego anualmente.
- Mamografía anual.
- Pacientes con terapia hormonal, examen ginecológico anual.
- Valorar TEM TAP 2 veces al año los 3 primeros años y luego anual.

6.4.6. PRONÓSTICO:

Actualmente, gracias a la mejora de las técnicas para el diagnóstico precoz y screening el pronóstico de vida aumenta cada día más, así también se obtienen mayores opciones terapéuticas (hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia, cirugía, terapia biológica y de mantenimiento). En algunos lugares puede llegar casi al 77% de supervivencia a los 5 años.

6.5. COMPLICACIONES:

A) La propia patología:

Principalmente los pacientes que progresan al tratamiento, o recidiva, dependiendo del lugar afectado, principalmente:

1. Metástasis cerebrales: Clínica neurológica debido a hipertensión endocraneana.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	

2. Metástasis pulmonares / linfangitis carcinomatosa: Disnea, insuficiencia respiratoria severa, tromboembolismo pulmonar.
3. Metástasis hepáticas: clínica de insuficiencia hepática.
4. Metástasis óseas: dolor articular, riesgo de compresión medular si afectación en columna cervico-dorsal, fracturas patológicas.
5. Compromiso local: Nódulos dérmicos, nueva tumoración en zona quirúrgica de cirugía.

B) Secundarias al tratamiento:

1. De acuerdo al tratamiento recibido, siendo las complicaciones más comunes las producidas luego de quimioterapia, muchas veces la mayoría de estas cursan de forma leve. Entre otras:
 - a. Toxicidad hematológica: pancitopenia, neutropenia febril
 - b. Alopecia
 - c. Neuropatías periféricas
 - d. Emesis
 - e. Diarreas

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

6.6.1. Referencia:

- Se realizará una referencia temporal para la realización de algunos exámenes auxiliares comprendidos en los referentes al estadiaje oncológico, como por ejemplo Tomografías (TEMs), gammagrafías óseas, resonancia magnética, o algún otro examen necesario en este tipo de pacientes.
- Se realizará una referencia temporal (sólo de las muestras de patología) en caso que exista alguna duda con el diagnóstico anatomo-patológico de nuestro centro, o se requiera de algún estudio complementario en esta área, como por ejemplo inmunohistoquímica.
- Se referirá a un centro especializado en radioterapia a aquellos pacientes que requieran su tratamiento exclusivo, concurrente o secuencial.
- Pacientes que presenten progresión tumoral a pesar de múltiples líneas de tratamiento podrán ser referidos a un establecimiento de mayor complejidad.

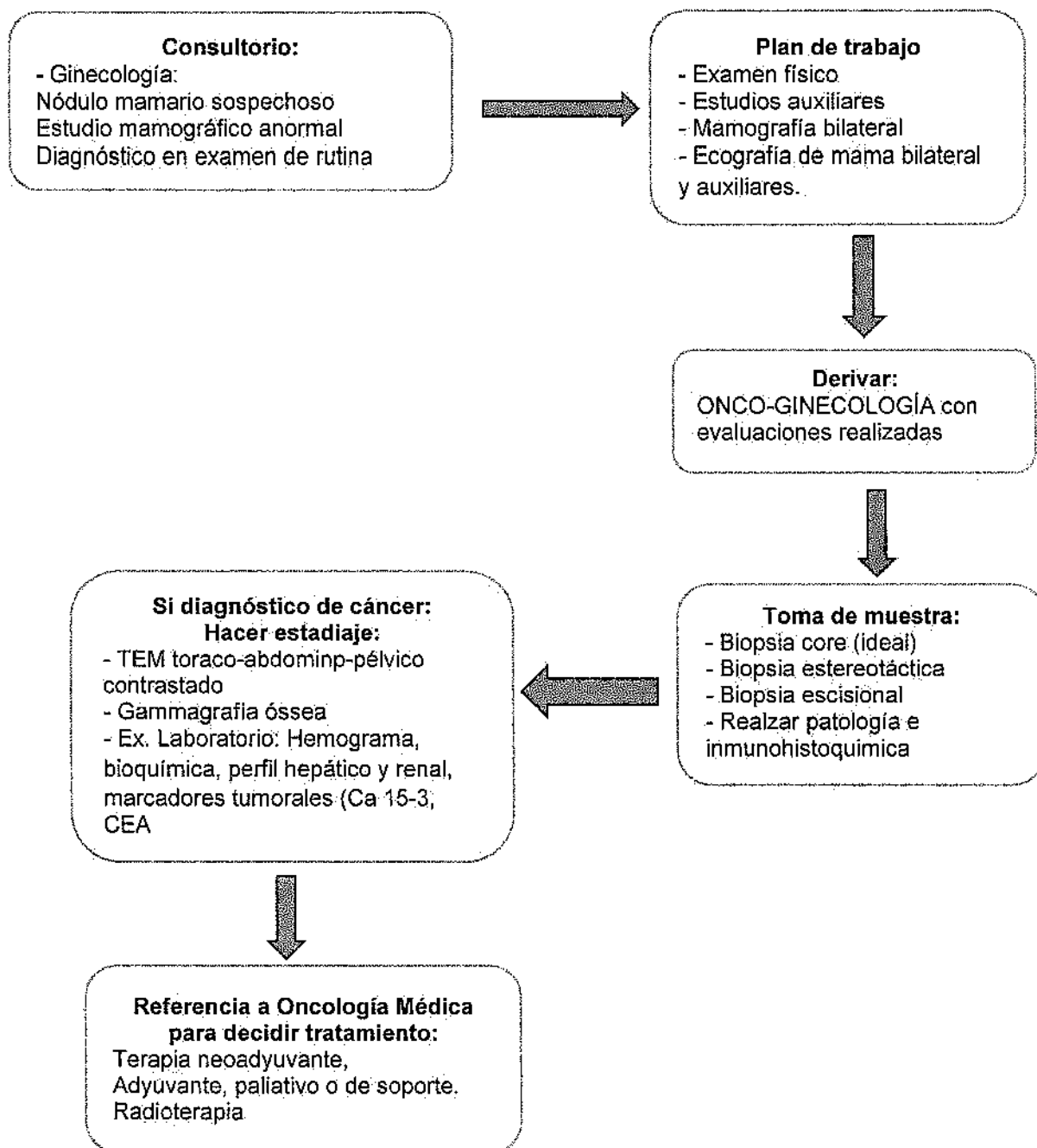
6.6.2. Contrareferencia:

Los pacientes deben ser contrareferidos a su nivel inicial de atención, para continuar con el manejo de los pacientes a los cuales se les ha instaurado el plan terapéutico, el criterio básico de contrareferencia es haber concluido la intervención de referencia.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud MINISTERIO DE SALUD	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
I.	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA		SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

VII. FLUXOGRAMA:



ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	---	--

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA				SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

VIII. ANEXOS:

Tratamientos según subtipo para estadios I, II y III

Subtipo	Tipo de terapia sistémica	Observaciones
Luminal A HER2 negativo Receptor estrógeno positivo Ki 67 < 20	Sólo terapia hormonal en la mayoría de los casos	Muy pocas pacientes requieren citotóxicos (estado nodal alto u otros indicadores de riesgo)
Luminal B HER2 negativo Receptor estrógeno positivo RR < 20%	Terapia hormonal o quimioterapia	La decisión de citotóxicos y el tipo de citotóxico depende de la extensión y agresividad tumoral, y otras características, incluyendo la expresión del receptor hormonal y las preferencias de la paciente.
Luminal B HER2 positivo Receptor estrógeno positivo Cualquier Ki67	Quimioterapia más anti-HER2 más terapias hormonales	No hay datos disponibles que sustenten la omisión de la quimioterapia en este grupo
Sobreexpresión HER2 HER2 positivo (no luminal) o enriquecido. Receptor estrógeno negativo	Quimioterapia más anti-HER2	Paciente con muy bajo riesgo (T1A, sin compromiso ganglionar) podrían ser observadas sin administrar terapia sistémica adyuvante.
Triple negativo (ductal) HER2 negativo Receptor estrógeno negativo	Quimioterapia en la mayoría en los casos	Algunos subtipos histológicos de bajo riesgo posiblemente no requieran quimioterapia

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	---	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA			

Tratamiento sistémico recomendado según subtipo de cáncer de mama metastásico. Está basada en las en las Guías de Práctica Clínica de ESMO y en la Guía ASCO.

Subtipo	Carga tumoral	Tipo de terapia	Estudios	Observaciones
HER2 NEGATIVO Receptor de estrógeno (+)	Sin crisis visceral	Terapia hormonal	TAMRAD (Tam+everolimus) BOLERO (Exe+everolimus)	2 HR 0.45 p=0.007 y TTP 4.5 vs 8.6m. PFS: 11.4 vs 4.1 HR 0.38 p < 0.0001 OS: HR 0.89 p=0.07
	Con crisis visceral	Quimioterapia		
Receptor de estrógeno (-)	Sin enfermedad extensa visceral.	Quimioterapia monodroga.		
	Con enfermedad extensa visceral	Evaluar poliquimioterapia		
HER2 POSITIVO Receptor de estrógeno (+)	Sin enfermedad extensa visceral	Terapia hormonal + bloqueo HER2 (TZ o LP)	TZ+ Anastrozol LP+ Letrozole	
	Con enfermedad extensa visceral	Quimioterapia + bloqueo/dual HER2	Cleopatra (Pert+TZ+Doc): T-DM1 (Emilia)	HR 0.68 p=0.0002 y sobrevida global 56.2 vs 40.8 meses. OS 30.9 vs 25.1 meses; HR: 0.68; 95% CI, 0.55 a 0.85; p<0.001 y PFS 9.6 vs 6.4 meses: HR 0.65; p<0.001.
			MA.31: Taxano+TZ vs Taxano + Lapatinib	PFS 8.8 vs 11.4m, no diferencia OS y mayor toxicidad lapatinib.
			CEREBEL: lapatinib + Capecitabina vs TZ+ capecitabina.	PFS 6.6 vs 8.0 meses
Receptor de estrógeno (-)	Sin enfermedad extensa visceral	Quimioterapia + bloqueo/dual HER2	Cleopatra	
	Con enfermedad extensa visceral	Quimioterapia + bloqueo/dual HER2		

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLÓGICA
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA				

VIII. REFERENCIA:

1. William J. Benjamin O, Jame Abraham, Rebeca Aft, et al. NCCN clinical practice guidelines in Oncology- Breast Cancer. versión 1.2019-March 14, 2019.
2. Guías Clínicas AUGÉ- Cáncer de Mama- noviembre 2015.
3. Basho R, et al. Optimizing (neo) adjuvant treatment of HER2-positive breast cancer. Ther Adv Med Oncol. 2018; 10 Available from: doi: 10.1177/11758835918775697.
4. F.Cardoso, E. Senkus, A. Costa, E. Papadopoulos, et al. 4th ESO-ESMO International Consensus Guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 4). Annals of Oncology 29:1634-1657,2018. Published online: 19 July 2018.
5. GLOBOCAN 2018 (IARC), available from <http://gco.iarc.fr/>; The World Bank Group Indicators; available from <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>.
6. Aliaga R, Samamé JC. Atlas y guía breve de Cáncer de Mama-Edición 2014- Laboratorio Gynopharm (Perú)- junio 2014.
7. Cardoso F. Cataliotti L. Costa A et al. European Breast Cancer Conference manifesto on breast centres/units. Eur J Cancer 2017; 72:244-250.
8. National Collaborating Centre for Cancer (UK). Early and Locally Advanced Breast Cancer: Diagnosis and Treatment [Internet]. Cardiff (UK): National Collaborating Centre for Cancer (UK); 2009 [cited 2014 Aug 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11643/>.
9. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Adjuvant bisphosphonate treatment in early breast cancer: meta-analyses of individual patient data from randomised trials. Lancet Lond Engl. 2015 Jul 23.
10. Harbeck N. S, Bhattacharyya H et al. Impacto f disease progression status on time to deterioration of patient reported health related quality of life in first-line ERp, HER2-advanced (metastatic breast cancer patients in the PALOMA-2 study. Breast 2017; 36: S43; Abstr OR6.
11. Malmgren JA, Mayer M, Atwood MK, Kaplan HG. Differential presentation and survival of de novo and recurrent metastatic breast cancer over time: 1990-2010. Breast Cancer Res Treat 2018; 167 (2): 579-590.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ Ministerio de Salud	FONADOMANT San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

I. FINALIDAD:

- Estandarizar el diagnostico, manejo y seguimiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

II. OBJETIVO:

- Diagnóstico oportuno
- Tratamiento más adecuado y efectivo
- Seguimiento adecuado
- Prevenir complicaciones

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Guía de práctica clínica está dirigida a todos aquellos profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Bartolomé.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL:

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO:

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL (CIE 10: O01)

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

5.1 DEFINICIÓN

La Enfermedad trofoblástica Gestacional (ETG) es un conjunto de procesos benignos y malignos derivados de una degeneración hidrópica y proliferación anormal del tejido trofoblástico de la placenta humana. Está asociada a una hipersecreción de la b-hCG e incluye un amplio espectro de entidades clínico-patológicas que va desde la ETG benigna (Mola Hidatiforme Completa y Mola Hidatiforme Parcial) hasta patologías malignas (Mola Hidatiforme Invasora, Coriocarcinoma, Tumor de Sitio Placentario y Tumor Trofoblastico Epitelial).

5.1.1 MOLA HIDATIFORME COMPLETA

La variedad de mola hidatiforme más fácilmente identificable en la que falta el feto y donde todas las vellosidades presentan degeneración hidrópica y son avasculares, aunque puede observarse algún vaso degenerado siendo notable la hiperplasia del citotrofoblasto y del sincitiotrofoblasto.

5.1.2 MOLA HIDATIFORME PARCIAL

Presenta al mismo tiempo características de una placenta de desarrollo normal y de una mola hidatiforme completa, con una gama de vellosidades desde normales a quísticas, mientras que la hiperplasia trofoblástica es sólo focal y por lo general afecta a la capa sincitiotrofoblástica y la presencia de inclusiones trofoblásticas en el estroma

En algunos casos de mola hidatiforme parcial está presente el feto, pero su desarrollo es casi siempre anormal, y aunque en la mayoría de casos el feto no está presente, puede deducirse la existencia de desarrollo fetal por la demostración de hematíes nucleados en los vasos sanguíneos de las vellosidades.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025.

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Dept. Gineco-Obstetricia
C.O.P. 15374 R.N. 14521

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIATO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFBLÁSTICA GESTACIONAL				SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	

5.2 ETIOLOGÍA

5.2.1 MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA

En el 90% de los casos la muestra tiene un cariotipo 46XX, resultado de la fertilización de un ovocito con núcleo inactivo por un espermatozoide haploide que duplica su material genético, sin participación de cromosomas maternos.

En el 10% de los casos el ovocito con núcleo inactivo es fertilizado por 2 espermatozoides haploides, uno X y el otro Y (46XY).

5.2.2 MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL

El cariotipo es generalmente triploide (69XXY o 69XXY), el cual puede producirse por 3 mecanismos:

1. Polispermia: es el más frecuente, el ovocito es fertilizado, por 2 espermatozoides.
2. Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiótica. Muy infrecuente.
3. Fertilización de un ovocito diploide, por defecto en la primera división meiótica. Muy infrecuente.

5.3 FISIOPATOLOGÍA

Se desconoce la etiología. Se postula que habría una malformación congénita de la placenta por un fallo en la angiogénesis fetal, por lo que el líquido se acumula en la placenta al no poder pasar al embrión por ausencia de vasos. Otra teoría dice que habría una hiperplasia del trofoblasto con edema secundario que presionaría y atrofiaría los vasos vellositarios.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La mola hidatiforme es la forma más común de la ETG y corresponde aproximadamente a un 80%.

La incidencia de Mola Hidatiforme es entre 0.5 — 1 por 1000 embarazos en América del Norte y Europa; del 1.5 - 6 por 1000 embarazos en América del Sur y más de 12 por 1000 embarazos en Asia.

El 50% de los casos de coriocarcinomas surgen de un embarazo molar, el 25% de un aborto involuntario o embarazo ectópico, y el 25% del término o pretérmino.

Más frecuente en gestantes mayores de 40 años y menores de 20 años.

Antecedente de mola hidatiforme anterior: Segundo embarazo molar en 3% de los casos.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

Los factores de riesgo para desarrollar una Enfermedad Trofoblástica son:

- Edades reproductivas extremas: <15 años o >35-40 años.
- Antecedente de embarazo molar previo: riesgo del 2%, subiendo a un 28% en el caso de haber tenido 2 molas.
- Nutricionales y socioeconómicos: se postula la importancia del déficit de carotenos.
- Grupo sanguíneo AB0: mujer de grupo A con pareja de grupo O

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas ETG

- Retraso menstrual.
- Dolor pélvico
- Ginecorragia irregular, escasa, está presente en el 90% de las pacientes.
- Hiperémesis gravídica 30% de los casos, muy precoz y severa.
- Altura uterina mayor a la esperada por la edad gestacional (3,7%).
- Pre-eclampsia antes de las 24 semanas (2,5%).
- Baja asociación con hipertiroidismo y quistes teco-luteínicos.
- La embolización trofoblástica se demuestra en el 2% de los casos. Se manifiesta con dolor torácico-díscnea, taquipnea y taquicardia.

6.1.2 NEOPLASIA TROFOBLASTICA GESTACIONAL (NTG)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) estableció nuevos criterios para el diagnóstico de neoplasia persistente después de un embarazo molar:

1. Cuatro o más mediciones de b-hCG que muestran una meseta (<10%) en los valores a lo largo de un periodo de al menos 21 días (1, 7, 14, 21)
2. Aumento en el nivel de b-hCG del 10% o mayor en tres o más mediciones durante un periodo de al menos 14 días (7, 14, 21)
3. La presencia de coriocarcinoma en el diagnóstico histopatológico.
4. La persistencia de niveles detectables de b-hCG seis meses después de la evacuación de una mola aun cuando este en descenso.

Los factores demostrados como predictores para desarrollar NTG son:

1. Niveles de b-hCG mayores de 100.000
2. La presencia de grandes quistes teco-luteínicos (mayores de 6 cm)
3. Altura uterina mayor de la esperada para la edad gestacional (4 cm por encima de la altura uterina esperada para la edad gestacional por retraso menstrual)
4. Edad mayor a 40 años.

6.1.3 MOLA HIDATIFORME INVASORA

Entidad que proviene de la mola hidatiforme, la define el crecimiento trofoblástico excesivo y su capacidad invasora local, con una invasión extensa por los elementos trofoblásticos, en el miometrio e incluso hasta el peritoneo, parametrios y cúpula vaginal adyacente. Las metástasis a distancia son excepcionales.

6.1.4 CORIOCARCINOMA

Es el carcinoma del epitelio coriónico, una forma extremadamente maligna de tumor trofoblástico. Es un tumor anaplásico epitelial puro, que por su crecimiento y metástasis se comporta como un sarcoma. Las metástasis se desarrollan de manera temprana, con mayor frecuencia por vía hematogena. Los sitios más frecuentes son el pulmón (75%) y la vagina (50%); le siguen la vulva, los riñones, el hígado, los ovarios, cerebro y el intestino.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
1.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFBLÁSTICA GESTACIONAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

6.1.5 TUMOR DEL SITIO PLACENTARIO

Es una variante rara del coriocarcinoma, que consiste en trofoblasto intermedio. Rara vez el tumor trofoblástico se desarrolla en el sitio de implantación de la placenta, luego de un embarazo normal o de un aborto. Es característico de este tumor el predominio de células citotrofoblásticas, y en inmunohistoquímica se encuentran muchas células productoras de prolactina y pocas de gonadotropinas, por lo cual la producción de b-hCG es variable o ausente. Tiende a quedarse confinado al útero, las metástasis aparecen de manera tardía en su evolución. En contraste con los otros tumores trofoblásticos, es relativamente insensible a la quimioterapia.

6.1.6 TUMOR TROFOBLASTICO EPITELIAL

El TTE es una variante del TTSP que se desarrolla a partir de la transformación neoplásica del trofoblasto extravelloso. Al igual que los TTSP, los TTE pueden detectarse varios años después de un parto a término. Su diagnóstico se realiza por la aparición de infiltrados nodulares a nivel miometrial. Se ubica en el útero (30%), en el segmento (20%) o en el endocérvis (20%). Puede estar en el intestino delgado y/o pulmón.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico ETG

- Anamnesis detallada.
- Exploración general: buscando signos de preeclampsia, hipertiroidismo, insuficiencia respiratoria aguda, etc.
- Exploración ginecológica: cérvix generalmente cerrado, con sangrado procedente de cavidad uterina, útero desproporcionalmente grande para la edad gestacional, de consistencia blanda, palpación de tumoraciones ováricas (quistes teca luteínicos), etc.
- Dosaje de b-hCG en sangre: cuantitativa pre y post evacuaciones.
- Ecografía: con ecos en su interior puntiformes que corresponde a las vésiculas y que asemejan copos de nieve" o "panal de abeja". El doppler es útil para estudiar la detección de la recurrencia o la invasión miometrial.
- Radiografía de tórax: para descartar metástasis pulmonares.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Aborto incompleto
- Aborto Retenido

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica

- **B- HCG (cuantitativo)**

La gonadotropina coriónica humana es una hormona glicoproteica compuesta por una subunidad alfa compartida con otras hormonas y una subunidad beta única correspondiente al tejido trofoblástico. Tanto para el diagnóstico como para el seguimiento es importante que se realicen con los mismos kits en el mismo laboratorio para evitar las fluctuaciones de los resultados a causa de la utilización de distintas metodologías.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	FONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFBLÁSTICA GESTACIONAL					SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

6.3.2 De imágenes

• ECOGRAFIATRANSVAGINAL

El ultrasonido ha contribuido al diagnóstico precoz del embarazo molar. Este método es más sensible para diagnosticar embarazo molar completo, ya que presenta una característica ecográfica que se deriva del edema de las vellosidades coriónicas y se conoce y se conoce como el "signo de la tormenta de nieve". Esto, sumado al a presencia del crecimiento uterino exagerado y niveles especialmente altos de b-hCG, configuran el diagnóstico del embarazo molar

En la mola hidatiforme parcial se observa áreas locales de cambios trofoblasticos y tejido fetal. Por otro lado, el coriocarcinoma aparece como una masa en utero hipervascular, con un aspecto heterogéneo que se correlaciona con áreas de necrosis y hemorragia.

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios

- RX de Tórax: Útil para descartar presencia de enfermedad a distancia.
- Ecografía abdominal: útil para descartar presencia de enfermedad a distancia.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas:

6.4.2 Terapéutica ETG

1. Evacuación uterina de acuerdo con el protocolo.
- Altura uterina menor o igual a 12 semanas AMEU
- Altura uterina mayor de 12 semanas:

Inducción:

- Solución salina al 0.9% x 1000cc más oxitocina 10UI de 10 a 20gts x Minuto.
- Misoprostol 00ug x vía oral-vaginal (dosis única) 2h antes de la evacuación.

Evacuación en sala de operaciones: Aspiración, LU

2. Histerectomía en pacientes con deseo genésico cumplido.
3. Administrar gammaglobulina anti-D en mujeres Rh negativo, en las primeras 72 horas post evacuación.
4. Seguimiento:
 - Anticoncepción
 - b-hCG semanal hasta obtener 3 resultados negativos, luego mensual hasta completar el año.
 - b-hCG 6 semanas posterior al finalizar el embarazo siguiente.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Derivados del manejo quirúrgico como pueden ser: Evacuación incompleta, desgarro de cuello uterino, hemorragia, perforación uterina, infección pélvica, hematometra agudo, embolia gaseosa, shock neurogénico (reacción vagal), reacción anestésica, amenorrea post AMEU.

6.4.4 Signos de alarma

Derivados de manejo quirúrgico como pueden ser fiebre, dolor intenso, en la zona abdominal, sangrado vaginal abundante, mal olor en la secreción vaginal.

6.4.5 Criterios de Alta

Una vez realizada la evacuación a 24 horas de dicho procedimiento.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

6.4.6 Pronóstico

Depende de la etiología

6.5 COMPLICACIONES:

- Anemia, infección, hipertiroidismo, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia uterina grave, coagulopatía.
- Distrés respiratorio causado por el síndrome de embolización trofoblástica. Insuficiencia cardiaca congestiva
- Perforaciones uterinas

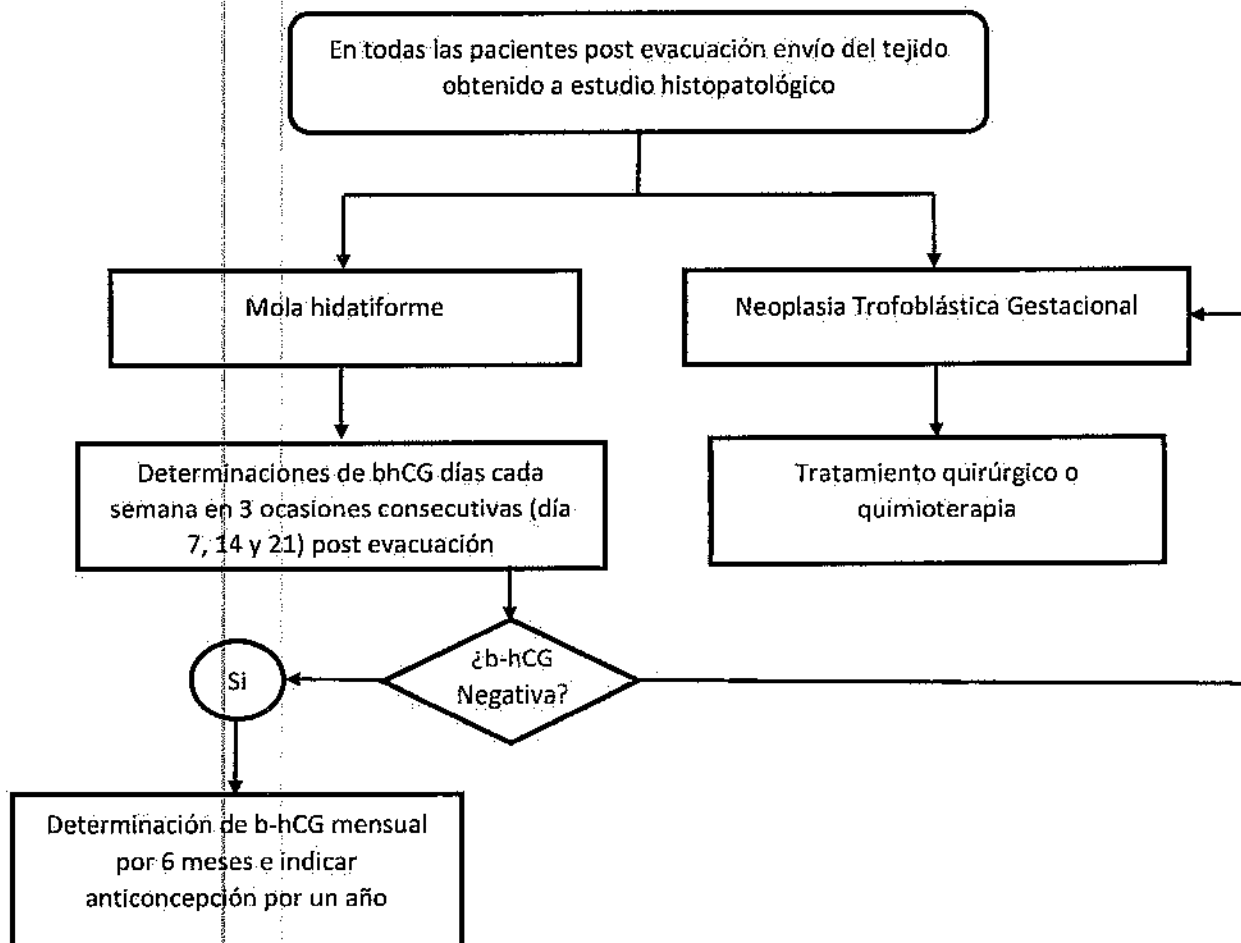
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Neoplasia trofoblástica gestacional metastásica

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA:
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

6.7. FLUXOGRAMA

Algoritmo 1. Vigilancia de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional post evacuación en pacientes sin sospecha de metástasis



ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD TROFBLÁSTICA GESTACIONAL				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guía de práctica clínica y de procedimientos en ginecología*. Lima. 2020. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
2. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología*. 2018. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

I FINALIDAD

Contribuir a la calidad y seguridad de la atención en pacientes con tumores benignos de la mama, que acudan al Hospital San Bartolomé; basándose en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para ellas, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos del hospital.

II OBJETIVO

Establecer el marco normativo para estandarizar los procesos destinados a la atención de las pacientes con tumores benignos de la mama en el Hospital San Bartolomé y promover el uso de esta Guía de manejo Clínico.

III AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Manejo Clínico tiene como ámbito de aplicación el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HONADOMANI San Bartolomé, también podrá servir como referente para los demás establecimientos de salud públicos o privados que brinden atención en todo el país.

IV DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TURMORES BENIGNOS DE MAMA

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA

CODIGO CIE 10: D24

V CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1 DEFINICIÓN

Es un grupo de alteraciones en el tejido mamario que no tiene la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, hábitos nutricionales y estilos de vida.

5.1.1 CLASIFICACION

Se clasifican en no proliferativas y proliferativas, clasificándose estas últimas con atipia y sin atipia. Las lesiones proliferativas sin atipia tienen un riesgo de 1.9 veces de desarrollar cáncer de mama y con atipia de 5.3 veces.

LESIONES PROLIFERATIVAS	NO	LESIONES PROLIFERATIVAS	
Quistes		SIN ATIPIA	CON ATIPIA
Hiperplasia leve o de tipo usual		Adenosis esclerosante	Hiperplasia lobular atípica
Calcificaciones epiteliales		Lesiones radiales y esclerosantes complejas	Hiperplasia ductal atípica
Fibroadenoma		Hiperplasia moderada y florida de tipo usual	
Papila con cambios apocrinos		Papilomas intraductales	

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIAT San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOMÉ"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	
I. GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA						

5.2 ETIOLOGÍA

Las lesiones benignas de la mama tienen etiología idiopática, sin embargo, pueden ser de origen congénito, aberraciones del normal desarrollo e involución de la mama y procesos patológicos secundarios a factores precipitantes externos.

5.3 FISIOPATOLOGIA

La glándula mamaria presenta 3 fases de desarrollo diferenciadas, influenciadas por los niveles circulantes de las hormonas y sus efectos en los ductos, lobulillos y estroma. La fase de desarrollo se produciría hasta los 20 años, entre los 20 y los 40 años existiría una fase de actividad cíclica lobulillar. Después de los 40 años comenzaría la involución de la mama. La mayoría de las lesiones mamarias benignas se desarrollan a partir de alteraciones del proceso fisiológico evolutivo normal de la mama, considerándose aberraciones normales del desarrollo e involución de la mama. La hipertrofia juvenil de la adolescencia sería una alteración en la fase de desarrollo. La mastalgia cíclica y los fibroadenomas aparecerían como un desequilibrio hormonal durante la fase cíclica. Los quistes mamarios, las lesiones esclerosantes fibroticas y la ectasia ductal se desarrollarían durante la fase de involución hasta la menopausia.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Las tumoraciones benignas de la mama constituyen alrededor del 20% de las consultas que se presentan en una unidad especializada de patología mamaria. Actualmente debido a la extensa información sanitaria sobre el cáncer de mama, la mayoría de las pacientes acuden rápidamente a su médico de familia y /o ginecólogo de zona, por la aparición de un "bulto" en la mama, si la paciente es joven (<40 años), la inmensa mayoría de veces se tratará de una lesión benigna de la mama. Dentro de las masas palpables el fibroadenoma es la patología más frecuente en mujeres jóvenes.

La incidencia es difícil de estimar, sin embargo, su frecuencia es mayor que la del cáncer de mama.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Tabaquismo antes del primer nacido vivo
- Estilo de vida sedentario
- Obesidad en la menopausia
- Densidad de la mama
- Paridad tardía (mayor de 30 años) o nuliparidad
- Menarquia temprana (menor de 12 años) o menopausia tardía (mayor de 55 años).

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

- Mastalgia
- Masa palpable
- Nodularidad
- Eritema y ulceración
- Inversión o retracción del pezón
- Descarga del pezón
- Edema o inflamación
- Infección
- Turgencia
- Irritabilidad

6.2 DIAGNOSTICO

a) Enfermedad fibroquistica mamarias o mastopatía fibroquistica:

Concepto:

Son proliferaciones del tejido conjuntivo, del tejido epitelial y con tendencia a la quistificación. más del 50% de las mujeres de 25 a 50 años tiene hallazgos compatibles con el diagnóstico de enfermedad fibroquistica.

Diagnostico:

El diagnostico tiene la base en la anamnesis, exploración clínica. Suele aparecer en mujeres de 25 a 50 años de edad, con masas múltiples, dolorosas palpables que fluctúan con el ciclo menstrual.

Las mamas suelen tener sensibilidad máxima e incremento de volumen más grande justo antes de la menstruación. Los síntomas suelen desaparecer con la menopausia. La mamografía y citología confirman el diagnostico, se puede hacer punción dirigida bajo control ecográfico. La mamografía muestra zonas densas a manera de placas en la fibrosis nodular, en las quísticas y en densidad a manera de copos de nieve en las adenóticas.

Se debe descartar cáncer, si la exploración física revela nodularidad difusa, sobre todo en los cuadrantes superiores externos, sin predominio de una masa. Todo lo que se requiere es una mamografía y la repetición de la exploración en el siguiente ciclo menstrual. Si se identifica una masa es imperativa una biopsia si no se resuelve en forma espontánea.

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
---	--	---------------------------------------

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORARIAT San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA						

Tratamiento:

Las medidas de autocuidado pueden incluir la restricción de la grasa dietaria a aproximadamente el 25% del total de la ingesta diaria calórica y la supresión de la ingesta de cafeína. Es importante hacer un autoexamen de mamas mensualmente y usar sostén adecuado que brinden a los senos un buen soporte. La eficiencia de la vitamina E, de la vitamina B6 en algunos casos puede ser útil. Se pueden recetar los anticonceptivos orales, ya que usualmente disminuyen los síntomas. El medico puede prescribir un andrógeno sintético en casos severos, cuando se considere que su beneficio potencial es mayor que sus posibles efectos negativos.

b) Quistes:

Concepto:

Son tumoraciones mamarias de contenido liquido cuyo mecanismo de formación, historia natural y patogénesis son desconocidas. Los quistes mamarios pueden ser palpables o no palpables, simples o complejos.

Diagnostico:

Es una afectación propia de mujeres en la pre perimenopausia (40 a 50 años), aunque pueden aparecer a cualquier edad, raro antes de los 20 años y excepcionalmente en la menopausia.

Por mamografía, la imagen nodular es bien delimitada y desplaza las estructuras vecinas.

Por ecografía la ausencia de ecos en su interior habla a favor de que su contenido es líquido.

La punción con aguja fina, mejor guiada por la ecografía, obtendrá el liquido que va desde acuoso, pasando por pajizo y marrón, hasta hemática.

La citología de los quistes mamarios es de una gran precisión diagnóstica, con sensibilidad y especificidad muy altas.

Tratamiento:

Su tratamiento consiste en la punción evacuación del liquido en quistes simples sintomáticos, palpables y quistes complejos, estudio citológico del líquido aspirado.

Quistes simples: control clínico y ecográfico a los 6 meses.

c) Papiloma intraductal:

Concepto:

Es una lesión benigna, por lo general solitaria y que surge en un conducto primario cerca del pezón, en localización subareolar.

Diagnostico:

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	---	--

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

El diagnóstico se da por la descarga del pezón, se realiza merced a la exploración clínica, que debe practicarse a punta de dedo, siguiendo las horas del reloj y detectando una pequeña nodulación que al ser comprimida produce la descarga sanguinolenta, el cual se toma para hacer un estudio citológico.

Tratamiento:

La escisión local de la lesión y el conducto del que surge es el tratamiento ideal.

d) Fibroadenoma:

Concepto:

Son los tumores benignos más frecuentes de la mama, suelen presentarse en mujeres jóvenes de 20 a 40 años generalmente en forma única y puede presentarse en el embarazo.

Diagnostico:

El diagnóstico es clínico a la palpación. Casi todos los tumores miden de 2 a 5 cms de diámetro, pero pueden alcanzar dimensiones muy grandes.

A la exploración física son de forma esférica o alargadas, lobulado, de consistencia firme, lisos con límites bien definidos y móviles. Habitualmente son no dolorosos. Se suelen confirmar con ecografía mamaria.

Tratamiento:

El tratamiento es tumorectomía en pacientes sintomáticos, el cual se envía al servicio de patología para su confirmación.

e) Tumor filolide benigno:

Concepto:

Son proliferaciones fibroepiteliales caracterizadas por un estroma hiper celular combinado con un componente epitelial de hendiduras de revestimiento o quistes.

Diagnostico:

Se presentan en la quinta o sexta década de la vida. Estas lesiones rara vez son bilaterales y casi siempre aparecen como masas aisladas. El tratamiento no es un criterio diagnóstico, aunque tienden a ser más grandes que los fibroadenomas.

La mamografía muestra zonas densas a manera de placas en las fibrosis nodulares, según la patología los tumores filoides se clasifican como benignos, limítrofes y malignos.

Se utilizan los criterios histopatológicos que describen las características del componente estromático para ayudar a distinguir entre lo maligno y lo benigno.

Tratamiento:

Escisión local amplia.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA					SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

Mastectomía en tumores masivos por el riesgo de infiltración.

La disección de ganglios axilares no esta indicada.

6.3 EXAMENES AUXILIARES

- Ecografía: sensibilidad 85.48% especificidad 90.69%
- Mamografía: sensibilidad 98.51% especificidad 94.74%
- BAAF: sensibilidad 88% especificidad 98%
- Biopsia tru-cut
- Biopsia incisional, excisional
- Citología de descarga de pezón
- Dosaje de prolactina sérica

6.4 MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

De acuerdo a patología y guía.

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

MEDIDAS GENERALES:

Realizarse auto examen de mama mensual.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

Realizarse mamografía a partir de los 35 años con factores de riesgo.

6.4.2 TERAPEUTICA

Según diagnóstico 6.2.

6.4.3 PRONOSTICO

En general es bueno, sin embargo es importante que las pacientes con tumores benignos se sometan regularmente a exámenes de los senos o estudios por imágenes para asegurarse de que dichos tumores no estén creciendo. A veces, después de la extirpación quirúrgica de un tumor benigno, pueden aparecer uno o varios nuevos. Esto significa que se ha formado otra tumoración nueva y no que la anterior haya reaparecido.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Luego de las cirugías de extirpación de tumores benignos puede presentarse flogosis y/o secreción de zona operatoria, crecimiento acelerado y múltiple de los fibroadenomas, mastodinia.

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADO MANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

La paciente será contrareferida a centro de salud una vez resuelto el manejo quirúrgico.

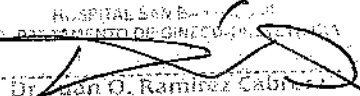
6.5 COMPLICACIONES

- Infecciones
- Cáncer de mama

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Servicio de ginecología oncológica y mamaria.

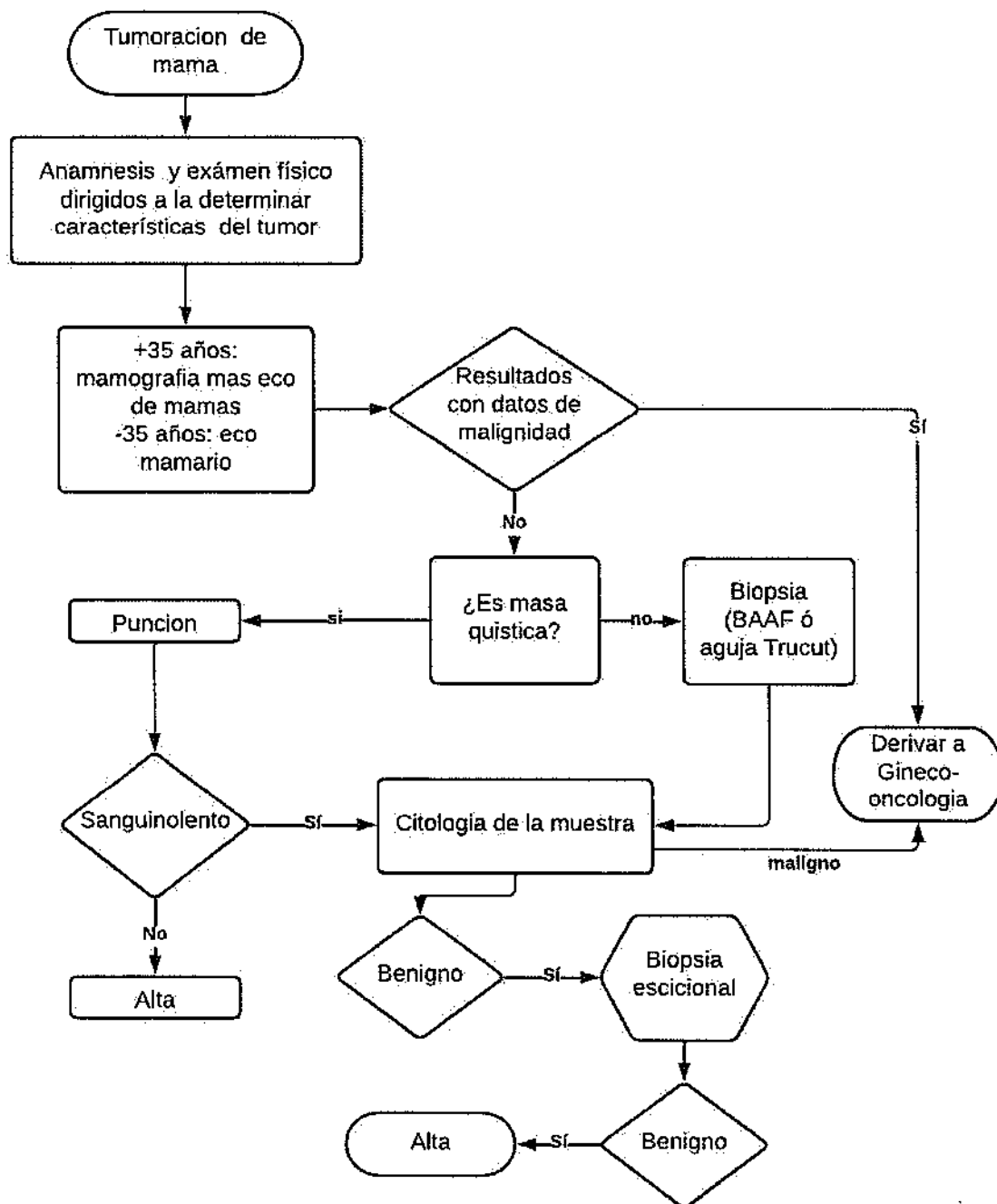
ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Ginecología y Obstetricia

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA
	I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA			

6.7 FLUXOGRAMA

TUMOR PALPABLE DE MAMA



ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO. OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	--	--

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO MANE San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA					

VII ANEXOS

MASTITIS GRANULOMATOSA

La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad rara, poco común, benigna, crónica, no neoplásica de la mama, de etiología desconocida, que fue descrita por primera vez por kessler y wolloch en la literatura en 1972.

Etiología:

Asociado a procesos autoinmunes, poliartitis, eritema nodoso e incluso a la toma de anticonceptivos orales y al consumo de tabaco. Se sugiere un origen autoinmune o una respuesta inmune de origen local a la extravasación de secreciones lácteas desde los lobulillos, provocando una reacción a cuerpo extraño.

Diagnóstico:

Características propias del tumor:

- Flogosis, eritema, inflamación
- Bordes imprecisos, ulcerativos
- Fijos, asimétricos con áreas sólidas y blandas
- Inversión del pezón
- Formación de fistulas y abscesos
- Masa dura, unilateral 57%
- Mastalgia 33%
- Adenopatías axilares

Métodos auxiliares:

-Ecografía

- Mamografía:

- Imagen de tumor o pseudotumor
- Aumento de la densidad focalizado
- Bordes no definidos
- No calcificaciones
- BIRADS 2

- Biopsia: Aspiración, trucut, incisional, escisional

Diagnóstico Diferencial:

- Ectasia ductal con mastitis periductal
- Necrosis grasa
- Reacción a cuerpo extraño
- Brucelosis

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO MANE San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA					SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	

- Toxoplasmosis
- Amiloidosis
- Enfermedad de paget
- Mastopatía diabética
- Reacción granulomatosa
- Mastitis tuberculosa

Tratamiento:

Tratamiento quirúrgico:

Tumorectomía

Curaciones por 3 -4 semanas (diarias/interdiarias)

Cierre de herida operatoria en segunda intención.

Tratamiento médico:

- Tiempo: 2 meses
- Corticoides: prednisona
 - 30mg/día/10 días
 - 20mg/día/10 días
 - 10mg/día/10 días
 - 5mg/día/30 días

Anatomía patológica:

- 1.- Células gigantes M a cuerpo extraño + C. plasmáticas
- 2.- Células gigantes M a cuerpo extraño
- 3.- C. gigantes M. tipo Langhans
- 4.- C. gigantes M. a cuerpo extraño + ectasia ductal
- 5.- C. gigantes M. tipo Langhans + C. G M a cuerpo extraño
- 6.- C G M tipo Langhans + C. plasmáticas
- 7.- Mastitis crónica lobulillar
- 8.- Hiperplasia ductal + infiltrado crónico

ELABORADO POR: SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	REVISADO POR: DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	VIGENCIA ENERO 2022- ENERO 2025
--	---	--

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
1.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

AGENTES CAUSALES MÁS FRECUENTES DE MASTITIS NO PUERPERAL

TIPO DE MASTITIS	AGENTE CAUSAL
Mastitis periductal	Enterococos, estreptococos, anaerobios, estafilocococs y bacteroides
Mastitis superficial	Estafilococos y estreptococos
Mastitis granulomatosa	De origen idiopático
Absceso de glándula de Montgomery	Pseudomonas aeruginosas, Proteus sp., Estreptococo y estafilococo

ANTIBIOTICO TERAPIA USADA EN LA MASTITIS NO PUERPERAL

Medicamento	Dosis/mg	Vía de administración	Frecuencia	Duración/ días
Ciprofloxacina	250/500	Vía oral	Cada 12 horas	10-14
Clindamicina	300/600	Vía oral	Cada 8 horas	10-14
Amoxicilina/ ac clavulanico	500/120	Vía oral	Cada 8 horas	10-14
Cefalexina	500	Vía oral	Cada 8 horas	10-14
Cefalotina	1g	Vía intravenosa	Cada 8 horas	10-14
metronidazol	500	Vía oral	Cada 8 horas	10-14

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022-ENERO 2025

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Depto. Gineco-Obstetricia

	PERÚ	Ministerio de Salud	HONORADO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE LA MAMA						

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEREK, JONATAN S. GINECOLOGIA ONCOLOGICA PRACTICA, CUARTA EDICION, MC GRAW-HILL. INTERAMERICANA 2006.
2. ACOG COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRACTICE COMMITTEE OPINION. ROLE OF THE IN THE SCREENING AND DIAGNOSIS F BREAST MASSES. OBSTETRICIAN- GYNECOLOGYIST. VOL. 107,Nº 5, MAY 2006:1213-1220.
3. ACOG, COMMITTEE ON GYNECOLOGIC PRCATICE. COMMITTEE OPINION BREAST CONCERNS IN THE ADOLESCENT. NUMBER 350, NOVEMBER 2006: 1329-1336.
4. DARLENE M, MITENBURG MD, V.O. SPEIGHTS, JR. DO. BENIGAN BREAST DISEASE. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY CLINICALS OF NORTH AMERICA. 35 (2008): 285-300.
5. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI) HEALTH CARE GUIDELINE: DIAGNOSIS OF BREAST DISEASE. TWETH EDITION JANUARY 2008:1-47 WWW.ICSI.ORG
6. JOHN V. KILUK, MD, GEZA ACS, MD, PHD, AND SUSAN J. HOOVER, MD. FACS. HIGH-RISK BENIGN BREAST LESIONS: CURRENT STRATEGIES IN MANAGEMENT. CANCER CONTROL, OCTOBER 2007, VOL 14, Nº4. PP 321-329.
7. LOSTUMBO L, CARBINE N, WALLACE J, EXXO J, MASTECTOMIA PROFILACTICA PARA LA PREVENCION DEL CANCER DE MAMA. BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, 2008. REVISION SISTEMATICA.
8. MARIA J. WORSHAM, JUDITH ABRAMS, USHA RAJU, ET ALL. BREAST CANCER INCIDENCE IN A COHORT OF WOMEN WITH BENIGN BREAST DISEASE FROM A MULTI-ETHNIC, PIMARY HEALTH CARE POPULATION. BREAST J 2007;13(2):115-121.COHORTE.
9. NONPALPABLE BREAST MASSES. NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE, FEBRUARY, 2006. [HTTP://WWW.GUIDELINE.GOV/ABOUT/INCLUSION.ASPX](http://WWW.GUIDELINE.GOV/ABOUT/INCLUSION.ASPX). (NGC)
10. UMHS BREAST PROBLEM GUIDELINE, GUIDELINES FOR CLINICAL CARE. UNIVERSITY OF MICHIGAN HEALTH SYSTEM. OCTOBER, 2007. DISPONIBLE EN: [HTTP://CME.MED.UMICH.EDU/PDF/GUIDELINE/BREAST.PDF](http://CME.MED.UMICH.EDU/PDF/GUIDELINE/BREAST.PDF)
11. VERA ROSOLOWICH, SAELTTLER ELIZABETH, MD, SXUCK, SOGC CLICAL PRACTICE GUIDELINE. MASTALGIA. JANUARY IOGC, 2006: 49-57. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.SOGC.ORG/](http://WWW.SOGC.ORG/)
12. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION. MEXICO. SECRETARIA DE SALUD. 2009

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	VIGENCIA
SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	ENERO 2022- ENERO 2025

	PERÚ Ministerio de Salud	HONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA
I. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO				

I FINALIDAD

Estandarizar la clasificación, el diagnóstico y manejo de los tumores benignos de ovario.

II OBJETIVO

Realizar un diagnóstico certero y manejo oportuno de los tumores benignos de ovario.

III AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Manejo Clínico tiene como ámbito de aplicación el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HONADOMANI San Bartolomé, Servicio de Ginecología.

IV DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO

4.1 NOMBRE Y CODIGO:

TUMORES BENIGNOS DE OVARIO CODIGO CIE 10: N83.2

V CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1 DEFINICIÓN

Los tumores anexiales benignos son formaciones frecuentes, localizadas en el ovario, trompa de Falopio, ligamento ancho y restos embriológicos. En su gran mayoría asintomáticos, muchas veces diagnosticados de manera incidental; que por su condición no tienen capacidad de invasión, ni local, ni a distancia. Aunque el diagnóstico de benignidad puede ser evidente, sólo el seguimiento y/o el estudio patológico son confirmatorios, por ello actualmente se recomienda utilizar el término de tumoraciones anexiales presumiblemente benignas.

5.2 ETIOLOGÍA

Tenemos los tumores ováricos funcionales y los no funcionales, llamados también estructurales u orgánicos.

Los tumores funcionales se forman por una alteración del ciclo ovárico normal, específicamente de la ovulación, conformando los quistes ováricos funcionales.

Los tumores estructurales se forman de la proliferación celular de diferentes estirpes celulares que conforman el ovario. No presentan invasión tisular, por lo que también se les denomina quistes ováricos neoplásicos benignos.

5.3 FISIOPATOLOGIA

- Las formaciones anexiales funcionales se deben a una alteración del ciclo ovárico normal.
- El agrandamiento quístico fisiológico del ovario puede ocurrir como:
 - Consecuencia de la falla de la ruptura folicular.
 - Consecuencia de la falla en la regresión del cuerpo lúteo.
- En general, los quistes de ovario funcionales regresionan espontáneamente. Son generalmente asintomáticos y temporales.

[Firma manuscrita]
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 HONADOMANI San Bartolomé

	PERÚ Ministerio de Salud		HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO				

- Las formaciones anexiales no funcionales suelen persistir y tener crecimiento lento pero progresivo. En estos, su génesis se debe a una proliferación celular específica, que sigue un patrón de crecimiento ordenado, sin atipia celular y por ende no presenta invasión tisular.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

- La Prevalencia de las masas anexiales en la población general es de 0.17% al 5.9% en la mujer asintomática y del 7.1% al 12% en la mujer sintomática.
- El 80% de las masas ováricas en la mujer menor de 45 años son hormonodependientes (quistes funcionales o endometriomas), mientras que el 8% son neoplasias ováricas benignas (teratomas, cistoadenomas) y sólo el 0.4% son carcinomas.
- En una postmenopáusica, la prevalencia del cáncer de ovario es 0.1%, y la prevalencia de masas benignas probadas por patología está entre el 0.8% a 1.8%.
- El riesgo de malignidad en mujeres con quistes simples es de 0.1%. Más de la mitad de los quistes se resolverán espontáneamente en 60 días; la frecuencia de la malignidad en pacientes con tumores de ovario complejos que persisten es del 6.1%.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Mujeres en edad reproductiva.
- Tabaquismo.
- El uso de tratamientos de reproducción asistida.
- El uso de anticonceptivos de sólo progestágenos.
- El uso de tamoxifeno.

5.5.1 MEDIO AMBIENTE

No aplica.

5.5.2 ESTILOS DE VIDA

El tabaquismo es uno de los pocos factores de riesgo que han sido identificados para los quistes funcionales ováricos.

5.5.3 FACTORES HEREDITARIOS

Los factores de riesgo no están claros. Para el cáncer de tipo epitelial podrían sugerirse: Historia familiar de cáncer de ovario. Mutaciones del gen BCRA1 y BCRA2.

VI CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 SIGNOS Y SINTOMAS

- La gran mayoría son asintomáticos.
- Dolor pélvico y/o abdominal, que puede ser cíclico o no.
- Sangrado uterino disfuncional.
- Anemia.
- Aumento de tamaño abdominal.
- Síntomas por compresión local, de acuerdo al tamaño tumoral, por ejemplo

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO MANE San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA

síntomas urinarios o digestivos bajos.

- Un cuadro de abdomen agudo por torsión anexial.

Examen físico

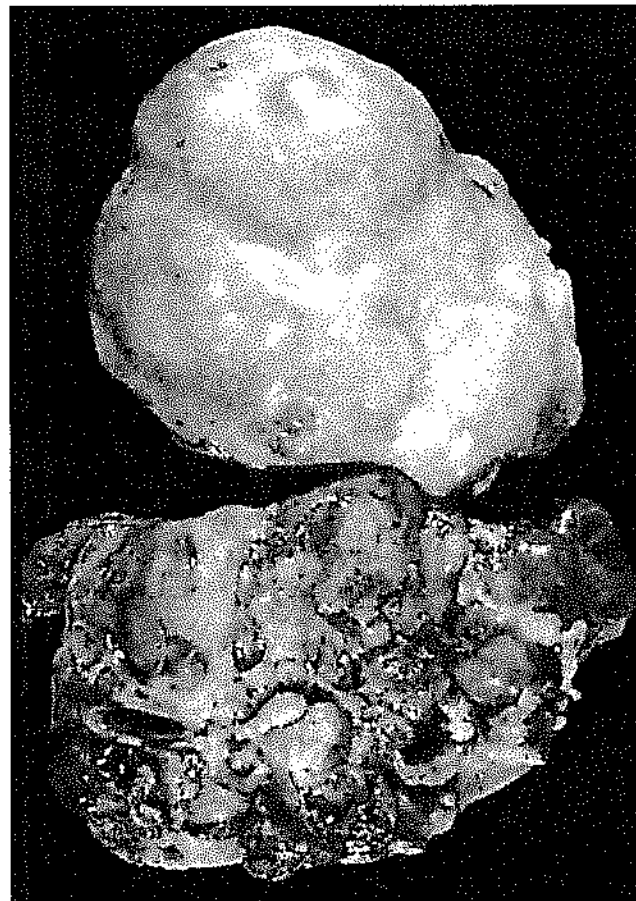
- Se inicia con un examen general, que incluya los signos vitales.
- El examen ginecológico habitual, que puede incluir el tacto rectal.
- Algunas veces será necesario un examen ginecológico bajo anestesia.
- Es muy limitado en pacientes obesas (IMC > 30).

6.1.2 INTERACCION CRONOLOGICA

- ANAMNESIS
 - Peso al nacer.
 - Antecedente de adrenarquia prematura, Diabetes en la familia, presenciade tumores de ovario en otros miembros de la familia.
- EXAMEN FISICO GENERAL
 - Presencia de caracteres sexuales en prepuberales.
 - Tratar de precisar la presencia de masa tumoral en abdomen.
- EXAMEN GENITAL
 - Mamas. Desarrollo mamario en prepúberes.
 - Vulva. Signos de estrogenización en prepúberes.
 - Sangrado anormal en adolescentes.

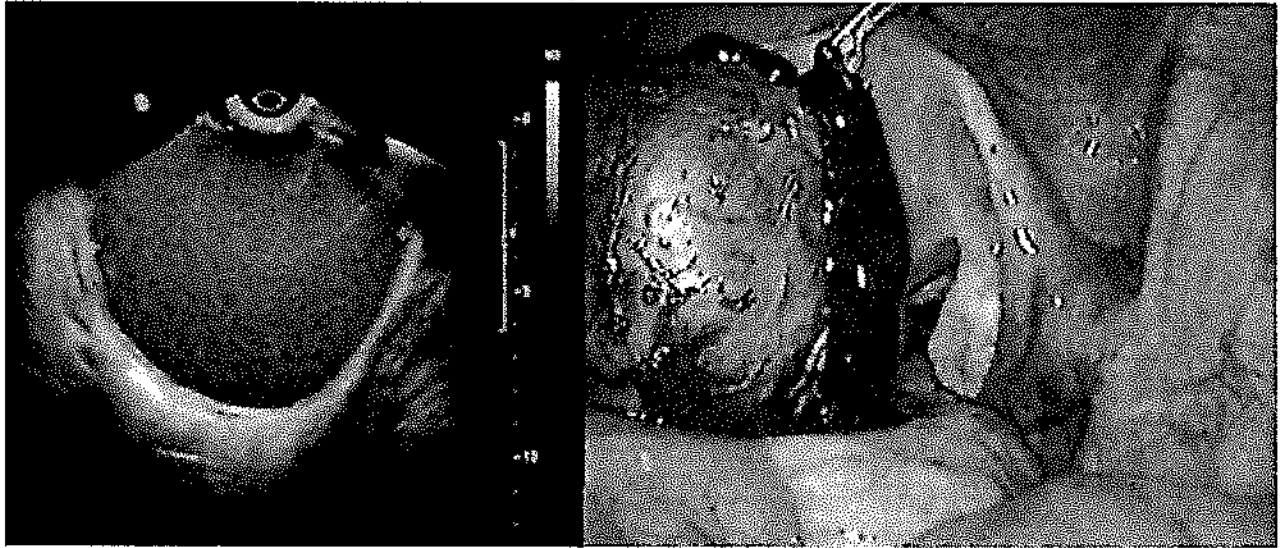
6.1.3 GRAFICOS, DIAGRAMAS, FOTOGRAFIAS

TERATOMA OVÁRICO



	PERÚ Ministerio de Salud	HONORADO San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
1.	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA

ENDOMETRIOMA



CISTOADENOMA SEROSO



HOSPITAL SAN BARTOLOME
D. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan D. Ramirez Cabrera
Jefe del Dept. Gineco-Obstetricia
CNP 24374 RDE 14921

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

VIGENCIA

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORABLE CONSEJO DE SALUD	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO				SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

Deben considerarse como factores de malignidad o benignidad los siguientes:

- Edad de la paciente:
 - Premenopáusica: Mayor probabilidad de benignidad.
 - Postmenopáusica: Mayor probabilidad de malignidad.
- Antecedentes.
- Cuadro clínico.
- Estudios por imágenes.
- Marcadores séricos.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

a) Quistes ováricos funcionales.

- Quiste folicular.
- Quiste del cuerpo lúteo.
- Quiste teca-luteínico.

b) Tumores ováricos benignos.Epiteliales:

- Cistoadenoma seroso.
- Cistoadenoma mucinoso.
- Tumores de células transicionales (de Brenner).

Células germinales:

- Teratoma quístico maduro.
- Struma ovarii.

Células estromáticas:

- Tecomas.
- Fibromas.

c) Otros Tumores ováricos.

- Endometrioma.

d) De las Trompas de Falopio.

- Hidrosalpinx.
- Abscesos tubo-ováricos.

e) Extraováricos.

- Quistes de inclusión peritoneal.

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIAT San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG 
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA

6.3 EXAMENES AUXILIARES:

- Ante la sospecha de embarazo solicitar B HCG cuantitativo.
- **Ultrasonido:**

La ecografía transvaginal es el examen auxiliar, de imagen, de primera línea para caracterizar los tumores grandes (nivel de evidencia 2).

Se recomienda el uso de la terminología estandarizada IOTA (Grado de recomendación A). Aplicando las reglas IOTA se pueden clasificar el 80% de las tumoraciones bajo la realización de la ecografía en manos expertas.

El Doppler mejora la especificidad en el diagnóstico de masas con sospecha de malignidad.

- **Resonancia Magnética:** es una prueba de imagen de segunda línea, ante la duda diagnóstica luego de la ultrasonografía.
- **Tomografía Computarizada.**
- **Marcadores Tumorales:** el objetivo es descartar malignidad, con mayor utilidad en el seguimiento de tumores malignos.
 - **CA 125:** Útil en pacientes postmenopáusicas. (nivel de evidencia 1). Está elevado en el 80% de todas las pacientes con cáncer de ovario epitelial.

El nivel máximo de normalidad es de 35 UI/mL para pacientes post-menopáusicas y de 200 UI/mL para premenopáusicas. Puede estar elevado en endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo. Otros marcadores como AFP, B-HCG, DHL, sirven para definir tumores de estirpe germinal,

6.3.1 DE PATOLOGIA CLINICA

- Laboratorio de rutina. Hemograma, grupo y factor, glucosa basal, urea, creatinina, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, VDRL, AgSHVB, HIV, examen de orina completo.

6.3.2 DE IMÁGENES

- **ECOGRAFIA PELVICA:** Es la primera modalidad de imágenes utilizada para identificar y caracterizar masas anexiales.
 - En la ecografía se visualiza el tamaño y las características de la masa anexial, con características de benignidad o malignidad según el caso. El grupo International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) propone reglas B características de benignidad y reglas M características de malignidad para la clasificación ecográfica de los tumores de ovario.
- **ECOGRAFIA DOPPLER:** Es una herramienta adicional a la caracterización morfológica que determina el flujo vascular presente en la lesión y el patrón de onda espectral para evaluar el grado de resistencia arterial en la misma masa hipervascularizada o flujo vascular en proyecciones papilares.
- **RESONANCIA MAGNETICA:** Se utiliza principalmente como herramienta para la resolución de problemas cuando hay una masa anexial ecográficamente indeterminada. Resulta particularmente útil, por su gran caracterización tisular. Debe solicitarse con contraste endovenoso Gadolinio, excepto contraindicaciones embarazo,

	PERÚ Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

insuficiencia renal. La secuencia T1 con supresión grasa permite el diagnóstico diferencial entre el componente hemático y el tejidograso.

- **TOMOGRAFIA COMPUTADA:** No es de elección en la evaluación de masas anexiales por ser un método con radiación ionizante y de menor resolución-caracterización tisular.

6.3.3 DE EXAMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

- **CA125:** Se trata de una glicoproteína de alto peso molecular que se expresa en los tumores epiteliales de ovario, sobre todo los de tipo seroso.
- **CA 19.9:** Este marcador se encuentra elevado >40U/ml en el 83% de las pacientes con tumores de tipo mucinoso.
- **BHCG y AFP.** La B-coriogonodotropina humana y la α -fetoproteína es el marcador ideal del tumor del seno endodérmico y también se encuentra aumentado en los teratomas y los disgerminomas. La B-coriogonodotropina humana está elevada en los carcinomas embrionarios y el coriocarcinoma.
- **Deshidrogenasa láctica HDL.** Se incrementa en el disgerminoma.
- **La hormona folículo estimulante FSH y Estradiol.** Pueden ayudar a distinguir la producción de estrógenos debido a un quiste funcional de una verdadera pubertad precoz.

6.4 MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Las masas anexiales deben ser manejados en instituciones a partir de complejidad II, dado que es resolución de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Ante la derivación de la paciente por sospecha de malignidad, el manejo es por Institución de complejidad III, dado que se necesita la evaluación y manejo de la Subespecialidad de Ginecología Oncológica.

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

- Evaluación de signos vitales y estabilización de ser el caso.
- Manejo del dolor.
- Si no requiere manejo quirúrgico de inicio, es indispensable el control y seguimiento clínico y ultrasonográfico.
- El uso de anticoncepción hormonal puede ser administrado como método contraceptivo, o para el manejo del sangrado uterino disfuncional que se suele asociar a los quistes funcionales.

6.4.2 TERAPEUTICA

- **Masa anexial quística de aspecto benigno menor 10cm y asintomático:**
 - Se sugiere **observación y seguimiento**, por 60 días.
 - Pasado el tiempo límite, si persiste o crece la masa, o se torna sintomático, procede el manejo quirúrgico laparoscópico o por laparotomía.
- **Masa anexial quística mayor de 10cm, o masa sólida:**
 - Manejo quirúrgico: El abordaje será por laparoscopia o laparotomía.

 PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES CON EL TRATAMIENTO

- En pacientes en edad reproductiva, las cirugías de ovario están relacionados a una disminución de la reserva ovárica.
- Síndrome adherencial.
- Dolor pélvico crónico.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA

Cambios hemodinámicos en la paciente, signos de obstrucción intestinal, abdomen agudo.

6.4.5 CRITERIOS DE ALTA

- Resuelto los signos y síntomas de la paciente, será dada de alta.
- En cirugía laparoscópica el alta será a las 24 horas.
- En la laparotomía el alta será a las 72 horas.
- Al alta se indicará analgésicos, control a la primera semana de la intervención quirúrgica.

6.4.6 PRONOSTICO

Es favorable por tratarse de masas benignas. Se tiene que corroborar con los resultados de anatomía patológica.

6.5 COMPLICACIONES

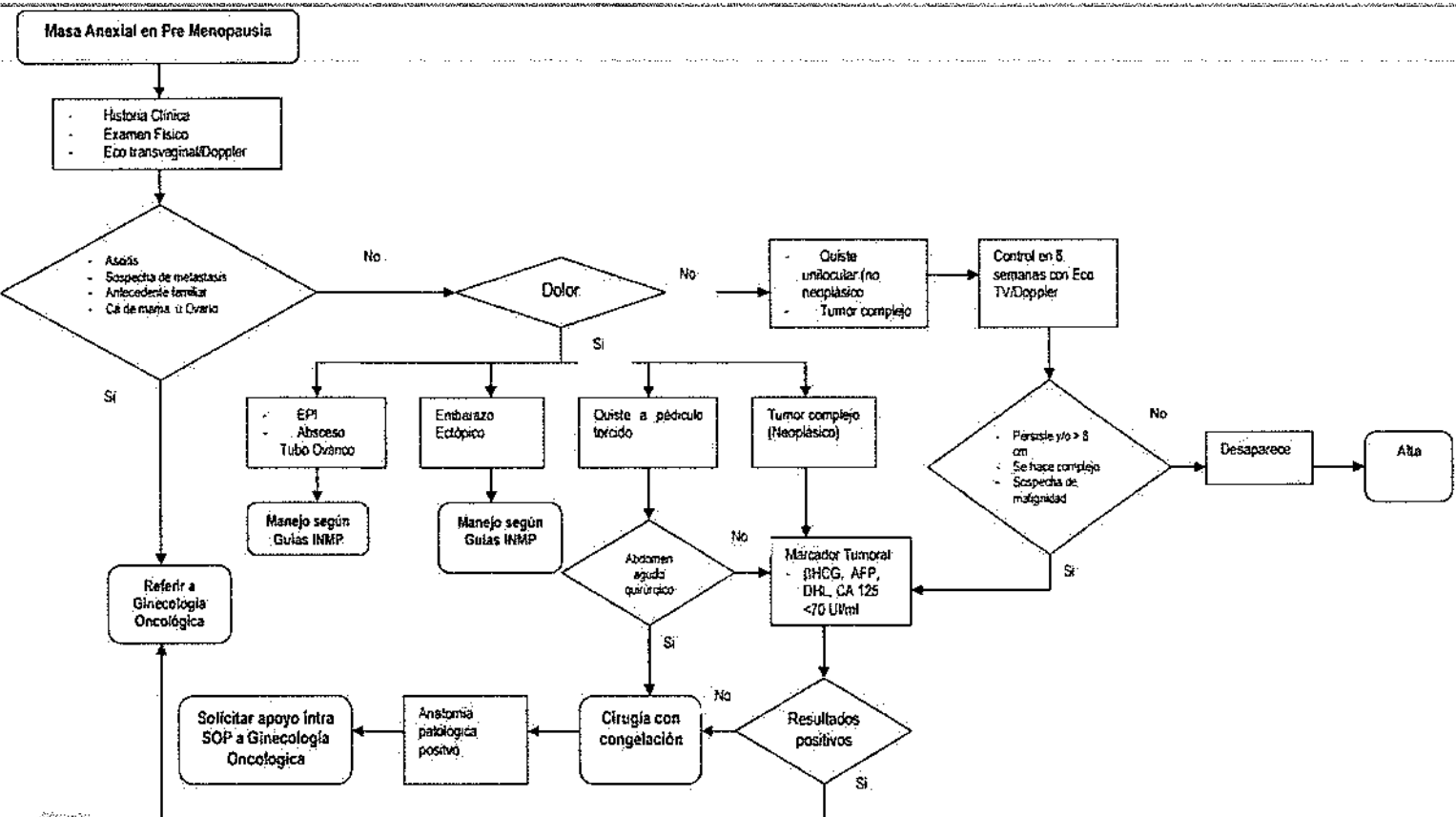
- Torsión anexial.
- Ruptura de quiste.
- Hemorragia.
- Infección.
- Compresión.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Cuando haya criterios de malignidad, referir a la Unidad de Ginecología Oncológica.

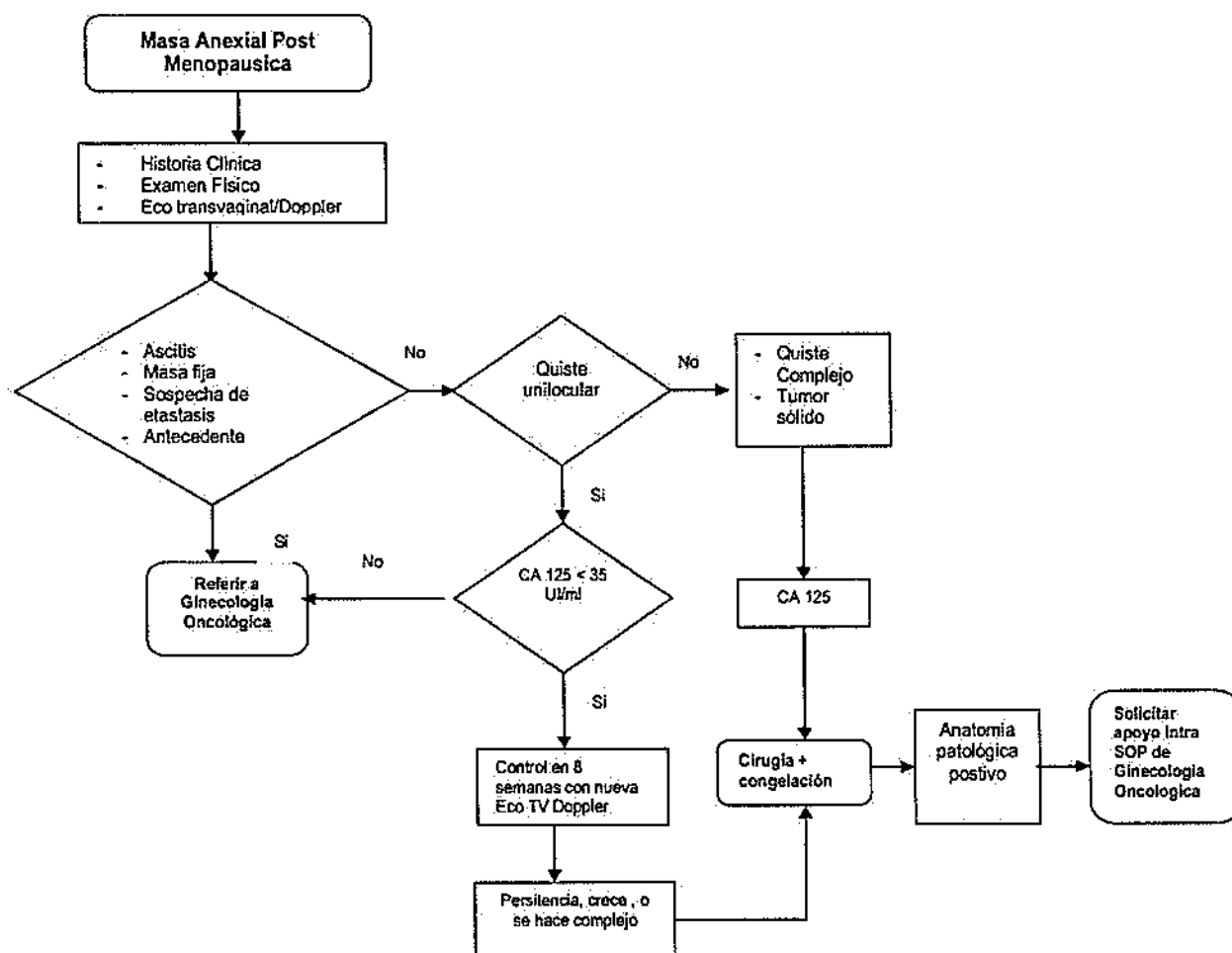
HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Médico del Depto. Ginecología, Obstetricia
CERP 24274 RNE 14521

6.7 FLUXOGRAMA



© 2010

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIO SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA



HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Dr. Juan G. Ramirez Castro
Jefe del Dpto. Ginecología-Obstetricia
C.M.P. 24474. B.N.E. 13561

	PERÚ Ministerio de Salud	FONADOMANI San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

VII ANEXOS

ANEXO 1: 10 reglas simples para la identificación de tumores benignos o malignos, propuestos por el grupo IOTA.

Reglas simples
Reglas B
Para considerar BENIGNO debe incluir al menos 1 B, pero ninguna M
B1. Unilocular
B2. Presencia de componentes sólidos donde el mayor tiene un diámetro < 7 mm
B3. Presencia de sombra acústica
B4. Tumor multilocular, de bordes regulares, con diámetro < 100 mm
B5. Sin señal Doppler color – Puntaje color 1
Reglas M
Para considerar MALIGNO debe incluir al menos 1 M
M1. Tumor sólido irregular
M2. Presencia de ascitis
M3. Al menos 4 estructuras papilares
M4. Tumor sólido, multilocular, de bordes irregulares, con diámetro > 100 mm
M5. Señal vascular muy intensa – Puntaje color 4

MALIGNO: ≥ 1 Criterio de Malignidad, No Criterios de Benigno. BENIGNO: ≥ 1 Criterio de Benignidad, No Criterios de Malignidad. NO CLASIFICABLE: Cumple ambos criterios o ninguno.

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Dr. Juan G. Ramírez Cordero
Ginecología

	PERÚ	Ministerio de Salud	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.		GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO	SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA		

ANEXO 2: GUÍAS DE MANEJO DE MASA ANEXIAL

La junta de opinión ACOG/SGO recomienda referir una paciente al ginecólogo oncólogo para su manejo bajo las siguientes circunstancias:

1. **Paciente premenopáusica** con masa pélvica con sospecha de malignidad portener al menos uno de los siguientes indicadores:

- CA 125 muy elevado (ej. >200 U/ml).
- Ascitis.
- Evidencia de metástasis abdominal o a distancia.
- Antecedentes familiares de uno o más parientes de primer grado con cáncer de ovario o de mama.

2. **Paciente postmenopáusica** con masa pélvica con sospecha de malignidad portener al menos uno de los siguientes indicadores:

- CA 125 elevado.
- Ascitis
- Masa pélvica nodular o fija.
- Evidencia de metástasis abdominal o a distancia.
- Antecedentes familiares de uno o más parientes de primer grado con cáncer de ovario o de mama.

Recomendaciones de las Guías de la Junta de Opinión del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras / y de la Sociedad de Ginecólogos Oncólogos (ACOG/SGO).

a. Debemos basarnos en:

- Examen físico.
- Estudios por Imágenes: Ultrasonido TV Doppler color/ Pélvico-abdominal.
- Antecedentes familiares.
- Determinación del CA 125.

b. En especial, debe referirse una paciente al Ginecólogo Oncólogo cuando:

- Paciente postmenopáusica con CA 125 elevado (>35U/ml).
- Paciente con masa pélvica nodular o fija.
- Paciente con evidencia de enfermedad metastásica.
- Paciente con ascitis.
- Paciente con antecedentes familiares de cáncer de mama o cáncer de ovario.
- Paciente premenopáusica con CA 125 mayor de 67 ó 200U/ml.

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
Dr. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe de Servicio Ginecología
REVISADO POR

ELABORADO POR

VIGENCIA

	PERÚ Ministerio de Salud	HONORABLE SAN BARTOLOME	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG	
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO			SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

ANEXO 3: Manejo de los quistes ováricos de acuerdo al tamaño: "la regla 1-3-5-7-10".

Tamaño (cm)	Definición
1	Umbral que determina el estado de quiste en mujeres postmenopáusicas o niñas prepúberes.
3	Umbral que determina el estado de quiste en mujeres en edad fértil.
5	Umbral por debajo el cual el quiste es casi seguro benigno; independientemente de la ecogenicidad y en ausencia de factores de riesgo.
7	Umbral por encima del cual se recomienda la resonancia magnética, ya que es difícil la evaluación completa por el ultrasonido.
10	Umbral por debajo del cual es posible el manejo conservador, en el caso de quistes anecoicos asintomáticos y en ausencia de factores de riesgo.

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Dr. Rosa O. Romero Caballero
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Edad 24/74 - RNE 14871

 PERÚ Ministerio de Salud	HONORARIOS San Bartolomé	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE, MADRE NIÑOS "SAN BARTOLOME"	DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA ABRAHAM LUDMIR GRIMBERG
I.	GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES BENIGNOS DE OVARIO	SERVICIO DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA	

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG Practice Bulletin. Management of Adnexal Masses. Clinical Management Guidelines For Obstetrician-Gynecologists. Obstetrics & Gynecology. Number 83, 2007; 110: 201-214.
2. Goustout R, Brewer M. Guidelines for Referral of the Patient With an Adnexal Mass. Clinical Obstetrics And Gynecology. 2006; 49: 448-458.
3. Hilger W, et al. Laparoscopic Management of the Adnexal Mass. Clinical Obstetrics And Gynecology. 2006; 49: 535-548.
4. Imaging Of Benign Adnexal Masses; Characteristic Presentations On Ultrasound, Computed Tomography, And Magnetic Resonance Imaging. Clinical Obstetrics And Gynecology. 2009; 52: 21-39.
5. ACOG Committee on Gynecologic Practice. The role of the generalist obstetrician-gynecologist in the early detection of ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2002; 87. 237-239.
6. Padilla LA, Radosevich DM, Millad MP. Accuracy of the pelvic examination in detecting adnexal masses. Obstet Gynecol. 2000; 96:593-598.
7. Padilla LA, Radosevich DM, Millad MP. Limitations of the pelvic examination for evaluation of the female pelvic organs. Int J Gynaecol Obstet 2005; 88:84-8.
8. Modesitt SC, Pavlik EJ, Ueland FR, et al. Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 centimeters in diameter. Obstet Gynecol. 2003; 102. 594-599.
9. Roman LD. Small cystic pelvic masses in older women. Is surgical removal necessary. Gynecol oncol. 1998; 69. 1-2.
10. Van Nagell JR, DePriest PD. Management of adnexal masses in postmenopausal women. Am J Obstet Gynecol. 2005; 193. 30-35.
11. Bailey CL, Ueland FR, Land GL, et al. Malignant potential of small cystic ovarian tumors in women over 50 years of age. Gynecol Oncol. 1998; 69. 3-7.
12. Fishman DA, Cohen LS. Is transvaginal ultrasound effective for screening asymptomatic women for the detection of early-stage epithelial ovarian carcinoma. Gynecol Oncol. 2000; 77. 347-349.
13. Comerci JT Jr, Licciardi F, Bergh PA, Gregori C, Breen JL. Mature cystic teratoma. A CLINICopathologic evaluation of 517 cases and review of the literature. Obstet Gynecol 1994. 84:22-8.
14. Parker WH, Broder MS, Liu Z, Shoupe D, Farquhar C, Berek JS. Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. Obstet Gynecol 2005; 106. 219-26.
15. Im S, et al. Validation of Referral Guidelines for Women With Pelvic Masses. Obstet Gynecol 2005; 105. 35-41.
16. How Relevant Are ACOG and SGO Guidelines for Referral of Adnexal Mass. Obstet Gynecol 2007; 110. 841-8
17. Fuente OEI INMP 20181

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

Dr. Juan O. Ramirez Cabrera

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

VIGENCIA