



# 6

Junio 2019

8:00 h - 9:00 h

Aula Magna

Edificio de Gobierno

Hospital U  
vROCIÓ Sesión  
Clínico-Patológica

## MUJER DE 27 AÑOS CON COITORRAGIA

### Ponentes Clínicos

*Dra. Lidia Melero Cortés; Dr. Jose Manuel Silván Alfaro; Dra. María Ángeles Martínez.*

UGC Ginecología, Oncología Ginecológica y Patología Mamaria

### Ponente Radiodiagnóstico

*Dr. Dr. Javier Frutos Arenas.*

UGC de Diagnóstico por la Imagen.

### Ponente Anatomía Patológica

*Dra. María Begoña Vieites Pérez Quintela.*

UGC de Anatomía Patológica.

### Ponente Oncología Médica

*Dra. Purificación Estévez García.*

UGC de Oncología Médica.

### Moderadora

*Dra. María Ángeles Martínez Maestre*

UGC Ginecología, Oncología Ginecológica y Patología Mamaria

# Antecedentes

## **Familiares:**

- Padres sanos y sin enfermedades hereditarias conocidas.
- Tía paterna: diagnóstico de carcinoma de mama por encima de los 50 años.
- Tía materna con diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio tipo endometrioides a edad que desconoce.

## **Personales:**

- No alergias conocidas.
- Fumadora de menos de 5 cigarrillos al día. No otros hábitos tóxicos.
- Intervenida con 21 años de tumorectomía de mama derecha con diagnóstico histológico de Fibroadenoma. Seguimiento posterior dentro de la normalidad.
- Con 25 años consulta por tumoración en falange proximal de primer dedo de la mano derecha, realizándose exéresis de la lesión con resultado anatomopatológico final de Tumor de Células Gigantes localizado de vaina sinovial.
- Menarquía con 15 años. Fórmula menstrual: 4-5/28-30. Usuaria de anovulatorios durante 12 años con abandono de los mismos en Julio de 2017. No dismenorrea. No gestaciones.
- Refiere deseo genésico en la actualidad. Número de parejas sexuales totales 3. Pareja sexual estable desde hace 2 años.
- Realiza proceso de cérvix correctamente.
- Tratamiento habitual: no realiza.

# Enfermedad actual

- Paciente de 27 años. Consulta en Septiembre de 2017 por sangrado vaginal abundante y prolongado desde hace 2 meses, en relación con abandono de anticonceptivos hormonales orales. En el momento de la consulta en Urgencia HM refiere 12 días de sangrado abundante. Astenia leve.
- Usuaria de método de barrera como método anticonceptivo.
- Refiere a su vez desde hace 2 meses episodios de coitorragia de forma aislada. Aporta citología negativa para lesión intraepitelial o malignidad de Enero de 2017.
- Recientemente y tras consultar con su médico de atención primaria por los episodios de coitorragia, refiere nueva práctica de citología, aún pendiente de resultados.

# Exploración física

- Buen estado general.
- Afebril y normotensa.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda. No presenta signos de irritación peritoneal.
- Movilización cervical no dolorosa. Al tacto bimanual presenta útero de tamaño normal, sin palpación de patología anexial. Cérvix hipertrófico
- Especuloscopia: cérvix de aspecto hipertrófico con eritroplasia amplia que abarca la totalidad del ectocérvix que sangra al contacto con el espejulo en escasa cantidad.
- Sangrado de cavidad en cantidad similar a regla.
- Flujo compatible con posible vaginosis bacteriana.

# Estudios complementarios

## Analítica:

- **Hemograma y estudio de coagulación:** normales.
- **Test de gestación en orina:** negativo

## Ecografía transvaginal:

- Útero en anteversión de tamaño normal con endometrio engrosado refringente de 18 mm debido a la existencia en su interior de formación quística anecogénica de 15x11 mm de diámetro sin vascularización al aplicar Doppler color, compatible con hematometra.
- A nivel de cérvix uterino existe una formación hiperecoica de límites imprecisos localizada en el tercio superior y que se prolonga hasta zona ístmica uterina de diámetro en corte transversal de 39 x 40 mm con intensa captación Doppler central y periférica. Dicha formación parece elongarse hacia parametrio izquierdo.
- Valoración anexial: Ovario izquierdo de ecoestructura y tamaño normal. Ovario derecho aumentado de tamaño, a expensas de formación quística de 48x42mm de bordes externos bien delimitados y contenido hipoecoico, con zona de mayor refringencia a nivel de borde más próximo a útero, sin otros tabiques ni papilas en su interior, lo que podría sugerir el diagnóstico de formación quística funcional o endometrioma quístico con reciente sangrado, sin captación Doppler patológica.
- Mínima cantidad de líquido libre en Douglas. Compartimento posterior sin otros hallazgos.
- Síndrome adherencial entre asas intestinales y cara anterior uterina.

# Evolución y Curso Clínico

- Ante la estabilidad clínica y analítica, se decide alta de la paciente con derivación preferente para continuar estudio en Consultas Externas de Ginecología.