

“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
“Año de la consolidación del Mar de Grau”



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 02 NOV. 2016

VISTO:

El expediente N° 16-019910-001/INSN-SB; sobre la aprobación de la Guía de Procedimiento; las Guías de Práctica Clínica; y, del Formato de Consentimiento Informado de la especialidad de Ginecología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas; y,

CONSIDERANDO:

Que, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo 4° de la precitada Ley, establece que “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo.(...)”;

Que, el literal a) del numeral 15.4 del artículo 15° de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, establece que toda persona tiene derecho “A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, (...)”;

Que, en el segundo párrafo del artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, se establece que “El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria”;

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la



atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, el numeral 6° de Definiciones de las Disposiciones Generales de la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, establece que "el consentimiento informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado la naturaleza de la atención (...);

Que, la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, establece que "(...) En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal. El uso del formato de consentimiento informado es obligatorio en todo establecimiento de salud (...);

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA fue aprobada la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, en el inciso b) del literal II.4.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de la Atención Integral Especializada el elaborar y proponer en coordinación con la instancia correspondiente, las políticas, normas, guías técnicas, en el campo de su especialidad, así como efectuar su aplicación, monitoreo y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante el Anexo 2 y el Anexo 3 de la Ficha de Descripción de Procedimiento: "Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento", del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, aprobado por Resolución Directoral N° 155/2015/INSN-SB/T se establece la estructura de la Guía de Práctica Clínica y de la Guía de Procedimiento, respectivamente;

Que, mediante la Nota Informativa N° 369-2016-SUAIEPEQ-INSN-SB, la Responsable de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas remitió al Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, los documentos que a continuación se detallan:

- Guía de Procedimiento de Quistectomía Laparoscópica en Ginecología Infantojuvenil.

- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Benigno de Mama.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital.
- Guía de Práctica Clínica de Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil.
- Formato de Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Quistectomía Laparoscópica en Ginecología Infanto Juvenil, solicitados para ser derivado a la Unidad de Gestión de la Calidad.

Que, mediante Nota Informativa N° 00594-2016-UGC-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitó a la Dirección General la aprobación de los documentos de gestión asistencial presentados mediante la Nota Informativa N° 369-2016-SUAIEPEQ-INSN-SB; los mismos que cuentan con la opinión favorable de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, mediante la Nota Informativa N° 349-2016-UAIE-INSN-SB;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por los fundamentos expuestos y de conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, con la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar la Guía de Procedimiento de Quistectomía Laparoscópica en Ginecología Infantojuvenil-GP-001/INSN-SB-SGINYOBS-SUAIEPEQ-V.001, que consta de 15 folios.

ARTÍCULO 2°.- Aprobar las Guías de Práctica Clínica de la especialidad de Ginecología de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas; las que se detallan a continuación:

- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Benigno de Mama-GPC-001/INSN-SB/SUAIEPEQ-SGIJ-V.01, que consta de 16 folios.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital-GPC-002/INSN-SB/SUAIEPEQ-V.01, que consta de 15 folios.
- Guía de Práctica Clínica de Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil-GPC-003/INSN-SB/SUAIEPEQ-V.01, que consta de 18 folios.

ARTÍCULO 3°.- Aprobar el Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Quistectomía Laparoscópica en Ginecología Infanto Juvenil.

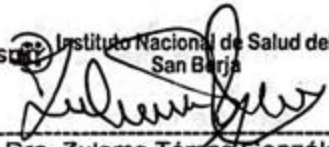
ARTÍCULO 4°.- Encárguese a la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas la implementación de la Guía de Procedimiento; las Guías de Práctica Clínica; y, del Formato de Consentimiento Informado aprobadas con la presente resolución.

ARTÍCULO 5°.- Encárguese a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación del cumplimiento de las presentes Guías y Consentimiento Informado.

ARTÍCULO 6°.- Disponer la publicación de la presente Resolución en la página Web de la Institución, conforme las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE,

INSN Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja



Dra. Zulema Tómas González
DIRECTORA GENERAL



EZTG/JCRG/kfs
Distribución
() Dirección Adjunta
() Unidad de Atención Integral Especializada
() Unidad de Gestión de la Calidad
() Unidad de Asesoría Jurídica
() Archivo
() Comunicaciones
() UTI





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

**SUBUNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DE
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS****SERVICIO DE GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL****GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO DEL TUMOR BENIGNO DE MAMA**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Técnico del Servicio de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializado • Sub-Unidad de Atención Integral Especializado de Especialidades Quirúrgicas • Unidad de Gestión de la Calidad 	Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-V.01

Página 1 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

Guía de Práctica Clínica : Para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

Índice

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	4
	4.1.- Nombre y Código.....	4
V	Consideraciones Generales.....	4
	5.1 Definición	4
	5.2 Etiología.....	5
	5.3 Fisiopatología.....	6
	5.4 Aspectos Epidemiológicos.....	8
	5.5 Factores de Riesgo Asociado.....	8
	5.5.1 Medio ambiente.....	8
	5.5.2 Estilos de Vida.....	8
	5.5.3 Factores hereditarios.....	8
VI	Consideraciones Específicas	9
	6.1 Cuadro Clínico	9
	Signos y Síntomas.....	9
	6.1.1 Interacción cronológica.....	9
	6.1.2 Gráficos diagramas o fotografías.....	9
	6.2 Diagnóstico.....	10
	6.2.1 Criterios de diagnóstico.....	10
	6.2.2 Diagnóstico diferencial.....	10
	6.3 Exámenes Auxiliares.....	10
	6.3.1 De Patología clínica.....	11
	6.3.2 De imágenes.....	11
	6.3.3 De exámenes especiales complementarios.....	11
	6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva.....	11
	6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.....	11



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01|

Página 2 de 16





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

6.4.2 Terapuetica.....	12
6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	12
6.4.4 Signos de alarma.....	12
6.4.5 Criterios de Alta.....	12
6.4.6 Pronosticos.....	12
6.5 Complicaciones	13
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	13
6.7 Fluxograma.....	14
VII Anexos.....	15
VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía.....	16



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01|

Página 3 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

I Finalidad

- La finalidad de la guía es aportar al reconocimiento del tumor de mama en niñas y adolescentes, mejorar su proceso diagnóstico y manejo terapéutico y así prevenir el desarrollo de posibles complicaciones

II Objetivo

- Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control del tumor de mama en pacientes pediátricas y adolescentes.

III Ámbito de Aplicación

- La presente Guía de Práctica Clínica tiene como ámbito de aplicación el Servicio de Ginecología Infanto Juvenil del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

IV Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de mama**4.1 TUMOR BENIGNO DE MAMA (D24)****V Consideraciones Generales****5.1 DEFINICION**

Las lesiones de las glándulas mamarias durante la infancia y adolescencia aunque son raras son motivo de consulta frecuente debido más que todo por la ansiedad que provoca en los padres.

La mayoría de tumores en estas pacientes no necesitan cirugía ^{1,2}. Los procedimientos quirúrgicos mal indicados pueden tener consecuencias, ya que pueden llevar a la destrucción permanente de la yema mamaria y así detener el desarrollo de la glándula mamaria.



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01|

Página 4 de 16





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

5.2 ETIOLOGÍA

Las causas de crecimiento y/o masas en la glándula mamaria son diversas y se pueden dividir en dos grandes grupos: Fisiológico (efecto hormonal) o estructural (congénitas, lesiones inflamatorias, tumores benignos, tumores malignos).

Los fibroadenomas son la causa más común de tumoración en la población pediátrica. Estas son neoplasias benignas de la glándula mamaria. La proliferación del estroma alrededor de los conductos con distorsión de los mismos es su principal característica microscópica. Se clasifican en 3 tipos: fibroadenoma común (simple), fibroadenoma gigante y fibroadenoma juvenil. El promedio de edad de presentación es a los 14 años.

A la exploración, los fibroadenomas tienen una consistencia firme, móvil y no dolorosa sin secreción del pezón y se presentan generalmente como masa única aunque hasta un 25% de las pacientes pueden tener lesiones múltiples.¹

Generalmente se presentan en el cuadrante superior externo de la glándula. Su tamaño promedio es de 2 a 3 cm.

Los fibroadenomas gigantes presentan crecimiento mucho más rápido, con mayor grado de celularidad del estroma. Por lo general son mayores de 5 cm de diámetro. Su crecimiento rápido y asimétrico puede causar compresión del tejido mamario circundante.²

Los tumores filodes son tumoraciones benignas que generalmente se presentan en la adolescencia tardía con una incidencia de 0.4% y es la segunda causa de crecimiento masivo de la glándula a esta edad. Hay reportes de malignidad en el 12% de las pacientes. Son de crecimiento lento, unilateral y aparecen como masas voluminosas (puede alcanzar hasta 20 cm), no dolorosas y bien delimitadas. Son tumores firmes, móviles, de superficie lisa e irregular que son difíciles de distinguir, de tejido mamario normal cuando son grandes. La OMS en el año 2003 lo clasificó en tres categorías: benigno, borderline y maligno de acuerdo al grado de atipia, actividad mitótica y crecimiento estromal. En la ecografía es difícil de diferenciar del fibroadenoma, ya que se observan como nódulos sólidos, lobulados con contornos definidos y pueden tener componente quístico.¹⁶

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01

Página 5 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

Pueden causar retracción cutánea, necrosis y retracción del pezón con secreción a través del mismo. Su resección debe ser completa con un borde de tejido mamario normal.³

El cáncer de mama se presenta en menos del 1% de las adolescentes.

Se ha comprobado en diversos estudios que los tumores malignos en mujeres jóvenes (<35 años) son menos diferenciados, tienen una mayor proliferación e invasión linfovascular que en mujeres mayores.^{8,9}

El tipo más común de cáncer de mama en la infancia es el carcinoma secretor o carcinoma juvenil, el cual cursa generalmente asintomático.⁷ El cuadro clínico en estas pacientes es de una masa dura, subareolar, fija a tejidos profundos, con un tamaño promedio de entre 1 y 2.5 cm, con afección bilateral.

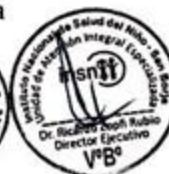
El cistosarcoma filoides maligno es el sarcoma más frecuente y se debe tratar con resección de la lesión. Otros sarcomas primarios son el liposarcoma y el fibrosarcoma. El rabdomiosarcoma primario es muy raro. El linfoma no Hodgkin se presenta como lesión primaria o metástasis. En ambos casos la cirugía se limita a biopsias y el tratamiento es con agentes quimioterapéuticos.

Las neoplasias malignas secundarias a metástasis son más frecuentes en la edad pediátrica, entre ellos tenemos: leucemia, rabdomiosarcoma, linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, neuroblastoma y adenocarcinomas

5.3 FISIOPATOLOGÍA

La glándula mamaria es una glándula sudorípara modificada y especializada. Durante la cuarta a sexta semana de vida fetal se desarrollan las yemas mamarias. Estas aparecen como un crecimiento sólido en la epidermis (ectodermo) hacia el mesénquima subyacente. Las líneas mamarias se observan durante la sexta semana de gestación, extendiéndose bilateralmente desde el tercio lateral de la clavícula hasta la sínfisis del pubis. Estas presentan regresión (excepto en el área torácica) bajo la influencia de diversas hormonas.

En el quinto mes de gestación ya se observa el pezón, la aréola y una ramificación de 15 a 25 conductos junto con tejido conectivo de sostén. Al llegar a la semana 32 de gestación la glándula crece por influencia de las hormonas maternas.



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01

Página 6 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

En la mayoría de los neonatos a término es palpable el tejido mamario de aproximadamente 8 mm. El crecimiento de la glándula continúa después del nacimiento, alcanzando en promedio los 14 mm de diámetro. Subsecuentemente cada yema primaria da origen a varias yemas secundarias que se diferencian en conductos galactóforos (lactíferos) y sus ramas.

La canalización de estas yemas para formar conductos es inducida por hormonas sexuales de la placenta que alcanzan la circulación fetal. Esto continúa hasta término con la formación de 15 a 20 conductos galactóforos.

Al nacer, las glándulas contienen conductos galactóforos pero no alvéolos, ya que éstos no están presentes hasta la pubertad. Antes de la pubertad hay poca ramificación de los conductos galactóforos. Durante este periodo de tiempo el pezón que es plano comienza a crecer. Estos cambios son principalmente por acumulación de grasa en el tejido conectivo entre los lóbulos, esto prosigue durante la adolescencia.

La unidad funcional de la glándula mamaria es el alvéolo productor de leche que drena a través de un sistema ramificado de conductos hacia el pezón. Cada lóbulo tiene de 10 a 100 alvéolos, éstos drenan a conductos galactóforos que se unen para formar un seno detrás del pezón.

La evolución normal del crecimiento de los senos ha sido clasificada en 5 estadios clínicos: Tanner. Al llegar a la pubertad el estímulo más importante es el estradiol, secretado por el ovario. A causa de éste se modifica la aréola y se inicia el depósito de tejido subareolar.

El crecimiento y desarrollo del componente alveolar requiere del estímulo adicional de la progesterona, cuya síntesis ovárica en forma cíclica sólo se da en etapas más tardías de la pubertad, al establecerse ciclos ovulatorios normales.

La diferenciación completa de la glándula mamaria requiere la participación de otras familias de hormonas: las tiroideas, del crecimiento (hGH, insulina y factores de crecimiento similares a la insulina (IGFs) así como los glucocorticoides (cortisol).



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01

Página 7 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- El fibroadenoma es la masa más frecuente en las adolescentes (hasta un 68%) y aproximadamente 18% se deben a cambios fibroquísticos.
- El cáncer en mamas es extremadamente raro en las adolescentes. De éstos, el 33% son de origen mamario y el resto de origen metastático.⁷
- La secreción por pezón se ve con menor frecuencia en pacientes pediátricas (10% en patología mamaria benigna y 3% en carcinoma). El primer paso es evaluar si es una secreción fisiológica o patológica. La secreción patológica suelen ser espontánea, sanguinolenta, o se asocia con masa. Una secreción serosa o serosanguinolenta se asocia a papiloma intraductal pero también en glándulas mamarias con cambios proliferativos, cáncer o ectasia ductal.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO**5.5.1 Medio ambiente**

- Existen estudios que refieren que aquellas niñas y mujeres jóvenes que hayan estado expuestas a altos índices de radiación tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de mama.¹⁰

5.5.2 Estilos de vida

- Se ha visto que la obesidad es un factor de riesgo para el cáncer de mama. El mecanismo propuesto es un incremento de la reacción inflamatoria corporal, y como consecuencia de los niveles circulantes de hormonas, como insulina, factores de crecimiento semejantes a la insulina (IGF) y estrógenos. Esto crea un ambiente que promueve la carcinogénesis e inhibe la apoptosis. Así también el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, carnes rojas (nitratos) y el alcohol están relacionados.¹¹

5.5.3 Factores hereditarios

- Antecedes familiares de cáncer de mama y de ovario en familiares maternos de primer y segundo grado. Así como cáncer de mama en familiares varones⁷ (Tabla N°1)



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01

Página 8 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

VI Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLINICO

La mayoría de las masas en glándula mamaria en niñas y adolescentes son sintomáticas (efecto de masa, dolor, etc.) y benignas y por lo general crecen.

Signos y síntomas

- Asintomática
- Tumoración en mama
- Aumento asimétrico del volumen mamario
- Mastalgia
- Mastodinea
- Secreción por pezón: evaluar si es una secreción fisiológica o patológica.
- Linfadenopatía

6.1.1 Interacción cronológica

El manejo inicial en las pacientes pediátricas es conservador. La mayoría de las lesiones en estas pacientes no necesitan cirugía ^{1,2}, salvo que se evidencie algún factor de riesgo o alguna característica de la tumoración que nos haga sospechar de malignidad.

6.1.2 Gráficos diagramas o fotografías

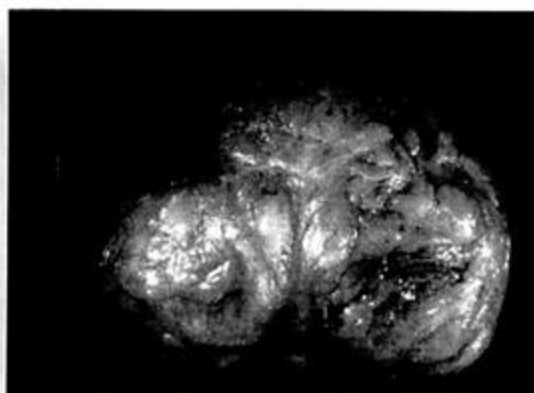
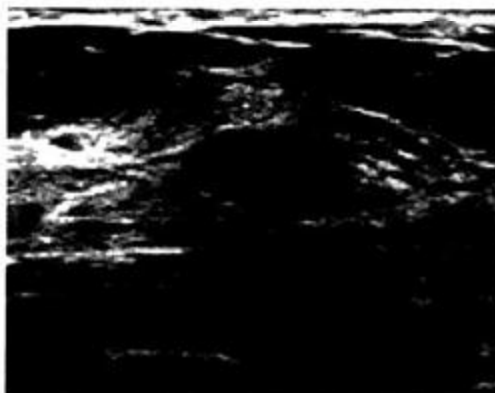


Figura N° 1.- Fibroadenoma de mama



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01|

Página 9 de 16





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

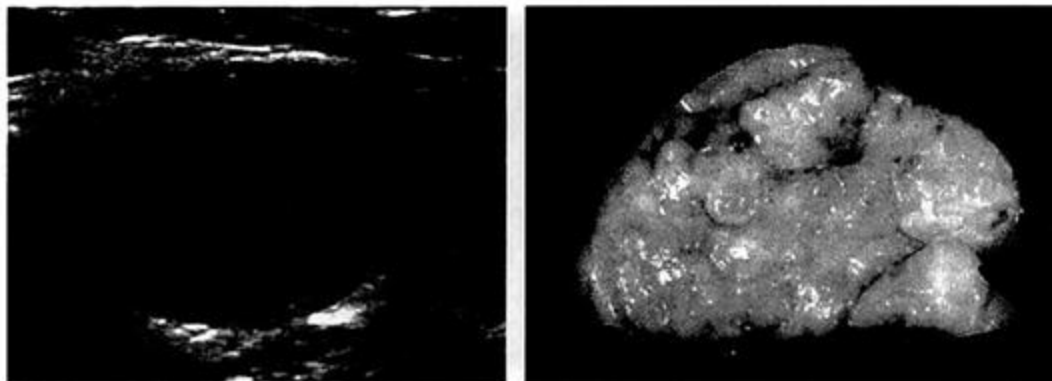


Figura N° 2.- Tumor Filodes de mama

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico

El diagnóstico del tumor de mama en pacientes pediátricos se deben de realizar en el establecimiento de salud donde haya sido captada la paciente. Si fuera en el primer nivel de atención se debe referir a la paciente para una adecuada atención.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Polimastia
- Hipertrofia mamaria juvenil
- Mastopatía fibrosa
- Adenosis esclerosante
- Necrosis grasa secundaria a traumatismo
- Abscesos mamario
- Hemangioma
- Malformación linfática macroquistica (linfangioma quístico).

6.3 EXAMENES AUXILIARES

La decisión de realizar o solicitar algún examen complementario es decisión exclusiva del médico especialista de acuerdo a los hallazgos durante el examen físico.



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01

Página 10 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

6.3.1 De Patología clínica

- Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF): preferentemente guiada por ultrasonido. Sensibilidad 89%, especificidad 100%.
- Biopsia abierta: masas grandes o de rápido crecimiento.

6.3.2 De imágenes

- Ecografía de mamas bilateral: ayuda a la diferenciación entre masas solidas y quísticas.
- Ultrasonido Doppler: evalúa y cuantifica la vascularidad de la lesión.

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

- Marcadores genéticos (en pacientes con antecedente familiares): BRCA1, BRCA2, TP53 (Li Fraumeni syndrome) or PTEN (Cowden's syndrome).⁷

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**Objetivos terapéuticos**

- Identificar y diferenciar aquellas pacientes que debe ser manejadas de manera conservadora de aquellas que requerirán tratamiento quirúrgico, de acuerdo a los hallazgos físicos, exámenes auxiliares y antecedentes personales y familiares de la paciente.

6.4.1 Medidas Generales y Preventivas

- Obtener el consentimiento informado de los familiares antes de cualquier procedimiento (exploración física, toma de muestras, de fotografías o de ambas)
- Explicar a la paciente la importancia de un autoexamen de mamas y la manera como se debe realizar.
- El tratamiento quirúrgico de los tumores de mama en edad prepuberal es mucho más complicado, debido a que la masa en el interior de la yema mamaria puede dañar o destruir el tejido mamario y provocar hipoplasia, pero el riesgo de lesionar la glándula con el procedimiento quirúrgico es aún mayor.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

Por lo tanto la conducta debe ser de observación con resección únicamente de las masas que tengan gran crecimiento y sintomatología importante.

6.4.2 Terapéutica

- En aquellas tumoraciones que cumplen los criterios el tratamiento consiste en una resección quirúrgica selectiva de manera terapéutica como para confirmar el diagnóstico. La decisión de hacer una resección se basa en el tamaño de la lesión.
- El abordaje quirúrgico idóneo es el periareolar, debido a que es un procedimiento poco agresivo a comparación de las técnicas tradicionales, donde se preservan gran número de lóbulos glandulares centrales, así como la irrigación arterial papilar y los nervios.¹⁵ Y Puede ser usado para tumoraciones tanto benignas como malignas.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento

- Infección del sitio de herida operatoria
- Necrosis glandular
- Hematoma
- Edema

6.4.4 Signos de alarma

Los signos de alarma son dolor intenso, signos de flogosis o aumento de la temperatura en sitio de herida operatoria, secreción purulenta a través de la misma, fiebre.

6.4.5 Criterios de Alta

Los criterios de alta son pacientes hemodinámicamente estables, asintomáticas, con funciones vitales estables y con prueba de deambulación espontánea.

6.4.6 Pronóstico

Depende del resultado de la evaluación por anatomía patológica de la tumoración extraída.



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-V.01

Página 12 de 16





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



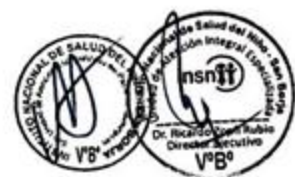
Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

6.5 COMPLICACIONES

- Asimetría mamaria ¹²
- Atrofia de tejido graso mamario.¹³
- Cicatrices queloides
- Alteración de la sensibilidad en el área complejo pezón.¹⁴

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Siendo el último nivel de atención el servicio tiene capacidad resolutive y no requiere referencia. Las contrarreferencias se realizan a las instituciones de donde provienen los pacientes referidos originalmente



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01|

Página 13 de 16



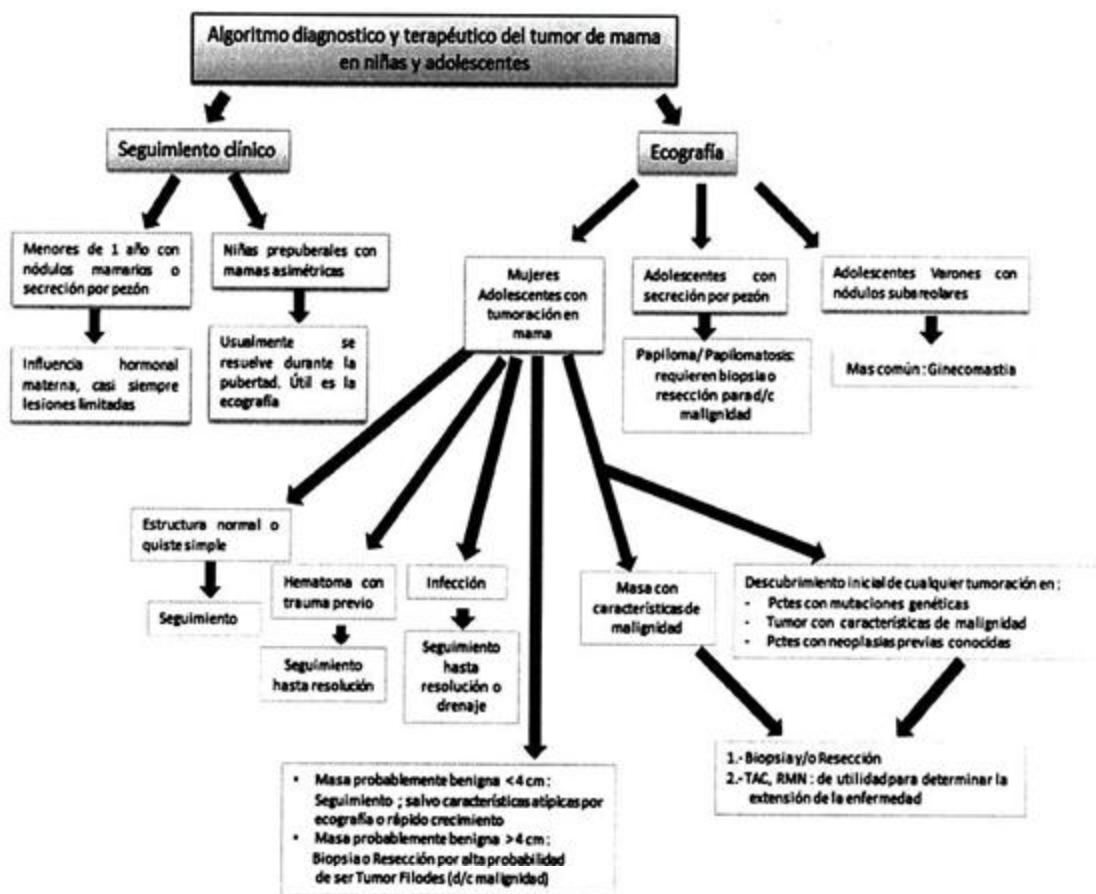


PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

6.7 FLUXOGRAMA





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

VII Anexos

Tabla N° 1: Características de mujeres con alto potencial de riesgo de cáncer de mama⁷

- Cáncer de mama o de ovario diagnosticado en 3 o más familiares de primer o segundo grado
ó
- Dos o más familiares de primer o segundo grado diagnosticados de cáncer de ovario o de mama más uno o más de las siguientes características :
 - Bilateralidad
 - Aparición de cáncer de mama antes de los 40 años
 - Aparición de cáncer de ovario antes de los 50 años
 - Cáncer de ovario y de mama en un solo individuo
 - Cáncer de mama en un pariente varón
 ó
- Tener un familiar de primer o segundo grado diagnosticado con cáncer de mama antes de los 45 años más otro familiar de primer o segundo grado en el mismo lado de la familia con diagnóstico de osteosarcoma antes de los 45 años
ó
- Mutación genética en alto riesgo de cáncer de mama asociado al gen BRCA1 , BRCA2 o TP53 con un estudio genético.



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-
V.01|

Página 15 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Tumor de Mama Benigno

VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Bower R, Bell M, Ternberg J. Management of breast lesion in children and adolescents. J Pediatr Surg 1976; 11: 337-46.
2. Corpron C, Black T, Singletary E, Andrassy R. Breast cancer in adolescent females. J Pediatr Surg 1995; 30: 322-24.
3. Seashore J. Disorders of the breast. In O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG. Pediatric surgery . Vol 1. United States: W.B. Saunders, 1998: 779-785
4. Corpron C, Black T, Singletary E, Andrassy R. Breast cancer in adolescent females. J Pediatr Surg 1995; 30: 322-24
5. Roger D, Loebe T, Rao B, Flemming I, Schropp K, Pratt C, Pappo A. Breast malignancy in children. J Pediatr Surg 1994; 29: 48-55
6. Ruano JM, Duarte JC, Calderon E, Cuevas P, Palafox R. Masas de la glandula mamaria en pediatria. Acta Medica Grupo Angeles.2005;3 :165-177.
7. Shannon C, Smith I. Breast cancer in adolescents and young women. European Journal of cancer 2003;39: 2632-2642
8. Kollias JEC, Ellis IO, Robertson JF, Blamey RW. Early-onset breast cancer: histopathological and prognostic consideration. Br J Cancer 1997, 75, 1318-1323.
9. Chung M, Chang HR, Bland KI, Wanebo HJ. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. Cancer 1996, 77, 97-103.
10. Miyakawa M. Radiation exposure and the risk of pediatric thyroid cancer. Clin Pediatr Endocrinol. 2014 Jul; 23(3): 73-82.
11. Torres-Sánchez L, Galván-Portillo M, Lewis S, Gómez-Dantés H, López-Carrillo L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. Salud Publica Mex 2009;51 supl 2:S181-S190.
12. Yamauchi H, Kawano J. Oncoplastic breast conserving surgery with periareolar incision. European Journal of Surgical Oncology. 2012;38 :9
13. Chamorro JJ, Pardo L. Indicaciones y limitaciones de la mamoplastia periareolar. Rev Senologia y patolg mamaria . 11,4 (214-217), 1998
14. Benigno Acea Nebril. Cirugía sin cicatrices visibles en el tratamiento del cáncer de mama. Cirugia Española. 2010;87(4):210-217
15. Rodriguez Y, Cairo J. Evaluación de los resultados quirúrgicos de la mastoplastia por vía periareolar. Rev Cubana Cir v.48 n.1. 2009
16. Alves de Souza J, Ferreira E, Guatelli C, Santiago D et al. Malignant phyllodes tumor of the breast: case report. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(5):495-497.



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-001/INSN-SB/ SUAIEPEQ-SGIJ-V.01

Página 16 de 16





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

**SUBUNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DE
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS****SERVICIO DE GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL****GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO GENITAL**

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo Técnico del Servicio de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializado • Sub-Unidad de Atención Integral Especializado de Especialidades Quirúrgicas • Unidad de Gestión de la Calidad 	Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-002/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 1 de 15





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del
Traumatismo Genital

Índice

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
III	Ámbito de Aplicación	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	4
	4.1.- Nombre y Código.....	4
V	Consideraciones Generales.....	4
	5.1 Definición	4
	5.2 Etiología.....	4
	5.3 Fisiopatología.....	5
	5.4 Aspectos Epidemiológicos.....	5
	5.5 Factores de Riesgo Asociado.....	6
	5.5.1 Medio ambiente.....	6
	5.5.2 Estilos de Vida.....	6
	5.5.3 Factores hereditarios.....	6
VI	Consideraciones Específicas	6
	6.1 Cuadro Clínico	6
	6.1.1 Signos y Síntomas.....	6
	6.1.2 Interacción cronológica.....	7
	6.1.3 Gráficos diagramas o fotografías.....	7
	6.2 Diagnóstico.....	7
	6.2.1 Criterios de diagnóstico.....	7
	6.2.2 Diagnóstico diferencial.....	8
	6.3 Exámenes Auxiliares.....	8
	6.3.1 De Patología clínica.....	8
	6.3.2 De imágenes.....	8
	6.3.3 De exámenes especiales complementarios.....	9





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva.....	9
6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.....	9
6.4.2 Terapuetica.....	10
6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	11
.....6.4.4 Signos de alarma.....	11
6.4.5 Criterios de Alta.....	11
6.4.6 Pronosticos.....	11
6.5 Complicaciones	12
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	12
6.7 Fluxograma.....	12
VII Anexos.....	13
VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía.....	14





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

I.- Finalidad

- La finalidad de la guía es aportar al reconocimiento del traumatismo genital infantil, mejorar su proceso diagnóstico, manejo terapéutico y así prevenir el desarrollo de posibles complicaciones

II.- Objetivo

- Establecer los criterios técnicos para el diagnóstico, tratamiento y control del traumatismo genital en pacientes pediátricas y adolescentes.

III.- Ámbito de Aplicación

- La presente Guía de Práctica Clínica tiene como ámbito de aplicación el Servicio de Ginecología pediátrica y del adolescente del Instituto Nacional de Salud del Niño

IV.- Diagnóstico y Tratamiento de Traumatismo Genital

- Traumatismo de órganos pélvicos no especificados (S37.9)
- Contusión de la región lumbosacra y de la pelvis (S30.0)
- Contusión de órganos genitales externos (S30.2)
- Herida de la vagina y de la vulva (S31.4)
- Herida de otros órganos genitales externos y de los no especificados (S31.5)
- Traumatismo de múltiples órganos pélvicos (S37.7)

V.- Consideraciones Generales**5.1 DEFINICION**

El traumatismo genital es una lesión de los órganos genitales internos y/o externos, que pueden cursar con dolor o sangrando de acuerdo al tipo de lesión.¹

5.2 ETIOLOGIA

Las lesiones genitales en las niñas y adolescentes pueden dividirse en tres grandes grupos de acuerdo a su frecuencia: lesión por caída en horcadas (por caída en bicicleta), lesión contusa por objeto externo y lesión de tipo penetrante ⁶ (figura N°3).

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-002/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 4 de 15





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

Existen otras etiologías menos frecuentes como lesiones vaginales por insuflación accidental (por chorros de agua), lesiones por aplastamiento o cizallamiento (fracturas pélvicas por accidente de tránsito o desastres naturales), lesiones por mordeduras de animales, lesiones por quemaduras y lesiones vaginales relacionadas con el coito (relaciones consensuadas o abuso sexual) ².

La etiología más frecuente del traumatismo genital es la caída en horcajadas hasta en un 80%, seguidas de lesiones de tipo penetrantes (6%) y otras (incluyendo lesiones por accidentes de tránsito). ^{5,6}

Las lesión himeneales o de la horquilla vulvar siempre deben hacernos sospechar de lesiones por abuso sexual. Sin embargo la ausencia de estas tampoco lo descarta. ¹⁶

5.3. FISIOPATOLOGÍA

Debido a las diferencias anatómicas entre los genitales de la niña y de la mujer adulta, las lesiones genitales en las primeras suelen ser mucho más graves. Por ejemplo, la distancia entre la piel del periné y la cavidad peritoneal es más corta en las niñas por lo que las heridas de tipo penetrantes pueden dañar los órganos intraperitoneales. ³

Asimismo, la vejiga en lactantes es un órgano muy susceptible de lesión. Así como el diafragma urogenital, el cual contiene los nervios y vasos pudendos, por lo que un desgarró superficial puede cursar con gran sangrado. ⁴

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

El trauma genital femenino ocurre raramente (0.2–8% de todos los traumas pediátricos). ^{7,8,15} La edad de presentación más común es en niñas en edad preescolar.

En cuanto a la localización el sitio más frecuente son los labios (64%) seguido del perine (21.5%), la vulva (8.9%), la horquilla vulvar (7.8%) la vagina (5.9%) y el recto (2.9%). ⁶ Es necesario un examen físico completo porque el trauma genital puede estar asociado a otras lesiones, como las de tipo rectal (21%) o uretral (16%).

Según diversos estudios hasta un 9% de las lesiones requieren reparación quirúrgica. ^{7,9}

En un estudio retrospectivo multicéntrico en donde se evaluaron lesiones himeneales en edades entre los 4 meses y los 18 años se descubrió que en las niñas prepúberes el 88% de las laceraciones himeneales se localizaban posteriormente (entre las 4 y las 8 horas), mientras que en las adolescentes el 60% eran posteriores y el 23% laterales (a las 3 o a las 9 horas) ¹²

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-002/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 5 de 15





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

5.5.1 Medio ambiente

Crear un medio ambiente de vida seguro para las niñas, donde existan adecuadas normas de seguridad.

5.5.2 Estilos de vida

Existen ciertos deportes que entrañan un mayor riesgo de sufrir traumatismos genitales. El ciclismo, el patinaje en línea, los deportes acuáticos, el uso de toboganes son algunos de ellos. Asimismo, todo tipo de deportes de contacto total, sin el uso de protección adecuada pueden asociarse a lesiones genitales.²

5.5.3 Factores hereditarios

No se describen factores de tipo hereditarios.

VI.-Consideraciones Específicas

6.1 CUADRO CLINICO

Signos y síntomas

- Sangrado
- Dolor
- Laceración o abrasión vaginal o himeneal
- Equimosis o hematomas
- Hinchazón en área genital
- Disuria.¹⁰

6.1.1 Interacción cronológica

En cuanto al examen físico de la paciente debe considerarse un nuevo examen a las 24 horas, para evaluar la presencia de lesiones que no aparecen inmediatamente luego de la injuria, o que no pueden verse por el edema y así poder establecer una mejor correlación con la historia clínica.

Así mismo, la hospitalización está indicada cuando existen lesiones físicas severas, necesidad de reparación quirúrgica o afección del estado emocional importante tal como ideación o intento suicida.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

6.1.2 Gráficos diagramas o fotografías



Figura N°1.- Equimosis vulvar

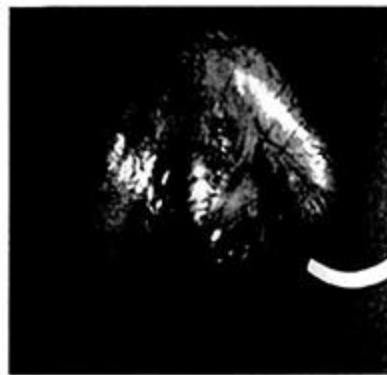


Figura N° 2.- Hematoma vulvar



Figura N° 3.- Herida de tipo penetrante

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico

El diagnóstico de traumatismo genital en niñas y adolescentes se deben de realizar en el establecimiento de salud donde haya sido captada la paciente. Si fuera en el primer nivel de atención se debe referir a la paciente.

Las lesiones por caídas en horcadas pueden dar lugar a equimosis (figura N°1), abrasiones y laceraciones. La extravasación de sangre hacia el tejido laxo areolar puede hacer que se produzca hematomas (figura N°2) ²





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

El traumatismo genital en los pacientes pediátricos puede ir acompañado de otras lesiones a otro nivel como a nivel cardiorácico, pulmonar, abdominal, tracto urinario inferior y pelvis ósea.¹⁵

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Hemorragia uterina disfuncional.
- Cuerpos extraños vaginales.
- Prolapso uretral.
- Infecciones de las vías genitales : lesiones ulcerativas asociadas a virus, molusco contagioso, vulvovaginitis hemorrágica .¹⁸
- Tumores genitales malignos: rabdomiosarcoma, adenocarcinoma de células claras.
- Maltrato infantil sexual.
- Liquen escleroso ¹⁴

6.3 EXAMENES AUXILIARES

La decisión de realizar o solicitar algún examen complementario es decisión exclusiva del médico especialista de acuerdo a los hallazgos durante el examen físico.

6.3.1 De Patología clínica

- Hemoglobina o hematocrito
- Grupo sanguíneo y factor RH
- Perfil de coagulación en caso de no contar pedir tiempo de coagulación y tiempo de sangría
- Pruebas cruzadas
- Urea, creatinina
- Examen completo de orina: para descartar la presencia de hematuria. Si hay ausencia de orina descartar desgarro de vejiga o de uretra.

6.3.2 De Imágenes

- TAC abdominopélvica
- Radiografía de abdomen: descarta perforación intestinal mediante la visualización de aire libre subdiafragmático.
- Radiografía de pelvis antero posterior: para descartar fractura pélvica.
- Uretrocistograma miccional o urografía excretora: solicitar si se evidencia hematuria

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-002/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 8 de 15





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

6.3.3 De exámenes especiales complementarios

- Colposcopia
- Vaginoscopia
- Uretrocistoscopia
- Proctoscopia
- Sigmoidoscopia ¹⁵.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Objetivos terapéuticos

- Identificar y manejar el compromiso hemodinámico
- Identificar precozmente las complicaciones.
- Identificar aquellas pacientes que requerirán hospitalización para su tratamiento.

6.4.1 Medidas generales y preventivas

- El abordaje inicial sigue la valoración clásica de las funciones vitales: vía aérea, respiración, circulación y valoración de las lesiones de acuerdo a su gravedad.
- En cuanto a su evaluación, es necesario un acercamiento prudente.
- Obtener el consentimiento informado de los familiares antes de cualquier procedimiento (exploración física, toma de muestras, de fotografías o de ambas) ¹⁸
- No usar la fuerza ni sujeciones para realizar una exploración genital. Si la paciente no permite una exploración adecuada, se sugiere una sedación ligera para valorar las lesiones, sin embargo la anestesia general permitiría una mejor exploración, valoración y reparación ²
- Canalizar vía endovenosa con catéter n° 22.
- Vía segura con cloruro de sodio 9%.. Si hay evidencia de inestabilidad hemodinámica aplicar guía de choque hemorrágico.
- Si existiera dificultad para la micción, colocar sonda Foley con bolsa colectora de orina y controlar diuresis horaria.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

6.4.2 Terapéutica

En la mayoría de pacientes el manejo es expectante sin ninguna secuela posterior. Sin embargo, en algunos casos, se requiere la sedación del paciente para un examen físico completo y una adecuada correlación con el mecanismo de lesión reportado.⁶ En el caso de lesiones que necesitan ser intervenidas quirúrgicamente generalmente estas son manejadas con un cierre primario de la lesión.

En el caso de hematomas vulvares, si no es grande, la anatomía perineal no está distorsionada y la paciente no tiene dificultad para miccionar puede manejarse de forma conservadora con la aplicación inmediata de frío local y reposo. Si esta lesión fuera muy extensa se debe evacuar, realizando una incisión a lo largo de la superficie mucosa medial, cerca del orificio vaginal logrando la hemostasia de los vasos sangrantes y debridación de los coágulos y tejido desvitalizado, colocando un sistema de drenaje y cerrando la piel en primera intención. El drenaje puede retirarse a las 24 horas en la mayoría de los casos ²

Los procedimientos de reconstrucción más complejos generalmente se dan en pacientes con herida penetrantes, con exploración bajo anestesia. Si se evidencia que ha penetrado en el recto o en las cavidades peritoneales, realizar una laparotomía o laparoscopia exploratoria para determinar la extensión de las lesiones e iniciar su reparación.²

De acuerdo a la localización y profundidad se puede requerir reconstrucción perineal, o aquellas que comprometen el esfínter rectal externo pueden necesitar reconstrucción esfinteriana incluso necesitar colostomía para facilitar el adecuado cierre de la lesión. ⁶. Onen et al.¹³ recomiendan la colostomía para mejorar los resultados de pacientes inestables que tengan una puntuación de lesión genital de

grado V, contaminación grave o un retraso importante antes de recibir atención médica (Tabla N°1).





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

En el caso de lesiones por mordeduras de animales deben ser tratadas rápidamente mediante irrigación con una solución bactericida y viricida (povidona yodada al 1%) usando una aguja de 18 o 19 G y con debridamiento de la herida. El uso profiláctico de antibióticos es controvertido pero pueden administrarse en heridas grandes, pacientes inmunocomprometidos o en heridas infectadas. Hay que administrar la vacuna antitetánica como parte del tratamiento. La necesidad de inmunización frente a la rabia debe ser valorada de forma individual, al igual que el cierre de la herida por primera o por segunda intención.^{21, 22}

6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento

- Infección del sitio de herida operatoria
- Dehiscencia de sutura
- Hematoma

6.4.4 Signos de alarma

- Sangrado vaginal abundante
- Dolor pélvico abdominal
- Distensión abdominal
- Palidez Marcada
- Anuria o disuria
- Taquicardia
- Diaforesis
- Desmayo o pérdida de conocimiento

6.4.5 Criterios de Alta

Los criterios de alta son pacientes hemodinámicamente estables, asintomáticas, con funciones vitales estables y con prueba de deambulación espontánea.

6.4.6 Pronóstico

El pronóstico está en relación con la severidad de las lesiones en cuantos a los órganos comprometidos, con el mecanismo causante de la lesión y con la oportuna y adecuada atención de la paciente.



Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-002/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 11 de 15



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

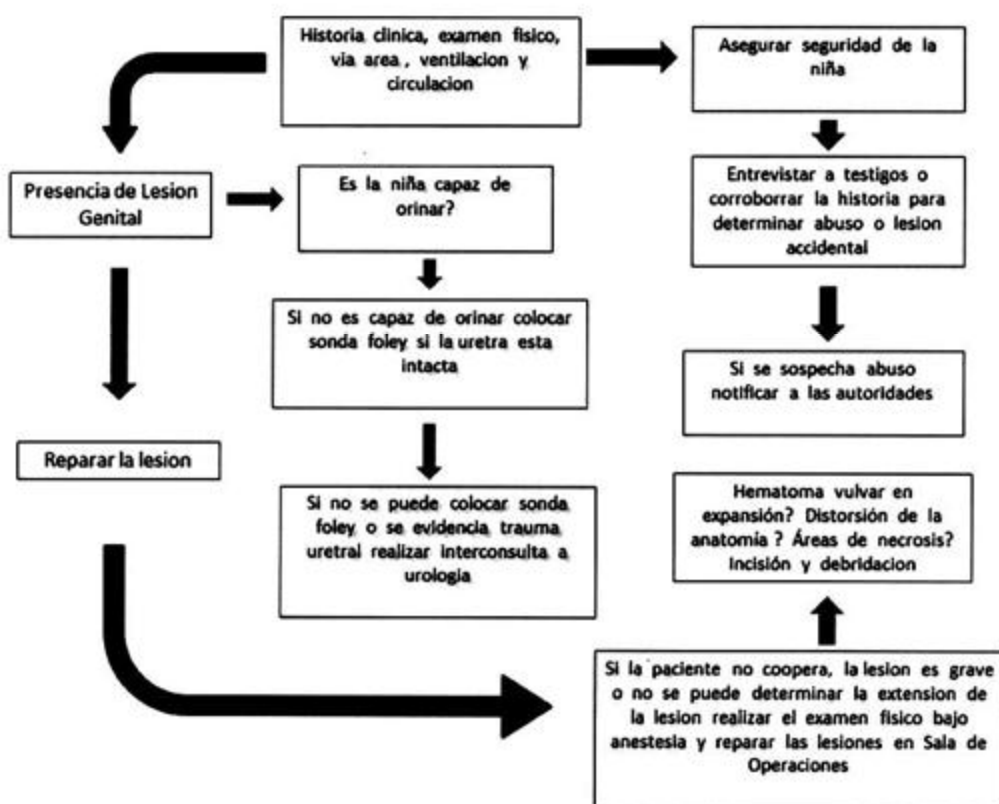
6.5 COMPLICACIONES

Entre las complicaciones figuran shock hipovolémico por hemorragia masiva, shock séptico, pelviperitonitis.

Las evidencias sugieren además que la demora en un diagnóstico oportuno también puede resultar en complicaciones tardías como incontinencia urinaria y fecal, fisuras crónicas, fistula rectovaginal o estenosis vaginal.^{19, 20}

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Siendo el último nivel de atención el servicio tiene capacidad resolutive y no requiere referencia. Las contrarreferencias se realizan a las instituciones de donde provienen los pacientes referidos originalmente.

6.7 FLUXOGRAMA ¹⁴



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

VII.-Anexos

Tabla N°1 : CLASIFICACION DE ONEN DE LAS LESIONES GENITALES EN NIÑAS ¹³

PUNTUACION	EXTENSION DE LA LESION GENITAL
I	Lesión genital aislada al himen
II	Lesión genital aislada que incluye el himen
III	Lesión genital aislada que incluye la vagina
IV	Lesión himeneal o vaginal con desgarro parcial del ano-recto
V	Lesión vaginal con desgarro total del ano-recto

Tabla N°2 : TIEMPO NECESARIO PARA QUE SE CUREN O RESUELVAN LAS LESIONES GENITALES NO HIMENEALES ²

TIPO DE LESIÓN	TIEMPO DE RECUPERACION
Abrasiones	2 - 3 días
Edema	5 días
Equimosis	2 - 18 días
Hematoma labial	2 a 4 semanas, puede requerir drenaje quirúrgico
Petequias	24 horas
Ampollas sanguinolentas	30 días en la niña prepuber, 24 días en la niña púber
Laceraciones superficiales	2 días con la formación de nuevos vasos en las niñas prepuberes, formación de tejido cicatricial en las niñas púberes.
Laceraciones profundas	Pueden requerir reparación quirúrgica





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

VIII. Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. N. Djakovic, E. Plas, L. Martínez-Piñeiro, Th. Lynch, Y. Mor, R.A. Santucci, E. Serafetinidis, L.N. Turkeri, M. Hohenfellner. Guía clínica sobre los traumatismos urológicos. European Association of Urology 2010
2. Merritt DF. Genital trauma in children and adolescents. Clin Obstet Gynecol 2008;51(2):237-48.
3. Sterioft S J, Izant RJ, Persky L. Perineal injuries in children. J traum, 1969; 9:56.
4. Hadman CR, Burgees AW. Sexual abuse of children: Causes and consequences of child abuse and neglect. New York: Cambridge University Press. 1989.
5. Spitzer RF, Kives S, Cassia N, et al. Retrospective review of unintentional female genital trauma at a pediatric referral center. Pediatr Emerg Care 2008; 24: 831-835.
6. IqbalCW, Jrebi NY, Zielinsky MD et al .Patterns of accidental genital trauma in young girls and indications for operative manegment. J PediatrSurg 2010; 45: 930-933.
7. M.G. Scheidler, B.L. Schultz, L. Schall, et al .Mechanisms of blunt perineal injury in female pediatric patients. J Pediatr Surg, 35 (2000), pp. 1317-1319.
8. G.J. Tarman, G.W. Kaplan, S.L. Lerman, et al. Lower genitourinary injury and pelvic fractures in pediatric patients. Urology, 59 (2002), pp. 123-126
9. J.G. Jones, T. Worthington. Genital and anal injuries requiring surgical repair in females less than 21 years of age. J PediatrAdolescGynecol, 21 (2008), pp. 207-211
10. Kidong Kim MD, Jae Hong No MD, Yong-Beom Kim MD, Jin Hee Lee MD, Joong Eui Rhee MD. Patterns of Accidental Genital Trauma and Factors Associated with Surgical Management in Girls Visiting the Emergency Department of a Referral Center. J Pediatr Adolesc Gynecol 27 (2014) 133-137
11. Jerry G. Jones, MD and Toss Worthington, RNP. Genital and Anal Injuries Requiring Surgical Repair in Females Less Than 21 Years of Age..J Pediatr Adolesc Gynecol (2008) 21:207e211
12. Mc Cann J, Miyamoto S, Boyle C, et al. Healing of non hymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. Pediatrics 2007; 120(5):1000-11
13. Onen A, Oztürk H, Yayla M, et al. Genital trauma in children: classification and management. Urology 2005;65(5):987





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Traumatismo Genital

14. Diane F. Merritt. Genital trauma in prepubertal girls and adolescents. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2011, 23:307-314
15. Shornohavorian M, Hidalgo-Tamola J, Koyle M, Wessells H, Larison C, Goldin A. Unintentional and Sexual Abuse Related Pediatric Female Genital Trauma : A multiinstitutional Study of Free Stading Pediatric Hospitals in the United States. Urology 2012; 80 (2): 417-422
16. Benjamins Laura. Genital trauma in Pediatric and adolescent females. J Pediat Adolesc Gynecol (2009) 22: 129- 133.
17. Alvarez Solis R, Montalvo Marin A, Díaz Lira M, Vargas Vallejo M et al. Trauma Genital en niñas : a propósito de una clasificación
18. Kelly P, Koh J, Thompson JM. Diagnostic findings in alleged sexual abuse: symptoms have no predictive value. J Peadiatr Child Health 2006;42(3):112-7.
19. J.M. Lynch, M.J. Gardner, C.T. Albanese. Blunt urogenital trauma in prepubescent female patients: more than meets the eye!.Pediatr Emerg Care, 11 (1995), pp. 372-375
20. H. Okur, M. Küçikaydin, A. Kazez, et al. Genitourinary tract injuries in girls.Br J Urol, 78 (1996), pp. 446-449
21. Gomes CM, Ribeiro-Filho L, Giron AM, et al. Genital trauma due to animal bites. J Urol 2000;165(1):80-3
22. Ball V, Younggren BN. Emergency management of difficult wounds: part I. Emerg Med Clin North Am 2007;25(1):101-21

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-002/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 15 de 15





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

GUÍA DE PRACTICA CLINICA MASAS ANEXIALES BENIGNAS EN GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL

**SUBUNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DE
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS****SERVICIO DE GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL**

Elaborado por: Equipo Técnico del Servicio de Ginecología	Revisado por: <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializada • Sub-Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas • Unidad Gestión de la Calidad 	Aprobado por: Dra. Zulema Tomas Gonzales Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
--	---	---

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 1 de 18

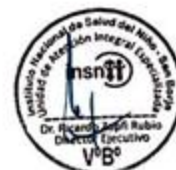




GUÍA PRACTICA CLINICA MASAS ANEXIALES EN GINECOLOGÍA INFANTOJUVENIL

INDICE:

I	Finalidad	4
II	Objetivo	4
III	Ámbito de Aplicación	4
IV	Diagnóstico y Tratamiento de	4
4.1.-	Nombre y Código.....	4
V	Consideraciones Generales.....	5
5.1	Definición	5
5.2	Etiología.....	5
5.3	Fisiopatología.....	5
5.4	Aspectos Epidemiológicos.....	6
5.5	Factores de Riesgo Asociado.....	6
5.5.1	Medio Ambiente.....	6
5.5.2	Estilos de Vida.....	6
5.5.3	Factores hereditarios.....	6
VI	Consideraciones Específicas	6
6.1	Cuadro Clínico	6
6.1.1	Signos y Síntomas.....	7
6.1.2	Interacción cronológica.....	7
6.1.3	Gráficos diagramas o fotografías.....	7
6.2	Diagnostico.....	8
6.2.1	Criterios de diagnostico.....	8
6.2.2	Diagnostico diferencial.....	8
6.3	Exmanes Auxiliares.....	9
6.3.1	De Patología clínica.....	9
6.3.2	De imágenes.....	9
6.3.3	De exámenes especiales complementarios.....	10





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

6.4 Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva.....	10
6.4.1 Medidas Generales y Preventivas.....	10
6.4.2 Terapuetica.....	11
6.4.3 Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	11
6.4.4 Signos de alarma.....	11
6.4.5 Criterios de Alta.....	11
6.4.6 Pronosticos.....	11
6.5 Complicaciones	12
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	13
6.7 Fluxograma.....	13
VII Anexos.....	15
VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía.....	17

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 3 de 18





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

I.-Finalidad

- Unificar criterios de diagnóstico y manejo de las masas anexiales en la edad pediátrica.
- Establecer un adecuado protocolo de manejo de las masas ováricas benignas, ya que estos son comúnmente encontrados en la Práctica Clínica Ginecológica.
- Establecer la laparoscopia como método endoscópico de elección para el tratamiento de las masas ováricas benignas.

II.-Objetivo

- El objetivo de esta presentación es definir las características clínicas de las Masas Anexiales en diferentes etapas de la edad pediátrica, los alcances actuales en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico con el fin de preservar la función endocrina y reproductiva.
- Elaborar recomendaciones sobre los métodos ecográficos y de laboratorio a utilizarse en el diagnóstico de tumores benignos de ovario.

III.-Ámbito de Aplicación

- Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja - Servicio de Ginecología.

IV.- Diagnóstico y Tratamientos

4.1 NOMBRE Y CODIGO: TUMOR BENIGNO DE OVARIO, MASA ANEXIAL.

CIE 10: D28 CIE 10:D27

Fecha: Setiembre 2016	Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-V.01	Página 4 de 18
-----------------------	---	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

V.- Consideraciones Generales**5.1 DEFINICION**

Las Masas Anexiales son estructuras aumentadas de tamaño a nivel de los anexos uterinos. Las masas anexiales pueden ser de origen ovárico, Trompa de Falopio, las estructuras en el interior del ligamento redondo que se formaron a partir de los restos embrionarios. (1,2)

5.2 ETIOLOGÍA

La etiología de estos tumores varía considerablemente con la edad (2) (Graf.1)

5.3 FISIOPATOLOGÍA

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos. Los tumores más frecuentes son benignos. El ovario está constituido por tres porciones: la corteza, la medula, el hilio. El hilio es el punto de unión del ovario al mesovario. Este contiene nervios, vasos sanguíneos, en el cual inicia la esteroidogénesis o de formar tumores (3). Los verdaderos procesos neoplásicos presentan una constitución histológica muy diversa, de origen epitelial, estroma gonadal y finalmente los tumores germinales. (4,5). Se ha demostrado que el factor de crecimiento del endotelio vascular sirve como mediador principal de la angiogénesis y ayuda al desarrollo de las neoplasias ováricas (Abulafia ,2000; Fasciani, 2001; Yamamoto, 1997).

Fecha: Setiembre 2016	Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ- V.01	Página 5 de 18
-----------------------	---	----------------



**5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:**

En niñas o adolescentes con una lesión anexial lo más frecuente es que corresponda a un tumor de ovario en segundo lugar están los tumores paratubaricos. La incidencia de lesiones ováricas en la edad pediátrica es desconocida y se estima en 2,6 casos por 100.000 niñas por año. Las lesiones ováricas benignas en un 15,6% se presentaron en niñas menores de 10 años y 84,4% en mayores de 10 años, el riesgo de malignidad es mayor en niñas premenarquicas (6). En el Perú la patología tumoral ovárica es benigna en un 85% de los casos y solo el 15% es de maligno. (7)

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADO:**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. (4,8)

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 Específicas**6.1 CUADRO CLINICO****SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

- Tumoración abdominal, la mayoría de veces peri umbilical cuando sobrepasa este límite se ubica extra pélvico.
- Presencia de signos puberales, pubertad precoz periférica en niñas.
- Trastornos menstruales en la adolescencia.
- Dolor abdominal en la región periumbilical o en el hipogastrio. Si hay torsión el dolor es de aparición brusca.
- Síntomas digestivos: sensación de llenura, nauseas, vómitos.
- Síntomas urinarios: polaquiuria, disuria





PERÚ

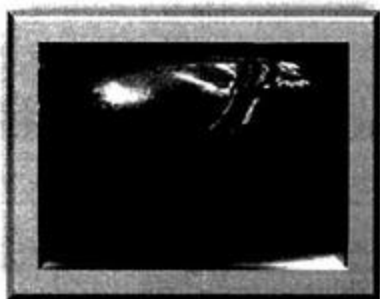
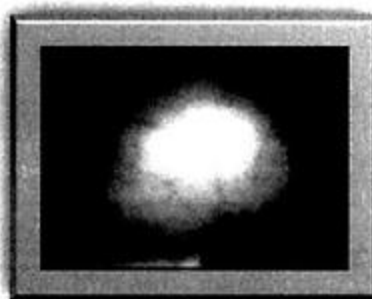
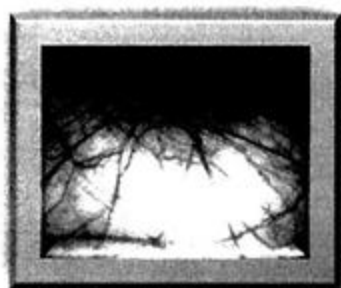
Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

- La mayoría de las veces constituyen hallazgos ocasionales, al momento de realizar una ecografía (3,9).

6.1.1 INTERACCIÓN CRONOLÓGICA

- **ANAMNESIS:**
- Peso al nacer.
- Antecedentes de adrenarquía prematura, Diabetes en la familia, presencia de 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

6.1.2 GRÁFICOS DIAGRAMAS FOTOGRAFÍAS**Foto 1: TERATOMA OVARICO****Foto 2: CISTOADENOMA SEROSO****Foto 3. QUISTE *paratubarico*****Foto 4: TORSION OVARICA**

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 7 de 18





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

6.2 DIAGNOSTICO

6.2.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

- Antecedentes familiares de cáncer de ovario, estomago, colón.
- Edad de la paciente en la recién nacida, niñas o adolescente.
- Estructura quística de >6cm.
- Cualquier lesión ovárica sólida
- Cualquier lesión ovárica con vegetación papilar en la pared del quiste.
- Cualquier masa anexial más de 10 cm de diámetro
- Masas fijas o sólidas.
- Ascitis
- Marcadores tumorales alterados
- Masa anexial palpable en un paciente premenarquica
- Torsión ovárica o sospecha de ruptura

6.2.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Embarazo ectópico
- Absceso tuboovárico,
- Hidrosálpinx.
- Útero bicornue, hematómetra, colpometra, hidátide de morgani.
- Patología gastrointestinal: colon sigmoideo protrúyete, cefaloma diverticulitis, apendicitis, absceso retroperitoneal.
- Patología genitourinaria: vejiga distendida, hidronefrosis, globo vesical, riñón pelviano.
- Quistes extragenitales: mesentérico, hidatídico, tuberculosis peritoneal (11)

Fecha: Setiembre 2016	Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-V.01	Página 8 de 18
-----------------------	---	----------------





6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 DE PATOLOGÍA CLÍNICA:

- 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 las 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.(1,12,13) **ver cuadro 1.**
- **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) (12, 13,14).
- **RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)**
- 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, insuficiencia renal).La secuencia T1 con supresión grasa permite el diagnóstico diferencial entre el componente hemático y el tejido graso. (10,14).
- **TOMOGRFÍA COMPUTADA (TC)** No es de elección en la evaluación de masas anexiales por ser un método con radiación ionizante y de menor resolución/caracterización tisular(14)



**6.3.3 DE EXÁMENES ESPECIALES COMPLEMENTARIOS:**

- **CA 125:** 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 (>40 U/ml) en el 83% de las pacientes con tumores de tipo mucinoso.
- **β HCG y AFP:** La β -coriogodotropina humana y la α -fetoproteína pueden ser útiles en tumores de estirpe germinal. La α -fetoproteína es el marcador ideal del tumor del seno endodérmico y también se encuentra aumentado en los teratomas y los disgerminomas. La β -coriogodotropina 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.(14)

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Las masas anexiales en niñas y adolescentes deben ser manejados instituciones de complejidad III 2, porque necesita Ginecólogo pediatra.

6.4.1 MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS:

- Se debe brindar toda la información necesaria a la paciente y a sus familiares sobre la importancia de la enfermedad y todos los procedimientos que se debe realizar.
- El manejo de la paciente y su familia debe ser interdisciplinario, interactuando el ginecólogo, pediatra, patólogo, imagenólogo, psicólogo, bioquímico y trabajador social.
- Educar y comunicar la importancia fundamental del control. Ginecológico antes de la pubertad y después de la pubertad. Para la detección oportuna de dicha patología.



**6.4.2 TERAPÉUTICA:**

El ginecólogo pediatra debe tener un amplio conocimiento de la patología anexial, considerar la edad, los hallazgos físicos, resultados de imágenes, marcadores tumorales para establecer un plan de tratamiento adecuado. Gráfico 2 y 3.

- **La Cirugía Laparoscopia** Es el método de elección para el tratamiento quirúrgico de masas benignas, se asocia con recuperación más rápida, menores tasas de complicaciones postoperatorias, menos dolor posquirúrgico y estancia hospitalaria corta, el procedimiento de elección será quistectomía(15)
- **La Laparotomía:** Es de elección cuando hay sospecha de malignidad, ofrece un campo quirúrgico amplio y suficiente para realizar una ooforectomía o enucleación del quiste sin que se rompa el tumor y sirve para el estadiaje.(16)

6.4.3 EFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO:

El diagnóstico oportuno de la patología anexial y la intervención quirúrgica ayudará a preservar el futuro reproductivo de las niñas y adolescentes.

6.4.4 SIGNOS DE ALARMA: Cambios hemodinámicos en la paciente, signos de obstrucción intestinal, abdomen agudo.**6.4.5 CRITERIOS DE ALTA:**

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

6.4.6 PRONÓSTICO:

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

Fecha: Setiembre 2016	Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-V.01	Página 11 de 18
-----------------------	---	-----------------





6.5 COMPLICACIONES:

- **Torsión Ovárica:** Es la de mayor frecuencia y se origina en tumores de mediano tamaño y pedículo largo. Es más habitual en las primeras semanas de la gestación, en el puerperio y en las niñas, siendo bastante frecuente en tumores dermoides. El dolor suele ser el síntoma principal y es de carácter agudo o subagudo, según la intensidad de la torsión y puede ceder espontáneamente cuando se corrige por sí misma. Si origina compromiso circulatorio puede llegar a producir necrosis tumoral siendo necesario el tratamiento agresivo quirúrgico urgente (ooforectomía). (17)
- **Rotura:** Suele ser secundaria a traumatismo, torsión o exploración previa. Es poco frecuente y la clínica dependerá del tipo de tumor y de su contenido. La rotura de un dermoide o un endometrioma desencadena un cuadro clínico más aparatoso que los cistoadenomas serosos o mucinosos.
- **Hemorragia:** Puede ser intraquística, por rotura de algún vaso de la pared, sin llegar a romperla, o intraperitoneal, más o menos intensa según el calibre del vaso afectado. La clínica consiste en dolor abdominal y cambios en estado hemodinámico. (17)
- **Infección:** es poco frecuente y suele asociarse a torsión. Se produce con mayor frecuencia en los endometriomas y quistes dermoides.
- **Compresión** sobre otras vísceras vecinas, obstrucción intestinal, perforación intestinal incluso hasta muerte súbita (18).





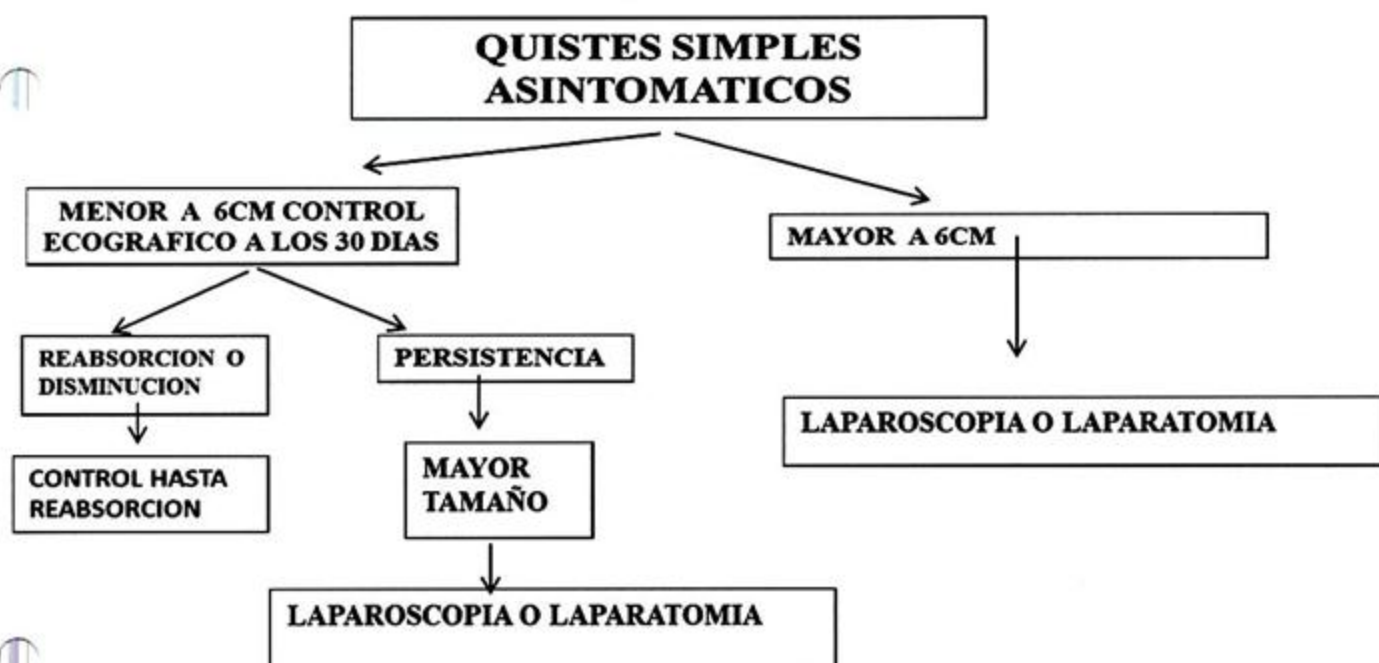
PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

Siendo el último nivel de atención el servicio tiene capacidad resolutive y no requiere referencia. La contrarreferencia es a la misma institución.

6.7 FLUXOGRAMA**FLUXOGRAMA 1: PARA QUISTES SIMPLES ASINTOMATICOS**

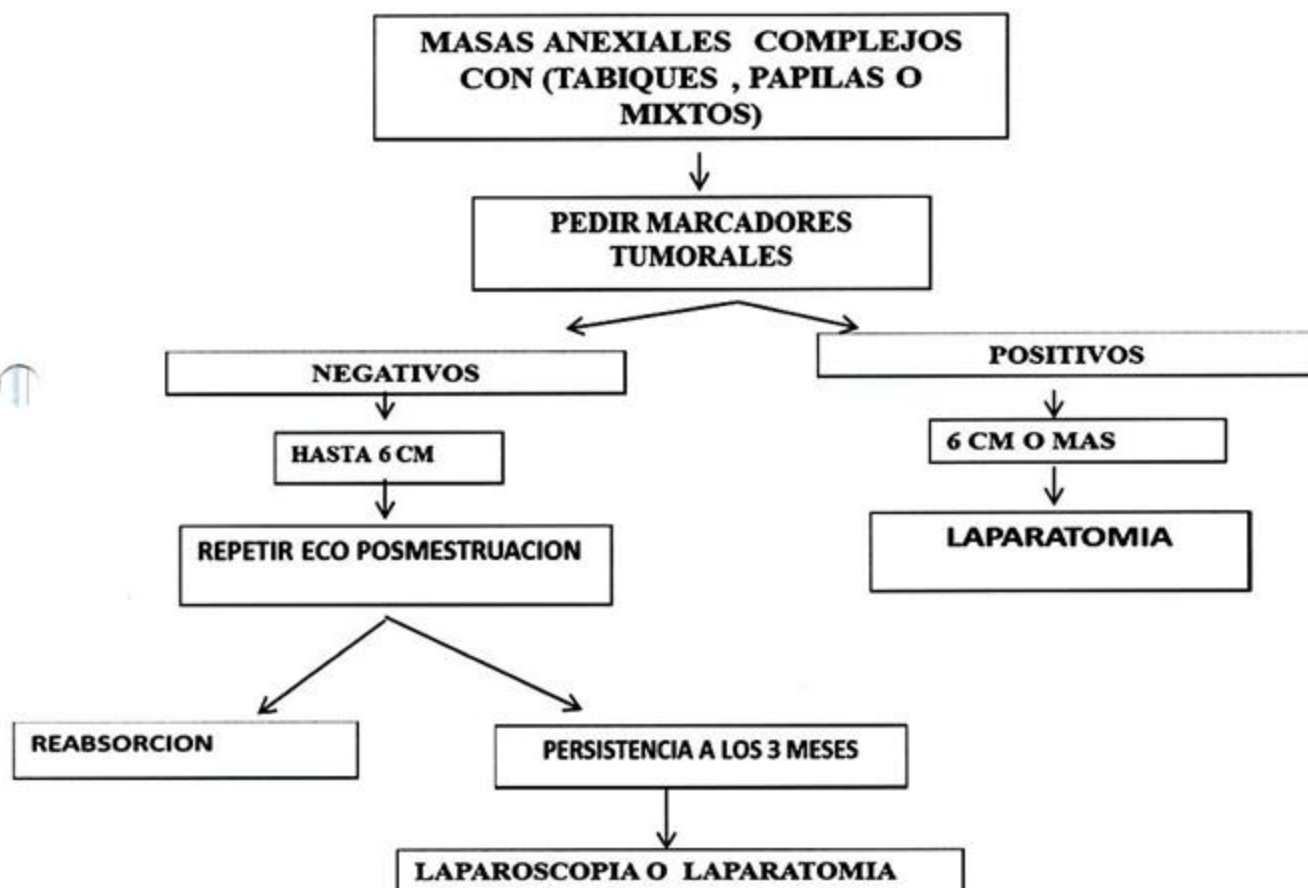
TOMADO DE REV.SOC.ARG.GINECOL.INF.JUV.

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 13 de 18



**FLUXOGRAMA 2: PARA MASAS ANEXIALES COMPLEJOS**

ADAPTADO DE REV.SOC.ARG.GINECOL.INF.JUV



PERÚ

Ministerio
de Salud

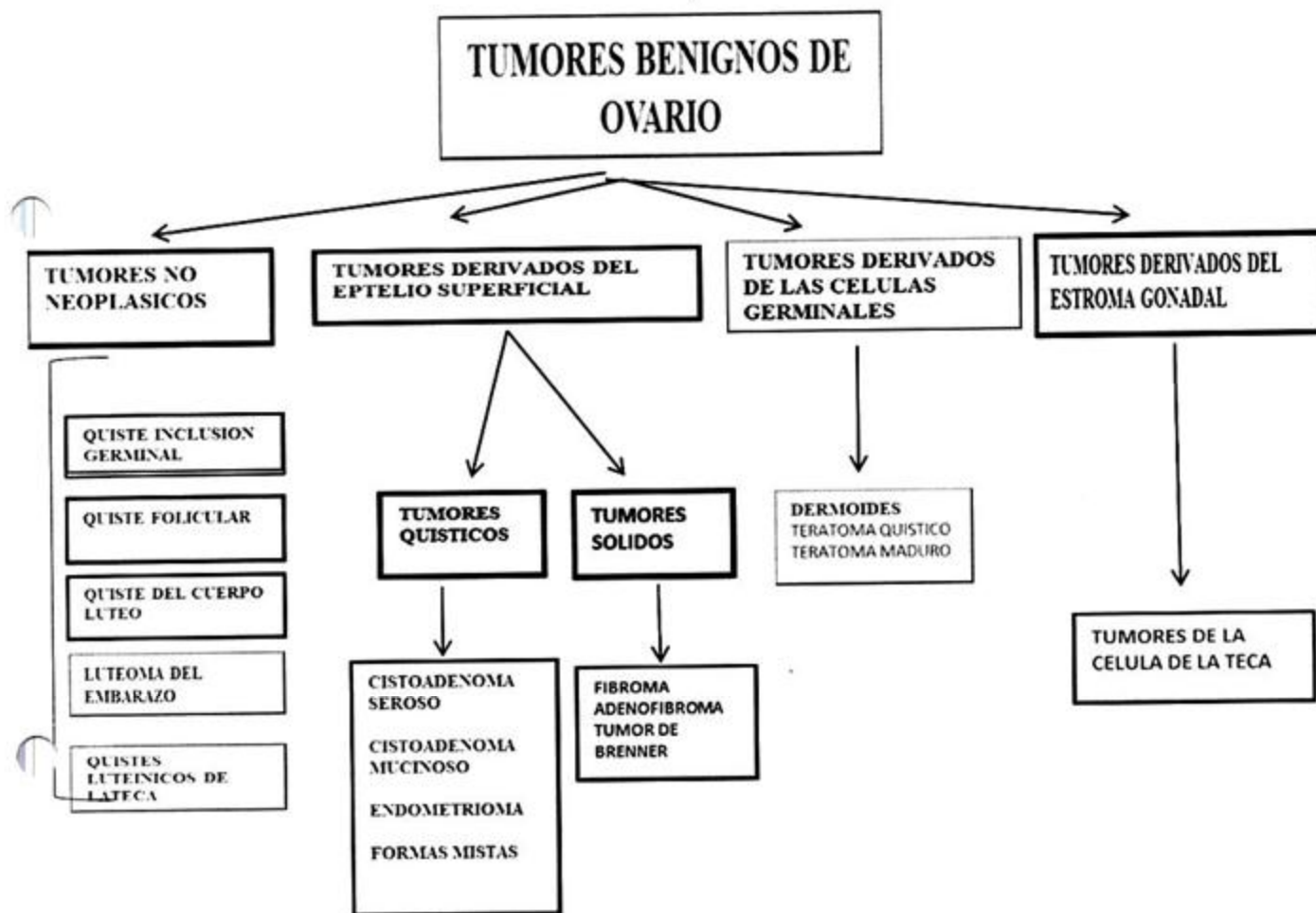
Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

GRAFICO 1 :CLASIFICACION DE LOS TUMORES BENIGNOS DE OVARIO



TOMADO: GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL. E. BESTALIA

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 15 de 18





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

TABLA 1 REGLAS IOTA

REGLAS B (Benignidad)	REGLAS M (Malignidad)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ QUISTES UNILOCULARES ✓ PRESENCIA DE COMPONENTES ✓ SÓLIDOS MENORES DE 7 mm. ✓ PRESENCIA DE SOMBRA ACÚSTICA ✓ TUMOR MULTILOCULAR MENOR DE 10 CM ✓ AVASCULAR 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ TUMOR SÓLIDO IRREGULAR ✓ ASCITIS ✓ CUATRO Ó MÁS ESTRUCTURAS ✓ PAPILARES ✓ TUMOR MULTILOCULAR, ✓ SÓLIDO/IRREGULAR > 10 CM ✓ AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN

Adaptado de Guía Clínica Dr. donati 2014.

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 16 de 18





VIII-FERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Dra. Andrea Donati Castro Guía de práctica clínica.. Año 2014 - Revisión: 1Página 1 de 16.
- 2.- Mabel. I. Rivero, Jorge Kumdycki, Guillermo Fava, Úrsula Frowein, María T. Villalba, Daniel Vidal. Tumores anexiales aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos. Servicio de Toco ginecología. Hospital "A. I. de Llano". Corrientes. Revista Médica del Nordeste - N° 1 - Abril 2002.
- 3.- E. Bestalia Sánchez de la Cruz Ginecología Infantojuvenil: Editorial medica Panamericana 2011.SVGIIJ capítulo 16. Pág 185-198.
4. - Williams. Shorge. Shaffer. Halvorson Tumores pélvicos: MacGraw -Hill Interamericana Editores 2009. Cap. 9, Pág 195-219.
- 5.- Laura María Pons Porrata, MsC. Odalis García Ovarian tumors: pathogenic, clinical pattern, echographic and histopathological diagnosis. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN 2012; 16(6): 920
6. - Darrell Cass, Mary Brandt, Murali Chintagumpala, Robert S. Bloss, Alan L. Milewicz, Surgery for ovarian masses in infants, children, and adolescents: 102 consecutive patients treated in a 15-year period. From the Departments of Surgery, Pathology, and Pediatrics at the Texas Children's Hospital and the Baylor College of Medicine, Houston, TX.
- 7.- . C.Urbina, Sandoval Tumoración anexial en adolescentes.Rev. Gineco. Obstetric 2005; 5:1:15-18
- 8.- Holt VL Riesgo de quiste ovárico funcional: efectos de fumar marihuana y uso de acuerdo con el índice de masa corporal. Am J Epidemiol 2005; 161(6): 520-5
- 9.- Ginecología Infantojuvenil un abordaje interdisciplinario. SAGIJ. Video cirugía en el diagnóstico y tratamiento masas anexiales.Ediciones Journal 2014.capítulo 9.3. pág. 535.
- 10.- Consenso nacional inter-sociedades sobre manejo de las masas anexiales- Diciembre de 2012 -Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia,
- 11 VANESSA GIVENS, MD; GREGG MITCHELL, MD; CAROLYN HARRAWAY-SMITH, MD Diagnosis and Management of Adnexal Masses, MD University of Tennessee Health Science Center College of Medicine, Memphis, Tennessee *Am Fam Physician.* 2009 Oct 15; 80(8):815-820.
- 12.- Douglas L. Brown et al: Adnexal Masses: US Characterization and Reporting 1 Radiology: Volume 254: Number 2—February 2010.





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

Guía de Práctica Clínica Masas Anexiales Benignas en Ginecología Infanto Juvenil

13. Noam smorgick and Ron Maymo Assessment of adnexal masses using ultrasound: a practical Review. Int J woman health 2014: 6:857-863
- 14.- CASSANDRA M. KELLEHER, MD, and ALLAN M. GOLDSTEIN, MD Adnexal Masses in Children and Adolescents . Clinical obstetrics and gynecology 2015 Volume 58, Number 1, 76–92.
- 15.-Amilcar berretta, MD, Luis Felipe sallum, MD, Luis otavosarian Strict Criteria for selection of laparoscopy for women with adnexal mass. JSLS. 2014 Jul-Sep.; 18(3): e2014.00215
- 16.- Michael G Muto. <http://www.uptodate2015.com/contents/management-of-an-adnexal-mass>
- 17.- M Al-Shukri, M Mathew, W Al-Ghafri, M Al-Kalbani, L Al-Kharusi, and V Gowri .A Clinicopathological Study of Women with Adnexal Masses Presenting with Acute Symptoms. Ann Med Health Sci Res. 2014 Mar-Apr; 4(2): 286–288.
- 18.- SAGIJ Masas Anexiales en Niñas y Adolescentes Vol. 19-Nro 2 -2012.

Fecha: Setiembre 2016

Código: GPC-003/INSN- SB/ SUAIEPEQ-
V.01

Página 18 de 18





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

SUBUNIDAD DE ATENCION INTEGRAL ESPECIALIZADA DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

SERVICIO DE GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL

GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL



<p>Elaborado por:</p> <p>Equipo Técnico del Servicio de Ginecología</p>	<p>Revisado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Atención Integral Especializada • Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas • Unidad de Gestión de la Calidad 	<p>Aprobado por:</p> <p>Dra. Zulema Tomas Gonzales</p> <p>Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>
--	---	--

Fecha: Setiembre 2016

Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-
SUAIEPEQ V.001

Página 1 de 15





Guía de Procedimientos de Quistectomía Laparoscópica en Ginecología en Ginecología Infantojuvenil

CONTENIDO:

I	NOMBRE Y CÓDIGO.....	3
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES.....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	5
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR.....	7
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	7
VIII	LIMITACIONES Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	12
IX	COMPLICACIONES.....	12
X	AUTORES. FECHA Y LUGAR.....	14
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
XII	ANEXOS.....	15

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 2 de 15
-----------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

I.-NOMBRE Y CÓDIGO

QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: CPT: 58924

II.-DEFINICIÓN

-Definición del procedimiento: La Laparoscopia es una técnica que permite la visión de la cavidad abomino pélvica a través del laparoscopio, un instrumento que se introduce por una pequeña incisión y que consta de una fuente de luz transmitida por una fibra óptica, y una cámara que se conecta a un monitor de televisión.(1)La cirugía laparoscópica y terapéutica tiene aplicación en ginecología de niñas y adolescentes.(2).

-Aspectos epidemiológicos importantes: La cirugía laparoscópica es un procedimiento de mínima invasión, que permite una rápida recuperación, excelente resultados cosméticos y menor dolor, características que la hacen muy atractiva para el manejo de diversas patologías. En el campo de la Ginecología Infantojuvenil es informada con una frecuencia que oscila entre las diferentes series de 1,7 a 5% de todas las Cirugías laparoscópicas realizadas. (1.9).

III.-INDICACIONES**❖ Indicaciones absolutas:**

-Masa ovárica mayor de 5-6cm de diámetro

-Dolor abdominal o abdomen agudo en relación o tumor anexial.

Incapacidad de determinar la naturaleza de la masa con técnicas de diagnóstico por imágenes radiológicas o ecográfica tumores anexiales persistentes de cualquier tamaño.(12)

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 3 de 15
-----------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

❖ Indicaciones relativas:

- Masa anexial de 10 cm de diámetro.
- Masa anexial con sospecha de malignidad.

IV.-CONTRAINDICACIONES

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Peritonitis
- Hernias de gran volumen
- Patología cardiorrespiratoria severa

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Peritonitis
- Hernias de gran volumen
- Patología cardiorrespiratoria severa
- Obesidad
- Trastornos inflamatorios intestinales
- Cirugía previa
- Tumores abdominales de gran tamaño
- Embarazo.

Las contraindicaciones relativas pueden ser reducidas en parte gracias a la destreza del cirujano (tumores de gran tamaño) y al uso de las entradas alternativas anteriormente mencionadas (cirugías previas o pacientes obesas). Las limitaciones para realizar la laparoscopia son ausencia básica de la tecnología en centros y hemorragia con inestabilidad hemodinámica. (2)

V.-REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 4 de 15
-----------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL****(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)****Procedimiento: LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA****Objetivo del Procedimiento: QUISTECTECTOMIA LAPAROSCOPICA****Alternativas: LAPARATOMIA EXPLORATORIA****Consecuencias previsibles de su realización:** BRONCOESPASMO, TROMBOEMBOLIA, PARO CARDIORESPIRATORIO, DESORDEN EREBRO-VASCULAR E INCLUSO MUERTE**Consecuencias previsibles de su no realización:** TORSION OVARICA, NECROSIS OVARICA, HEMOPERITONEO.**Riesgos frecuentes:** SANGRADO, INFECCION, DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA**Riesgos poco frecuentes:** PERFORACION DE VISCERA HUECA, PERFORACION DE VASOS, PERFORACION DE VEJIGA, ENFISEMA SUBCUTANEO, PERFORACION DE LA MASA ANEXIAL, PERFORACION INTESTINAL, PERFORACION URETERAL.**Riesgos o efectos adverso en función de las particularidades del paciente:** Los riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son: CONVERSION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA A CIRUGIA ABIERTA

Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: DEPENDE DE LOS HALLAZGOS Y RESULTADOS DE ANATOMIA PATOLOGICA**Recomendaciones:** CUMPLIR CON LAS RECOMENDACIONES MEDICAS PREOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS.**DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:**

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 5 de 15
-----------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL**

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

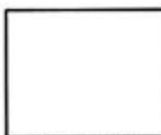
Declaro:

Que el Médico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

Huella Digital
Índice Derecho

DNI:.....

Firma de testigo (opcional)

Huella Digital
Índice Derecho

DNI:.....

Firma y sello de Médico

CMP:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

Huella Digital
Índice Derecho

DNI:.....

Firma de testigo (opcional)

Huella Digital
Índice Derecho

DNI:.....

Firma y sello de Médico

DNI:.....

Fecha: Setiembre 2016

Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-
SUAEIPEQ V.001

Página 6 de 15





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Rorío

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN GINECOLOGÍA INFANTOJUVENIL

VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR**6.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS:**

Videolaparoscopio con Torre que incluye: cámara de video, fuente de luz acoplado a equipo multimedia (DVD grabador)

6.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE:

Set de instrumental para Quistectomía Laparoscópica: 03 trocares de 5mm, 01 Trocar de 10mm, 02 pinzas de agarre o grasper, 02 Maryland, 01 pinza de biopsia, una pinza monopolar, Una pinza bipolar, una pinza hook, Bisturí armónico, 01 pinza extractora, Cánula de irrigación – succión (2,8)

6.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE:

- 06 Pares de guantes N°7½
- 02 Par de guantes N°7
- 04 Paquetes de gasas medianas
- 01 Equipo de venoclisis
- 01 Extensión Diss
- 01 Volutrol
- 01 Abocath N°22 ó 24
- 03 Electrodo
- 01 sonda Foley nro. 8, 10, 12,14. Por edades
- 02 Sobre de Vicryl 3/0 con aguja cuticular
- 03 Tegaderm chico
- Hora de bisturí nro. 15
- Aguja de Verres descartable.

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 7 de 15
-----------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL**

- Filtro laparoscópico
- Manga laparoscópica
- Equipo de irrigación en Y
- Equipo de Aspiración
- Bolsas para Aspiración
- Tubo no conductivo

6.4 MEDICAMENTOS:

- Yodopovidona al 10% en espuma
- Yodopovidona al 10% en solución.
- 05 Frascos de cloruros de sodio al 0.9% x 1000 cc,
- 01 Ampolla de Dexametasona 4 mg
- 01 Ampolla Ketorolaco 30 mg
- 01 Ampolla Atropina 0.5mg

VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- El procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia general e intubación.
- Se coloca a la paciente en posición de litotomía
- Se coloca brazos y pies a ambos lados de la paciente, almodillandolos correctamente para no cargar las articulaciones ni someter ninguna zona a presión.
- Se completa la exploración pélvica, colocación de sonda Foley, examinar el abdomen para ver las referencias anatómicas.
- Comprobar las referencias vitales.
- Se explora el ombligo.

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 8 de 15
-----------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

- Se incide la piel con hoja de bisturí nro. 15 y se hace pasar la aguja de Verres elevando la región inferior del abdomen. La aguja se sostiene entre el pulgar y el primer dedo, debiendo palpase la anatomía es decir sección de la fascia y protrusión del peritoneo a medida que la aguja atraviesa dichas capas. En menores de 8 años se prefiere la técnica de Hassan .
- Se completa la comprobación de líquidos. Se une una jeringuilla llena de suero salino a la aguja de Verres y se empuja suavemente el líquido para que penetre en la cavidad abdominal, No debe haber resistencia a dicha maniobra. Debe existir un flujo libre del líquido.
- Se une el tubo que conecta la aguja de Verres con el insuflador y se comprueba la presión en el modo no flujo. Estas presiones deben variar entre 0-4mmhg y valores negativos si se eleva la región inferior del abdomen para crear vacío en el interior de la cavidad del abdomen.
- Con el insuflador a ajustado a 1L/min , se insufla CO₂ en el abdomen y se comprueba el manómetro intermitente. Cuando se han introducido aproximadamente 3 litros de CO₂ la presión abdominal sube de 8 a 11mmhg. Durante la insuflación se percute para asegurar una distensión generalizada de la cavidad abdominal.
- Una vez establecido un neumoperitoneo adecuado y generalizado se extrae la aguja de Verres, se amplía simétricamente la incisión umbilical con una hoja de bisturí nro15 y se introduce suavemente el trocar y la cánula de laparoscopia, elevando el abdomen inferior manteniendo las vías de entrada en posición abierta. Esta maniobra produce un sonido audible en ese momento se detiene la entrada se extrae el trocar y se introduce el laparoscopio unido a una fuente de luz a través de la cánula en el interior del abdomen bajo visión directa.
- En todos los casos se lleva a cabo de forma rutinaria una exploración panorámica del abdomen superior y una valoración posterior detallada de la pelvis. Las cánulas a usarse son de 5mm.

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 9 de 15
-----------------------	--	----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

- Con el bisturí preparado, se apagan las luces .Guiándonos con la luz del laparoscópio se identifican por transluminación los vasos de la pared abdominal anterior. Se realiza las incisiones abdominales inferiores en las regiones a vasculares definidas. La penetración de cada trocar y cánula accesorios se observa directamente a través del laparoscopio y a medida que se atraviesa en el peritoneo el trocar correspondiente se extrae y se fija su cánula.(8)Se introduce el laparoscopio mediante un primer trocar vía umbilical 5mm, acoplado a una endocámara.
- Para la inspección se colocan 2 vías acceso de 5mm laterales. En la prolongación teórica de una incisión de pfannensteiel, en ambas fosas iliacas. Si la masa es mixta Y/o grande se puede agregar una vía más 5mm medial supra púbico o según criterio del cirujano.
- Se realiza la exploración del anexo quístico, anexo contralateral, peritoneo pelviano, fondo de saco de Douglas y vesicouterino, útero, paracolicos, diafragma, epiplón y superficie hepática.
- La tumoración anexial se estabiliza tomándose con una pinza traumática en el ligamento útero –ovárico.
- Luego se realiza la Quistectomia Laparoscópica. Se realiza una fenestracion en el borde antimesentrico del ovario, lo más alejado posible de la superficie de la trompa, a fin de prevenir la formación de adherencias. Se inspecciona cuidadosamente la incisión ovárica a fin de encontrar el plano de clivaje al hallarlo , se toman la pared del quiste y la corteza ovárica con pinza a traumática y se traiciona de las ,mismas en direcciones opuestas, avanzado en la disección del quiste durante la intervención , las pinzas se corren permanentemente siguiendo el plano de clivaje para permitir el control visual y constante de la disección y prevenir el desgarrar del tejido(8).

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 10 de 15
-----------------------	--	-----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL**

- El control de la hemostasia se realiza mediante coagulación bipolar al finalizar la corteza ovárica se deja abierta.
- Se concluye el procedimiento, se realiza un lavado exhaustivo con CLNa al 9%/1000 o solución fisiológica.
- Ooforectomía y anexectomía laparoscópica: el primer paso consiste en movilizar el ovario o el anexo a fin de evaluar los pedículos vasculares son accesibles con facilidad y su posible relación con estructuras importante como uréter, los pedículos infundíbulo pelviano y útero ovárico se seccionan previa coagulación bipolar. Para la extracción de la pieza, de acuerdo al volumen del material a extraer puede ampliarse, o en caso de tumores voluminosos y sólidos (teratomas). Se recomienda que la extracción de estos tumores sobre todo en caso de teratomas se realice introduciéndose en una bolsa para evitar la diseminación del contenido. (8)

VIII.- LIMITACIONES

No aplica

IX.- COMPLICACIONES**1.- Lesiones durante la insuflación de CO₂:**

-Lesión de vasos: El daño vascular más frecuente es por laceración de vasos mesentéricos al introducir la aguja de Verres a través del ombligo, particularmente si existen adherencias de epiplón a dicho nivel. La introducción de la aguja de Verres en un vaso de gran calibre se detecta fácilmente por la salida de sangre a través de la misma, o durante la primera maniobra de comprobación. La insuflación directa de CO₂ al torrente sanguíneo puede terminar con una grave y fulminante embolia gaseosa.

Fecha: Setiembre 2016

Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-
SUAIEPEQ V.001

Página 11 de 15





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL**

No se han encontrado referencias de la punción inadvertida de la aorta con la aguja de Veress. (10, 11,12)

-Lesiones a intestino o estómago. Las lesiones del tracto gastrointestinal ocurren en 1-2 ‰ de los procedimientos laparoscópicos.

- Una revisión de la literatura desde 1975 al 2002 sobre lesiones producidas por la entrada (aguja de Verres, trocar umbilical) publicó un 0,3 a 1,3‰ de lesiones viscerales y de un 0,07 a 4,7‰ de lesiones vasculares.

2.- Insuflación extraperitoneal de CO₂:

-Enfisema cutáneo: Una introducción defectuosa de la aguja de Verres (instrumento clásico para la creación del neumoperitoneo previo a la colocación de los trocares) ya sea, por una penetración insuficiente de la pared abdominal, o una incorrecta inclinación, elevación de la misma, pueden ocasionar la distensión gaseosa del espacio subcutáneo, preperitoneal o a nivel de epiplón, lo que provoca un enfisema que dificulta la colocación de los trocares y la visión posterior.

3.- Lesiones provocadas por los trocares :

-La punción de grandes vasos abdominales (aorta, cava, mesentérica inferior) al introducir el primer trocar tras-umbilical no es superior al 0,3-0,9%. Son más probables en los casos de pacientes muy delgadas o niñas.

-Los trocares accesorios colocados lateralmente pasan cerca de los grandes vasos iliacos, pero al colocarlos con visión intraabdominal el riesgo disminuye. No obstante, las lesiones vasculares más frecuentes son las de los vasos epigástricos inferiores que pueden coincidir con la colocación de los trocares.

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 12 de 15
-----------------------	--	-----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL**

-Lesiones intestinales: Es una de las complicaciones más serias, porque puede no ser diagnosticada en el quirófano lo que incrementa el riesgo de peritonitis fecal y muerte.

-Lesiones de vejiga o uréter: La vejiga soporta bien los traumas con agujas. No obstante, previamente a cualquier maniobra resulta preceptivo el sondaje y vaciado de la misma. Si la lesión pasa inadvertida y se observa en el post-operatorio (como oliguria o anuria, hematuria, ascitis...) una nueva exploración laparoscópica permitirá visualizar el orificio vesical en comunicación con el peritoneo y su sutura.(10,11,12)

4.- Lesiones durante la cirugía laparoscópica

-Lesiones vasculares: Las lesiones de las arterias y venas ilíacas pueden producirse excepcionalmente en las salpingectomías, anexectomías o hysterectomías y requieren reparación inmediata. Las lesiones vasculares por electrocirugía dan complicaciones post-operatorias cuando salta la escara y se produce la hemorragia.

-Las lesiones intestinales durante la cirugía son poco frecuentes, pero debemos tener en cuenta que en la cirugía de la endometriosis, tanto ovárica como profunda, (endometriosis del tabique recto-vaginal) las adherencias del sigma y recto-sigma son frecuentes, gruesas y tan íntimamente adheridas al tejido endometriósico que incluso la enfermedad puede perforar la víscera provocando rectorragias menstruales.

-Puede producirse sección ureteral, lesión térmica, oclusión directa o estenosis por tracción, acodamiento o isquemia de un segmento ureteral.

-Lesiones vesicales: Durante la cirugía se puede producir lesión vesical en aquellos actos que implican su disección como la hysterectomía total

-Lesiones sobre masa anexiales de riesgo neoplásico.

-Lesiones y accidentes en la extracción de la pieza quirúrgica.

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 13 de 15
-----------------------	--	-----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja

GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL

--Hernias postincisionales.

-Infección de Herida quirúrgica (10, 11,12)

X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR

- Dra.Mirella Mallqui Mejía mmallquim@insnsb.gob.pe
- Setiembre 2016
- Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
- Vigencia : 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.

XI.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Joseph S. San Filippo y Thom E Lobe, Cirugía laparoscópica en Niñas y Adolescentes Louisville, Kentucky y Memphis, Tennessee 2008.
2. Bestalia Sánchez de la Cruz, Ginecología Editorial Panamericana cap. 7. Pág. 57 2006.
3. Sociedad Argentina de Ginecología Infantojuvenil .Ginecología Infantojuvenil un abordaje interdisciplinario. Ediciones Journal 2015.
4. Roday A, Jackish C, Klockenbusch W, The conservative management of adnexal torsion A case report and review of the literature. Euro J Obstetric Gynecology Reprod Biol 101:83-86, 2002.
5. Tommaso Gargano, Mario Lima, Ovarian Tissue Collection for Cryopreservation in Pediatric Age: Laparoscopic Technical Tip Pediatric Surgery Hospital, Bologna, Italy 2013.

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 14 de 15
-----------------------	--	-----------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA INFANTOJUVENIL**

6. Fabbri R, Vicente R, Macciocca M, Cryopreservation of ovarian tissue in pediatric patients. *Obstetric Gynecology Int* 2012; 2012:910698.
7. Fedele Luigi, Bianchi Stefano, Frontito Hiada Laparoscopic and pelvic Anatomy in Mayer – Rokitansky *Obstetrics & Gynecology* may 2007-Volumen 109 p.1111-1115
8. Thomas G Stovall Frank W Ling Cirugía Ginecológica y Obstétrica de los procesos benignos .Ediciones Mosby cap. 15 página 286.
9. Alba Lucia Mondragon, M.D.* Gloria Amparo Viáfara, M.D. **, Beatriz Vinueza, gynecologic laparoscopy performed on adolescents at three institutions in the city of Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 55 No.4 • 2004 • (315-320)
10. Murdock C, Van Geem T.Risk factors for hypercarbia, subcutaneous emphysema, pneumothorax and pneumomediastinum during laparoscopy.*Obstet Gynecology* 2000; 95:704-9
11. Stany MP Farley JH. Complications of Gynecologic Surgery.*Surg Clin N Am* 2008; 88:343-59
12. Magrina JF. Complications of laparoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45: 469-480.

XII.- ANEXOS

No aplica

Fecha: Setiembre 2016	Código: GP-001/INSN- SGINYOBS-SUAEIPEQ V.001	Página 15 de 15
-----------------------	--	-----------------



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE
QUISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN GINECOLOGIA EN GINECOLOGIA INFNTOJUVENIL**

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento: LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA

Objetivo del Procedimiento: QUISTECTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Alternativas: LAPARATOMIA EXPLORATORIA

**Consecuencias previsibles de su realización: BRONCOESPASMO, TROMBOEMBOLIA, PARO
CARDIORESPIRATORIO, DESORDEN EREBRO-VASCULAR E INCLUSO MUERTE**

**Consecuencias previsibles de su no realización: TORSION OVARICA, NECROSIS OVARICA,
HEMOPERITONEO.**

Riesgos frecuentes: SANGRADO, INFECCION, DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA

**Riesgos poco frecuentes: PERFORACION DE VISCERA HUECA, PERFORACION DE VASOS,
PERFORACION DE VEJIGA, ENFISEMA SUBCUTANEO, PERFORACION DE LA MASA
ANEXIAL,PERFORACION INTESTINAL, RUPTURA URETERAL, PERFORACION URETERAL.**

**Riesgos o efectos adverso en función de las particularidades del paciente: Los riesgos o
complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias
personales, son: CONVERSION DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA A CIRUGIA ABIERTA**

Por ello es recomendable que antes del Procedimiento consulte las dudas al médico y
comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: DEPENDE DE LOS HALLAZGOS Y RESULTADOS DE ANATOMIA PATOLOGICA

**Recomendaciones: CUMPLIR CON LAS RECOMENDACIONES MEDICAS PREOPERATORIAS Y
POSTOPERATORIAS.**

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en
.....; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (),
) o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia
Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es
conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de
.....

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:



SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado
Digital

.....
Huella Digital

.....
Firma de testigo (opcional)

.....
Huella

.....
Índice Derecho

.....
Índice

DNI:.....

DNI:.....

.....
Firma y sello de Médico

CMP:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

.....
Huella Digital

.....
Firma de testigo (opcional)

.....
Huella Digital

.....
Índice Derecho

.....
Índice

DNI:.....

DNI:.....

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

