

XIV

Congreso Chileno de
Obstetricia y Ginecología
Infantil y de la Adolescencia



LIBRO DE

CONTRIBUCIONES

XVI CONGRESO CHILENO DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

SANTIAGO, 2026



ÍNDICE

CONTRIBUCIONES ORALES

#1 PREMIO A MEJOR CONTRIBUCIÓN

Necesidades insatisfechas en anticoncepción en adolescentes y jóvenes en Chile: análisis de la 11° Encuesta Nacional de Juventudes 2025	4
#2 Características sociodemográficas de adolescentes con acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile (2018–2025)	5
#3 Educación sexual en el ámbito escolar y familiar como factor asociado al reporte de infecciones de transmisión sexual en jóvenes chilenos menores de 25 años	6
#4 Quiste de inclusión peritoneal gigante simulando tumor anexial complejo en adolescente: reporte de caso	7
#5 Asociación VACTER-L y malformaciones ginecológicas: a propósito de un caso	9
#6 Diferencia del desarrollo sexual en paciente con amenorrea primaria y cariotipo masculino	10

CONTRIBUCIONES E-POSTER

#7 Características sociodemográficas de adolescentes y jóvenes con aborto inducido en Chile	12
#8 ¿Importa dónde se atienden las y los adolescentes? Evidencia internacional sobre limitaciones de los modelos no diferenciados en salud sexual y reproductiva	13
#9 Acompañando tu primera menstruación y otras consultas de salud menstrual en la adolescencia	14
#10 Fístula rectovaginal secundaria a cuerpo extraño vaginal crónico en adolescente: reporte de caso.	16
#11 Úlcera vulvar aguda de Lipschütz asociada a virus Epstein-Barr con complicación hemorrágica: reporte de caso	17
#12 Coexistencia de síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser y macroadenoma hipofisiario: reporte de un caso	18
#13 Agenesia vaginal confundida con himen imperforado: presentación de un caso	19
#14 Malformación mülleriana obstructiva compatible con espectro OHVIRA: integración diagnóstica entre imagenología y evaluación endoscópica	20
#15 Lesión anexial quística gigante y manejo conservador como manifestación inicial del Síndrome de McCune-Albright	21
#16 Torsión anexial izquierda secundaria a cistoadenoma seroso en adolescente: a propósito de un caso	23



CONTRIBUCIONES

ORALES

PREMIO A LA MEJOR CONTRIBUCIÓN SOGIA 2026

NECESIDADES INSATISFECHAS EN ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES Y JÓVENES EN CHILE: ANÁLISIS DE LA 11° ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUDES 2025

AUTORES

Amanda Pey Burchard¹, Ingrid Leal Fuentes², Marcelo Crockett Castro¹

AFILIACIÓN

¹ Universidad de Chile, ² Universidad de Chile/CEMERA

CONTENIDO

Introducción: El acceso a la anticoncepción es un derecho humano y un pilar para la equidad de género. Las necesidades insatisfechas en anticoncepción (NIA) afectan a mujeres sexualmente activas que no desean embarazarse, pero que no utilizan métodos anticonceptivos.

Objetivos: Analizar los factores sociodemográficos y de salud sexual y reproductiva asociados a las NIA en mujeres adolescentes y jóvenes en Chile, a partir de la 11° Encuesta Nacional de Juventudes (ENJ) 2025.

Metodología: Estudio transversal basado en el análisis secundario de la 11° ENJ, con representación nacional disponible públicamente, por lo que no requirió aprobación por comité de ética. La muestra incluyó 3.691 mujeres entre 15 a 29 años de todo el país. Las medidas incluyeron NIA, variables sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva. Los datos se analizaron mediante contrastes de hipótesis y modelos de regresión logística estratificado por edad.

Resultados: Del total el 19,3% (n=732) fueron adolescentes (15-19 años), el 34,1% (n=1.280) jóvenes de entre 20-24 años y el 46,6% (n=1.679) al grupo de 25-29 años. El 8,1% reportó alguna NIA, observándose un leve aumento no significativo según el grupo de edad (5,9%, 7,6% y 9,3% para los grupos 15-19, 20-24 y 25-29 años, respectivamente).

Entre quienes reportaron NIA, las razones más frecuentes fueron pareja sexual única (63,0%) y desconocimiento de métodos (29,8%).

En adolescentes, tener pareja actual se asoció con menor reporte de NIA (OR=0,26; IC95%: 0,13-0,53), mientras que migración de segunda generación (OR=4,48; IC95%: 1,61-12,44), tener hijos (OR=8,47; IC95%: 2,64-27,15) e inicio se-

xual entre 10-13 años (OR=3,66; IC95%: 1,11-12,08) se asociaron con mayor reporte de NIA.

En 20-24 años, pareja actual (OR=2,49; IC95%: 1,35-4,59) y orientación sexual no heterosexual (OR=4,15; IC95%: 2,07-8,32) presentaron mayor reporte de NIA.

En 25-29 años, se observaron asociaciones con mayor reporte de NIA tener pareja actual (OR=1,70; IC95%: 1,03-2,80) y orientación sexual no heterosexual (OR=2,25; IC95%: 1,27-3,98), mientras que se observó un menor reporte de NIA en quienes trabajaban (OR=0,59; IC95%: 0,35-0,98).

Variables sociodemográficas y reproductivas y sexuales como etnia, región, religión, previsión, número de parejas sexuales, prácticas sexuales y antecedente de embarazo planificado no resultaron significativas.

Conclusiones: Las NIA en adolescentes se concentran en contextos de vulnerabilidad social como población migrante, que tiene hijos y edad de inicio sexual temprano, mientras que en mujeres mayores se asocian la situación de pareja actual, orientación sexual y trabajo actual. Abordar esta brecha requiere comprender sus determinantes sociales y reproductivos para guiar el trabajo de los equipos de salud, fortaleciendo la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva diferenciados y culturalmente pertinentes según las características específicas de cada mujer, con especial foco en adolescentes.

Palabras clave: Anticoncepción; Salud sexual y reproductiva; Adolescencia; Chile.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADOLESCENTES CON ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES EN CHILE (2018–2025)

.....

AUTORES

María José Hinojosa Hinojosa¹, Adela Rosa Montero Vega², Marcelo Crockett²

AFILIACIÓN

¹ Universidad de Chile, ² CEMERA / Universidad de Chile

CONTENIDO

Introducción: La Ley 21.030, autoriza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en 3 causales, limitando la edad gestacional en la causal 3 a 12 semanas en mayores de 14 y 14 semanas en menores de 14 años.

Objetivos: Describir las principales variables sociodemográficas y otras vinculadas con la IVE en 3 causales en adolescentes menores de 18 años durante el período 2018 - 2025 y contribuir al seguimiento de la ley 21.030 en este grupo etáreo, debido a su mayor vulnerabilidad.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo y poblacional. Se realizó análisis secundario de datos anonimizados disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud. La población en estudio son la totalidad de las menores de 18 años que constituyeron una de las 3 causales de la ley 21.030 durante el 2018 - 2025. Para el análisis, las adolescentes fueron agrupadas por grupo etario. Se utilizaron promedios, frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: En total, 7.117 mujeres constituyeron alguna de las causales. Sólo el 8,2% son menores de 18 años (n=581). De ellas, 264 son menores de 14 años (45,4%) y 317 son adolescentes de 14 a 17 años (54,6%).

Adolescentes 14 – 17 años: 12,9% corresponden a la causal 1; 12,9% a la causal 2 y 74,1% a la causal 3. El 98,7% de las causales fueron constituidas en el sector público. El 93,7% es FONASA; 83,9% es de nacionalidad chilena; 6,6% pertenece a un pueblo originario y 30,6% reside en la Región Metropolitana. El 87,7% decide interrumpir el embarazo. La mayor proporción de casos constituidos ocurre en la macrozona centro norte (51,4%), con menor porcentaje en la macrozona sur y austral (8,5%). El 87,1% acepta el acompañamiento psicosocial. El promedio de edad gestacional a la constitución

de la causal fue 13,8 semanas en causal 1; 20,5 semanas en causal 2 y 7,8 semanas en causal 3. A la interrupción, el promedio de edad gestacional fue 14,1 semanas en causal 1; 20,7 semanas en causal 2 y 8,3 semanas en causal 3.

Menores de 14 años: Casi la totalidad corresponde a la causal 3 (99,2%). En 99,2% la causal se constituyó en el sector público; el 96,2% pertenece a FONASA; el 85,2% es chilena; 6,1% pertenece a un pueblo originario y 27,7% es de la Región Metropolitana. El 28,8% decide continuar el embarazo. Un 48,5% de los casos constituidos son en la macrozona centro norte, con menor proporción en la macrozona sur y austral (11,7%). El 85,2% acepta el acompañamiento psicosocial. El promedio de edad gestacional para la constitución de la causal 3 y a la interrupción fue 8,3 y 8,8 semanas respectivamente.

Conclusión: La mayoría de los casos IVE en adolescentes corresponden a la causal 3, reflejando una mayor vulnerabilidad asociada a la violencia sexual y social, en especial en las menores de 14 años, que en un mayor porcentaje deciden continuar el embarazo. La mayor constitución de las causales en la macrozona centro norte, podría explicarse por mayor densidad de población y mayor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR Y FAMILIAR COMO FACTOR ASOCIADO AL REPORTE DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN JÓVENES CHILENOS MENORES DE 25 AÑOS

AUTORES

Valeska Verges Horta¹, Ingrid Leal Fuentes¹, Temistocle Molina Gonzalez²

AFILIACIÓN

¹ Universidad de Chile, ² Estadístico

CONTENIDO

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan principalmente a jóvenes y pueden causar graves consecuencias. La familia y la escuela cumplen un rol clave en educación, influyendo en la reducción de conductas de riesgo de jóvenes en la salud sexual.

Objetivo: Analizar la asociación entre la Educación sexual en el ámbito escolar y familiar y el reporte de ITS en jóvenes chilenos menores de 25 años

Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico utilizando datos públicos de la II Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (2022). La muestra incluyó 1.943 jóvenes de 18 a 24 años, sexualmente activos y residentes en zonas urbanas; de ellos, 100 reportaron alguna ITS.

Dentro de las variables revisadas en la encuesta, este análisis, que incluyó estadística descriptiva, se centralizó en la educación sexual escolar y familiar. Se evaluó la fuerza de la asociación entre las variables, mediante el cálculo de Odds ratio ajustado (ORa) por sexo, edad en años cumplidos y nivel educacional a través del ajuste de modelos de regresión logística múltiple.

Resultados: Los resultados evidenciaron que el 4,9% de los jóvenes reportó haber presentado una ITS. Las variables que presentaron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) fueron las siguientes: percepción de la educación sexual escolar (ESE), evaluación global de la educación sexual, autopercepción de conocimientos en prevención del embarazo en la adolescencia y fuentes de información sobre prevención de ITS/VIH en la adolescencia.

En la percepción de la ESE, los jóvenes refieren que “no fue lo que necesitaban o querían” presentaron 3,87 veces más

chance de reportar una ITS (ORa: 3,87; IC95%: 1,82-8,23), versus para quienes “sí fue lo que necesitaban o querían”.

En la evaluación global de la ESE, los jóvenes que la consideran “muy mala o mala” presentaron 3,14 veces más chance de reportar una ITS (ORa: 3,14; IC95%: 1,69-5,86).

En autopercepción de conocimientos en prevención del embarazo en la adolescencia (escala de notas 1 a 7), la chance de presentar ITS disminuye 1,22 veces (ORa: 1,22; IC95%: 1,07-1,39) a medida que aumenta en una unidad la autopercepción de conocimiento en prevención del embarazo.

En relación a las fuentes de información sobre prevención de ITS/VIH en la adolescencia, quienes refieren la “pareja o amigos” u “otra” presentaron 2,95 y 2,73 veces más chance de reportar ITS respectivamente, versus aquellos cuya fuente de información fue “padre, madre o hermanos”.

Conclusión: Los jóvenes que presentan más chance de reportar una ITS son aquellos con baja percepción y evaluación global de la ESE, con menor autopercepción de conocimiento preventivo del embarazo en la adolescencia y quienes reciben información sobre prevención de ITS/VIH en la adolescencia de su “pareja o amigos” u “otra”

Se observó que, independiente de la percepción de los jóvenes, la ESE tiene un efecto positivo pues, aún considerándola poco útil, podría generar beneficio indirecto.

La familia es un agente fundamental en la socialización de la sexualidad y es necesario integrarla activamente para favorecer la promoción y prevención en la salud sexual de los jóvenes.

QUISTE DE INCLUSIÓN PERITONEAL GIGANTE SIMULANDO TUMOR ANEXIAL COMPLEJO EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

AUTORES

Claudia Aracelli Urbina Alvarez¹, Dilan Villegas Ferreñan¹, Milagros Denisse Gallegos Mendoza¹

AFILIACIÓN

¹ Instituto de Salud del Niño

CONTENIDO

Introducción: Los quistes de inclusión peritoneal son lesiones benignas infrecuentes relacionadas con atrapamiento de líquido peritoneal por adherencias secundarias a cirugía abdominal o inflamación pélvica. En adolescentes pueden simular tumores anexiales complejos y representar un desafío diagnóstico. El objetivo es presentar un caso de quiste de inclusión peritoneal gigante en una adolescente y resaltar la importancia del diagnóstico diferencial para preservar la función reproductiva.

Descripción del caso: Paciente de 12 años, posmenárquica, con antecedente de gastrosquisis neonatal operada y hernioplastia inguinal izquierda reciente. Consultó por dolor abdominal leve ocasional y masa pélvica palpable. La ecografía evidenció lesión quística compleja tabicada de aproximadamente 10 cm; la tomografía y resonancia magnética mostraron masa quística intrapélvica izquierda de hasta 12 cm, con septos delgados y sin componente sólido, inicialmente interpretada como tumor anexial complejo o linfangioma. Los marcadores tumorales fueron negativos o no sugestivos de malignidad. En la cirugía se identificó lesión multilocular de contenido citrino adherida a trompa y de localización intraligamentaria. El estudio anatomopatológico confirmó quiste de inclusión peritoneal al evidenciar pared quística tapizada por epitelio cúbico sin atipia sobre estroma fibroconectivo. Se contó con consentimiento informado para la presentación del caso.

Discusión/Conclusión: El quiste de inclusión peritoneal debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de masas pélvicas complejas en adolescentes con antecedentes de cirugía abdominal. La correlación entre clínica, marcadores tumorales e imágenes permite orientar una conducta conservadora y evitar procedimientos radicales innecesarios. La resonancia magnética es útil para demostrar la ausencia

de componente sólido y definir relaciones anatómicas. El diagnóstico definitivo es histopatológico.

Importancia: Este caso resalta la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de masas pélvicas complejas en adolescentes con antecedentes quirúrgicos, para orientar una conducta conservadora y la preservación de ovario, trompa y fertilidad futura.

Palabras clave: quiste de inclusión peritoneal; adolescente; masa anexial; cirugía abdominal previa.

Divulgación de conflictos de interés de los autores: Los autores declaran no presentar conflictos de interés.



FIG 1: A. Ecografía: se evidencia imagen anecoica tabicada 10 x 8 cm con tabiques de 4 mm de grosor, volumen 22 cc, diagnóstico: tumoración compleja de ovario izquierdo. B. Resonancia: Extensa masa quística intrapélvica izquierda de morfología irregular, de aprox. 12 cm de diámetro mayor, tiene paredes y septos internos delgados sin componente sólido asociado; ejerce efecto de masa sobre el ovario izquierdo, útero y colon sigmoideos. Hallazgos descritos de aspecto benigno, sugieren la posibilidad de linfangioma. Cambios cicatriciales y leve edema en la pared abdominal de fosa iliaca izquierda.

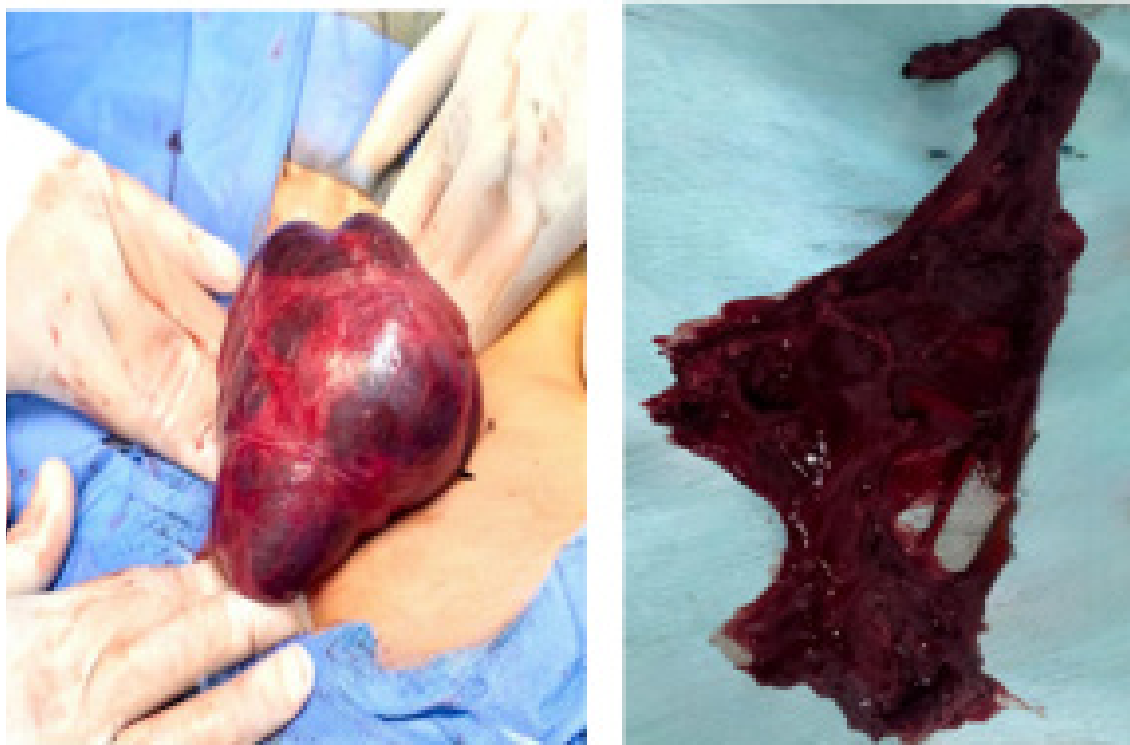


FIG. 2: Hallazgo quirúrgico de quiste de inclusión peritoneal multilocular de 12x10 cm de contenido citrino, adherido a trompa y de localización intraligamentaria.

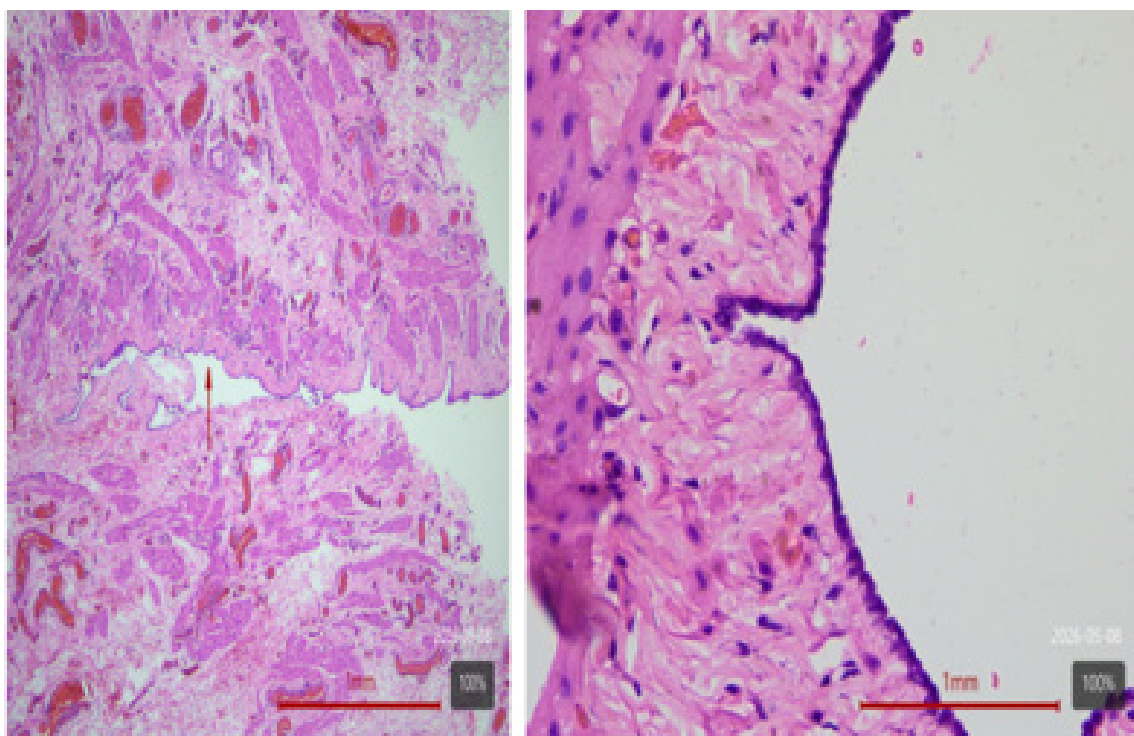


FIG. 3: Pared quística tapizada con epitelio cúbico sin atipia sobre un estroma fibroconectivo.

ASOCIACIÓN VACTER-L Y MALFORMACIONES GINECOLÓGICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

.....

AUTORES

María Maduro Rodríguez¹, Javiera Ignacia Silva Díaz¹, María Solange Figueroa Díaz¹, Paulina María Merino Osorio¹, Gigliola Carolina Cannoni Berd¹

AFILIACIÓN

¹ Hospital Clínico San Borja Arriaran

CONTENIDO

Introducción: La asociación VACTERL corresponde a un conjunto de defectos congénitos que comprometen al menos tres sistemas: anomalías vertebrales, anorrectales, cardíacas, traqueoesofágicas, renales y de extremidades. Las malformaciones müllerianas (MM) se presentan en 26–39% de las niñas con este síndrome, cifra superior a la observada en población general. Estudios recientes sugieren un mayor riesgo de alteraciones neuropsicológicas y del neurodesarrollo en pacientes con VACTERL. El manejo de MM en este contexto implica importantes desafíos quirúrgicos y éticos, particularmente cuando existe pronóstico reproductivo incierto y compromiso de la capacidad de toma de decisiones.

Caso clínico: Adolescente de 14 años con antecedente de asociación VACTERL, malformación cloacal y anomalías renales operadas en la infancia (descenso anorrectal, colostomía y ureterostomía), además de epilepsia y trastorno del espectro autista (TEA). Presenta malformación mülleriana descrita como útero doble y agenesia de los dos tercios distales de vagina. A los 11 años inicia frenación puberal con análogos de GnRH.

Durante hospitalización por urología infantil se evidencian dificultades significativas en el manejo clínico, asociadas a disregulación emocional y baja tolerancia a procedimientos. El caso es discutido en conjunto con ginecología infantil para definir conducta respecto a la continuidad de la frenación menstrual y evaluar el potencial reproductivo de MM, considerando eventual reparación quirúrgica versus resección de remanentes uterinos funcionales.

La paciente presenta dificultades en la comprensión de su condición médica y limitada percepción de enfermedad. Los padres manifiestan alta ansiedad por suspender el tratamiento con análogos de GnRH, atribuyéndole múltiples efectos adversos. Dada la complejidad del caso y las implicancias

éticas de una eventual histerectomía en una adolescente con trastorno del neurodesarrollo, el caso es presentado a comité de ética institucional tras discusión multidisciplinaria. Se plantea como dilema mantener la supresión menstrual hasta que la paciente pueda otorgar un asentimiento más autónomo, versus aceptar exclusivamente el consentimiento parental para definir una conducta quirúrgica definitiva.

Se cuenta con consentimiento informado de la madre y asentimiento de la paciente para la presentación del caso clínico.

Discusión: La asociación entre malformaciones renales y müllerianas se explica por su origen embriológico común, por lo que la evaluación ginecológica sistemática resulta fundamental en pacientes con alteraciones renales y del polo caudal. Muchas MM no son evidentes al nacimiento y pueden manifestarse en la adolescencia mediante dolor pélvico cíclico, dismenorrea severa o amenorrea primaria secundaria a remanentes uterinos funcionales.

El manejo de estas pacientes requiere un enfoque multidisciplinario e individualizado, especialmente en contextos de neurodivergencia y discapacidad del desarrollo. La toma de decisiones respecto a intervenciones irreversibles obliga a considerar no sólo los aspectos anatómicos y funcionales, sino también la capacidad de comprensión, asentimiento y participación de la adolescente en su propio proceso terapéutico. En este contexto, la supresión menstrual puede constituir una estrategia transitoria que permita diferir decisiones quirúrgicas definitivas hasta contar con mejores condiciones clínicas, emocionales y éticas para una toma de decisiones compartida.

DIFERENCIA DEL DESARROLLO SEXUAL EN PACIENTE CON AMENORREA PRIMARIA Y CARIOTIPO MASCULINO

AUTORES

Michela Palazzi Aste¹, Milena Nevenka Stambuk Buc¹, Kim Nicole Sothers Medina²

AFILIACIÓN

¹ Hospital Dr. Gustavo Fricke, ² Hospital Adriana Cousiño de Quintero

CONTENIDO

Introducción: Las diferencias del desarrollo sexual corresponden a un grupo heterogéneo de entidades en que existe discordancia entre el desarrollo cromosómico, gonadal y/o anatómico del sexo. Las formas 46,XY pueden manifestarse durante el estudio de amenorrea primaria, especialmente ante desarrollo puberal femenino, ausencia de estructuras müllerianas, virilización genital parcial y gónadas palpables. El objetivo es describir el enfrentamiento diagnóstico y manejo interdisciplinario de una diferencia del desarrollo sexual 46,XY diagnosticada tardíamente.

Descripción del caso: Paciente de 19 años, con identidad de género femenina, derivada por amenorrea primaria. Como antecedente neonatal, presentó fusión de labios y clítoris prominente, manejados con estrógenos tópicos, sin estudio etiológico posterior. Sin antecedentes familiares relevantes, hija de padres no consanguíneos. Presentó telarquia y pubarquia a los 13 años, sin menarquia.

Al examen físico se evidenció índice de masa corporal normal, mamas Tanner V, pubarquia Tanner V, clitoromegalia de 5 centímetros, introito vaginal pequeño y vagina corta. A la palpación, estructuras compatibles con gónadas en ambas regiones inguinales. La ecografía ginecológica informó ausencia de útero y ovarios. En la resonancia magnética pélvica no se visualizó útero ni vagina, describiendo dos imágenes nodulares inguinales de aproximadamente 28 mm y estructuras alargadas compatibles con cuerpos cavernosos.

El estudio hormonal inicial evidenció testosterona total 6,09 nmol/L, androstenediona >10 ng/mL, relación androstenediona/testosterona elevada de 7,5, estradiol 63,9 pg/mL, FSH 3,89 mUI/mL, LH 18,8 mUI/mL, TSH y prolactinas normales. El cariotipo informó 46,XY. En conjunto con la ausencia de estructuras müllerianas y gónadas inguinales, se planteó una diferencia del desarrollo sexual 46,XY secundaria a alteración de la síntesis o acción androgénica, con diagnóstico

diferencial entre déficit de 17-hidroxiesteroide deshidrogenasa e insensibilidad parcial a andrógenos

Fue evaluada por endocrinología infantil, urología infantil, ginecología infantojuvenil y salud mental. Tras consejería multidisciplinaria y consentimiento informado, se realizó gonadectomía bilateral como parte del manejo integral de una diferencia del desarrollo sexual 46,XY con gónadas testiculares inguinales, considerando el riesgo de neoplasia germinal gonadal. En la cirugía se identificaron testes en ambos conductos inguinales. La biopsia quirúrgica informó parénquima testicular bilateral con células de Sertoli, hiperplasia de células de Leydig y nula actividad espermatogénica. Posteriormente se inició terapia de reemplazo hormonal y se realizó neovagina, con seguimiento orientado a funcionalidad vaginal, salud sexual y acompañamiento psicológico. Se cuenta con consentimiento para exposición anónima del caso.

Discusión/conclusión: Este caso representa una diferencia del desarrollo sexual 46,XY diagnosticada tardíamente durante el estudio de amenorrea primaria. La asociación de desarrollo mamario espontáneo, ausencia de estructuras müllerianas, virilización genital parcial, gónadas inguinales testiculares y cariotipo 46,XY orientó hacia una alteración de la síntesis o acción androgénica. El caso refuerza la importancia de considerar diferencias del desarrollo sexual en pacientes con amenorrea primaria y discordancia clínico-anatómica, integrando evaluación clínica, hormonal, imagenológica, histológica y genética, junto con manejo interdisciplinario, consejería, evaluación del riesgo gonadal, gonadectomía cuando esté indicada, terapia hormonal y abordaje de salud sexual, incluyendo neovagina en casos seleccionados.



CONTRIBUCIONES

E-POSTER

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON ABORTO INDUCIDO EN CHILE

AUTORES

Marcelo Alejandro Crockett Castro¹, María José Hinojosa Valdés¹, Adela Rosa Montero Vega¹

AFILIACIÓN

¹ Universidad De Chile

CONTENIDO

Introducción: Desde 1931 a 1989 en Chile existió el aborto por causal terapéutica. El 2017 se despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en 3 situaciones específicas (Ley 21.030). Resulta muy difícil obtener información del aborto inducido fuera del marco legal.

Objetivos: Describir las principales características sociodemográficas de adolescentes y jóvenes que reportaron un aborto inducido en Chile, según las encuestas del año 2018 y 2022 del Instituto Nacional de la Juventud.

Metodología: Estudio transversal, analítico y poblacional, basado en el análisis secundario de datos anonimizados de la Encuesta Nacional de la Juventud del 2018 y 2022. La población en estudio está constituida por la totalidad de mujeres y personas trans masculinas que respondieron las preguntas sobre aborto inducido (dentro y fuera del marco de las 3 causales de la Ley 21.030). No se incluye la última encuesta porque se limitó solo a las personas con embarazo no planificado. Se utilizaron análisis descriptivos y contrastes de hipótesis bivariados. Se solicitó autorización al Comité de Ética de Investigación correspondiente.

Resultados: La muestra corresponde a 7.230 personas con actividad sexual penetrativa, que respondieron las preguntas sobre aborto inducido. De ellas, 1.221 corresponden a adolescentes (15–19 años) y 6.009 a jóvenes (20–29 años). El 2,8% (n = 213) reportaron un aborto inducido, con menor porcentaje en adolescentes que en jóvenes (1,5% vs 3,1%; p = 0.009). El promedio de edad al aborto fue 16 años en adolescentes y 20,5 en jóvenes (p = 0,001). Según causa del aborto (n = 208), el 24,8% estuvo dentro de las 3 causales y el 75,2% fue por decisión personal, sin diferencias significativas entre adolescentes y jóvenes. Para las 3 causales, el 7,7% interrumpió por causal 1; 9% por causal 2 y 8,1% por causal 3. En adolescentes hubo un mayor porcentaje de causal 1 y 2 (14,9% y 14,8% vs 7,0% y 8,4%, respectivamente) y una mayor dis-

posición a realizarse un aborto bajo cualquier circunstancia (71,8% vs 56,8%, respectivamente) respecto de las jóvenes.

Según las características sociodemográficas, las adolescentes que no tienen pareja respecto a quienes tienen, reportaron una mayor frecuencia de aborto inducido (2,6% vs 0,6%, p = 0.003). En las jóvenes, este porcentaje fue mayor en quienes trabajan respecto a quienes no (3,7% vs 2,2%, p = 0.013). No hubo diferencias por ruralidad, estudios actuales, nivel máximo de estudios, tener hijos, ser hija/o de migrante, etnia indígena, previsión de salud, nivel socioeconómico, región de residencia y año de la encuesta. Al analizar según causal de aborto, hay mayor proporción de aborto por decisión propia en las personas con mayor nivel de estudios y socioeconómico (p < 0,05).

Conclusión: Los hallazgos muestran que un bajo porcentaje se ha realizado un aborto y la mayoría ha sido fuera de las 3 causales, denotando que la actual legislación es insuficiente. La falta de diferencias estadísticas en las variables sociodemográficas señaladas, implica que el aborto se presentaría de manera transversal en nuestra sociedad. El nivel socioeconómico y de estudios podría influir en la motivación del aborto.

¿IMPORTA DÓNDE SE ATIENDEN LAS Y LOS ADOLESCENTES? EVIDENCIA INTERNACIONAL SOBRE LIMITACIONES DE LOS MODELOS NO DIFERENCIADOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

AUTORES

Leonardo Cristian Reyes Torres¹, Claudio Enrique López Labarca¹, Maylin Montserrat Chou Núñez¹

AFILIACIÓN

¹ Universidad de Atacama

CONTENIDO

Introducción: Las y los adolescentes presentan necesidades específicas en salud sexual y reproductiva que pueden no ser adecuadamente abordadas en modelos tradicionales de atención general. Diversos organismos internacionales han promovido la atención diferenciada adolescente debido a la persistencia de barreras estructurales, organizacionales y relacionales que limitan el acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva.

Objetivos: Sintetizar evidencia internacional sobre las limitaciones de modelos no diferenciados y los componentes de atención asociados a mejor acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes.

Metodología: Se realizó una síntesis narrativa de evidencia internacional utilizando revisiones sistemáticas, documentos técnicos y artículos indexados relacionados con servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a adolescentes. Se incluyeron publicaciones sobre barreras de acceso, privacidad, confidencialidad, sesgo del proveedor y organización de servicios dirigidos a adolescentes y jóvenes.

Resultados: La evidencia revisada identificó que los modelos no diferenciados presentan limitaciones estructurales relevantes para la atención adolescente, incluyendo escasa privacidad durante la consulta, temor a vulneración de confidencialidad, trato percibido como juzgador, horarios poco accesibles y personal insuficientemente capacitado en salud adolescente. Estas condiciones se asociaron a menor consulta, discontinuidad anticonceptiva y retraso en búsqueda de atención. En contraste, los servicios adaptados a adolescentes mostraron mejores resultados en utilización de prestaciones, satisfacción usuaria y percepción de seguridad

durante la atención. La confidencialidad, accesibilidad organizacional y consejería centrada en adolescentes fueron identificadas como componentes críticos de calidad.

Discusión/Conclusión: La evidencia internacional sugiere que la organización no diferenciada de servicios puede constituir una barrera para el acceso oportuno y continuo de adolescentes a prestaciones de salud sexual y reproductiva. La incorporación de estrategias de atención diferenciada contribuye a mejorar la aceptabilidad, continuidad y calidad de atención en población adolescente.

ACOMPAÑANDO TU PRIMERA MENSTRUACIÓN Y OTRAS CONSULTAS DE SALUD MENSTRUAL EN LA ADOLESCENCIA

AUTORES

Margareth Nicole García Acevedo¹

AFILIACIÓN

¹ CESFAM Dr. Miguel Solar Paine

CONTENIDO

La primera menstruación continúa siendo un tema tabú, delegado al ámbito privado de las personas. Los sentimientos asociados a la menarquia son principalmente miedo, vergüenza y escasa información, normalizando la dismenorrea, lo que se traduce en ausentismo escolar, aumentando la brecha de género y en posibles diagnósticos ginecológicos tardíos.

Para que la autonomía progresiva se fortalezca, es esencial promover la educación y la autonomía en la toma de decisiones en torno a su salud desde la infancia.

La presente iniciativa se desarrolla en un Cesfam en una comuna rural de la Región Metropolitana, la cual tiene por objetivo promover la educación menstrual, y favorecer la autonomía en la toma de decisiones en torno a su salud menstrual, está orientada a acompañar la primera menstruación y otras consultas asociadas a la menstruación en la adolescencia.

Se realizan talleres y consejerías individuales en salud menstrual, derivadas desde el intersector, controles de salud o mediante consulta espontánea. En las consejerías se entrega un kit que incluye: un estuche para guardar el insumo de gestión menstrual, un infusor de hierbas, guatero de semillas, dos calendarios de registro menstrual, uno para frecuencia y duración, y otro que evalúa aspectos psicosociales, acompañado de material educativo. Se realiza un plan consensuado. Posterior a la entrega se aplica una encuesta de satisfacción. Existe una consejería de seguimiento a los seis meses. El kit individual no tiene por objetivo entregar de manera permanente el insumo de gestión menstrual, ya que para ello deben existir financiamientos interministeriales.

Existe otro kit que utiliza el profesional de salud, incluyendo los distintos tipos de productos de gestión menstrual y modelos anatómicos. El kit actualmente está financiado por el

programa espacio amigable para adolescentes y se registra como consejería de salud sexual.

Se cuenta con un trabajo colaborativo con el intersector, existe un protocolo de educación menstrual en desarrollo y se espera fortalecer la alianza con el nivel hospitalario, con la finalidad de ser más resolutivos en la Atención Primaria de Salud.

Se han realizado 54 consejerías, entre los 9 y 18 años, edad promedio 11 años, 100% género femenino, 17% perteneciente a algún pueblo originario, el 93% nacionalidad chilena, el 31% fue pre-menarquia, el 98% asistió acompañada por su adulto significativo, siendo la madre la figura principal, la evaluación de la encuesta de satisfacción se encuentra entre el resultado bueno y genial. Lo que más se destaca es conocer los productos de gestión menstrual en vivo y el material entregado. En la totalidad de los casos, se reconoce posterior a la consejería que cuenta con mayores herramientas para realizar autogestión de su salud menstrual.

En conclusión, realizar educación menstrual con enfoque de derecho, puede favorecer la autonomía en la toma de decisiones libre e informada en torno a la salud de personas adolescentes, la iniciativa es sostenible, ya que es una prestación que se puede incorporar en financiamiento per cápita del sistema de salud, lo que facilita que pueda ser realizada en otros centros de salud del sistema público.

Calendario Registro Menstrual

Espacio Amigable

AÑO:

EDAD:

DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENE																															
FEB																															
MAR																															
ABR																															
MAY																															
JUN																															
JUL																															
AGO																															
SEP																															
OCT																															
NOV																															
DIC																															

Marca con una **x** los días que dure tu menstruación

Es importante registrar tus menstruaciones, ya que permitirán conocerte mejor, es una información valiosa sobre tu salud. Cuando acudas a alguna atención de salud, lleva contigo esta información.

DIRECCIÓN DE SALUD

PROGRAMA

Conociendo mi menstruación

Espacio Amigable

AÑO:

EDAD:

MES	¿Cómo me sentí?	¿Tuve dolor?	Observaciones*
ENE	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
FEB	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
MAR	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
ABR	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
MAY	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
JUN	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
JUL	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
AGO	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
SEP	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
OCT	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
NOV	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	
DIC	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	SI ☐ NO ☐	

*Observaciones: registra todo lo que consideres importante sobre tu menstruación, por ejemplo: emociones, pensamientos, vivencias, compañías, gestión del dolor, ausentismo escolar, dificultad en el acceso al baño, agua, toallas higiénicas u otro.

DIRECCIÓN DE SALUD

PROGRAMA

Espacio Amigable

Debería mejorar Aceptable Indiferente Bueno Genial No aplica evaluar

¿Qué te pareció que el kit incluyera un estuche?						
¿Qué te pareció el tamaño del estuche?						
¿Qué te pareció el color del estuche?						
¿Qué te pareció el diseño del estuche?						
¿Qué te pareció el diseño del guatero?						
¿Qué te pareció que el guatero tuviera una funda para lavar?						
¿Qué te pareció el infusor de hierbas?						
¿Qué te pareció el material educativo?						
¿Qué te pareció el calendario de registro del ciclo menstrual?						
A modo general, ¿qué te pareció el kit entregado?						
Con el material recibido, ¿pudiste aclarar dudas sobre el proceso natural del ciclo menstrual?						
El material recibido, ¿ayudó a que tomaras algunas decisiones sobre tu salud?						
Con el material recibido, ¿podrías detectar a tiempo señales y/o síntomas que requieran consultar con un profesional de la salud?						

*No aplica evaluar: en el caso de que no hayas recibido ese ítem

¿Qué aspectos destacarías?:

¿Qué aspectos cambiarías?:

FÍSTULA RECTOVAGINAL SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO VAGINAL CRÓNICO EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO.

.....

AUTORES

Josefina Belén Durán Rodríguez¹, Eva Graciela Galaz Ulloa², Melissa Estefanía Cifuentes Arévalo², Genaro Sebastián Arriagada Palma³

AFILIACIÓN

¹ Universidad de Valparaíso, ² Hospital Carlos Van Buren, ³ Hospital Eduardo Pereira

CONTENIDO

Introducción: Los cuerpos extraños vaginales constituyen una causa frecuente de leucorrea y genitorragia en población pediátrica y adolescente; sin embargo, su diagnóstico puede resultar desafiante cuando permanecen retenidos por largos periodos. La inflamación crónica secundaria puede generar lesiones pseudotumorales y complicaciones potencialmente severas como fístulas y distorsión grave de la anatomía, simulando patología ginecológica o colorrectal más compleja y dificultando el diagnóstico. Presentamos el caso de una adolescente con fístula rectovaginal secundaria a cuerpo extraño vaginal crónico que requirió resolución quirúrgica.

Descripción del caso: Adolescente de 17 años, nuligesta, en seguimiento por coloproctología por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal dado dolor abdominal crónico asociado a rectorragia de 3 años de evolución; derivada a ginecología oncológica por hallazgo imagenológico de lesión cervical polipoidea asociada a sospecha de fístula rectovaginal. En anamnesis destacó ausencia de menarquia, al examen físico presentaba mamas y genitales Tanner 5. No fue posible realizar examen ginecológico adecuado por ausencia de inicio de actividad sexual penetrativa, por lo cual se indicó evaluación bajo anestesia.

Durante el intraoperatorio se observó mucosa vaginal redundante con aparente sellamiento vaginal y ausencia de visualización del cérvix. Al tacto rectal, a 5 cm del margen anal se palpó una estructura rígida cubierta por mucosa. Se realizó radiografía portátil que confirmó la presencia de un cuerpo extraño. Al interrogatorio dirigido, la paciente refirió introducción vaginal de una tapa de lápiz a los 9 años.

Se amplió el estudio con colonoscopia, que identificó un cuerpo extraño de aproximadamente 3 cm con incrustación profunda y reacción granulomatosa asociada. Se intentó su extracción endoscópica sin éxito, por lo que se decidió resolución quirúrgica.

Se realizó abordaje abdominal, vaginal y rectal en paralelo. Se identificó cuerpo extraño tubular plástico impactado a nivel del tabique rectovaginal, con invaginación de la porción cervical uterina en su interior. Se efectuó extracción del cuerpo extraño por vía rectal, reparación de la fístula rectovaginal y reposicionamiento del cérvix uterino, asociándose colostomía terminal de sigmoides para protección de la reparación.

A los seis meses postoperatorios la paciente se encuentra asintomática, con ciclos menstruales regulares de 30 días y menstruaciones de 4 días de duración, sin síntomas digestivos ni rectorragia. Se encuentra en planificación de reconstitución del tránsito intestinal, pendiente a la fecha.

Se obtuvo consentimiento informado de la tutora legal y asentimiento de la paciente para la presentación y publicación del caso clínico.

Discusión / Conclusión: La retención prolongada de cuerpos extraños vaginales puede provocar reacciones inflamatorias crónicas capaces de simular patología ginecológica o de órganos pélvicos adyacentes. En casos de larga evolución pueden desarrollarse complicaciones graves, como fístulas vesicovaginales o rectovaginales y distorsión significativa de las estructuras pélvicas, con alteraciones anatómicas infrecuentes, como la invaginación cervical observada en esta paciente. La literatura científica disponible sobre presentaciones similares es limitada, particularmente en población adolescente, lo que refuerza su carácter inusual.

Este caso resalta la importancia de considerar esta etiología en adolescentes con hallazgos ginecológicos atípicos, ya que permite orientar oportunamente el estudio y el manejo, evitando retrasos diagnósticos e intervenciones innecesarias.

ÚLCERA VULVAR AGUDA DE LIPSCHÜTZ ASOCIADA A VIRUS EPSTEIN-BARR CON COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA: REPORTE DE CASO

.....

AUTORES

Antonia Díaz Gaete¹, Sofía Vasconcellos Orellana¹, Pablo Barahona Barahona¹, Magdalena Soto Garda², María Ignacia Concha Alvial², Daniela Burky Arancibia²

AFILIACIÓN

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Chile, ² Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse

CONTENIDO

Introducción: La úlcera vulvar aguda de Lipschütz es una entidad de diagnóstico clínico y de exclusión que afecta principalmente a mujeres jóvenes y se asocia a infecciones virales sistémicas, especialmente virus Epstein-Barr. Su reconocimiento es fundamental para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios, permitiendo un manejo oportuno; se presenta un caso clínico con énfasis en sus características, estudio y evolución, incluyendo una presentación atípica.

Descripción del caso: Paciente de 18 años consulta por cuadro de dos días de odinofagia, fiebre y vómitos, asociado a aparición súbita de lesiones genitales dolorosas. Al examen se evidenció edema severo de labios menores y úlceras violáceas de aspecto necrótico superficial, con distribución bilateral simétrica, asociadas a adenopatías inguinales. Se hospitaliza para manejo del dolor y estudio etiológico, requiriendo sondaje vesical por riesgo de obstrucción urinaria secundaria a edema. El estudio mostró parámetros inflamatorios elevados, con pruebas negativas para infecciones de transmisión sexual y virus herpes simple. Se documentó infección por virus Epstein-Barr mediante PCR positiva, sin alteraciones en el estudio inmunológico. Se manejó de forma conservadora con analgesia multimodal, anestésicos y corticoides tópicos, además de antibiótico empírico por sospecha de sobreinfección, con evolución inicialmente favorable. Durante su evolución, presentó hemorragia genital significativa secundaria a las úlceras, complicación infrecuente, que requirió manejo hemostático quirúrgico en pabellón, con buena evolución posterior. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente para la publicación y el manejo del caso se realizó conforme a principios éticos y resguardo de confidencialidad.

Discusión/Conclusión: La úlcera de Lipschütz es una entidad infrecuente, habitualmente autolimitada, que afecta a adolescentes y mujeres jóvenes, caracterizada por úlceras dolorosas de inicio súbito, frecuentemente precedidas de síntomas sistémicos. Su diagnóstico requiere descartar causas infecciosas y no infecciosas, siendo el VEB una asociación frecuente. El manejo es principalmente sintomático, centrado en el control del dolor y cuidados locales. Este caso ilustra una presentación típica en cuanto a clínica y asociación etiológica, pero destaca por una complicación hemorrágica poco descrita, que requirió intervención quirúrgica. Se recomienda considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de úlceras vulvares agudas y evaluar infección por VEB en presencia de síntomas sistémicos, así como mantener un seguimiento estrecho ante posibles complicaciones atípicas.

Palabras clave: Úlcera vulvar, Úlcera de Lipschütz.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

COEXISTENCIA DE SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER Y MACROADENOMA HIPOFISIARIO: REPORTE DE UN CASO

.....

AUTORES

Meriem Victoria Manghi Navarrete¹, Renata Huaquín Villota¹

AFILIACIÓN

¹ Instituto de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile

CONTENIDO

Introducción: El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) consiste en una agenesia congénita del útero, el cérvix y los dos tercios superiores de la vagina en mujeres con cariotipo 46, XX y con desarrollo normal de caracteres sexuales secundarios. Si bien su asociación con malformaciones renales o esqueléticas está bien documentada (especialmente en el tipo II), la coexistencia con patología hipofisaria es un hallazgo excepcional. Presentamos el caso de una paciente con MRKH y un macroadenoma hipofisario, una relación clínica escasamente descrita en la literatura actual.

Descripción del caso: Mujer de 25 años con diagnóstico de síndrome de MRKH establecido a los 15 años tras el estudio de amenorrea primaria. En la evaluación inicial, la resonancia magnética de pelvis reveló un útero rudimentario con anexos conservados, se confirmó el diagnóstico con un cariotipo 46,XX. Durante una década, la paciente mantuvo una evolución favorable bajo manejo con estrógenos locales y terapia de dilatación vaginal, logrando buena calidad de vida.

A los 25 años, acude a control ginecológico por cuadro de galactorrea bilateral de dos meses de evolución. En el estudio hormonal se detectó una hiperprolactinemia leve (34,8 ng/mL). Ante la sospecha clínica, se solicitó una RM de silla turca que evidenció la presencia de un macroadenoma hipofisario. Actualmente, el caso está en seguimiento por el equipo de Neurocirugía para definir la conducta terapéutica.

La paciente otorgó consentimiento para la presentación y divulgación académica del caso clínico.

Conclusión: La asociación entre el síndrome de MRKH y el macroadenoma hipofisario es extremadamente inusual. Aunque el MRKH puede presentar anomalías extragenitales complejas, la vinculación con tumores de la hipófisis carece de una base fisiopatológica clara, lo que sugiere que podría tratarse de un hallazgo incidental. No obstante, este caso subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha endocrinológica en pacientes con malformaciones müllerianas, instando a una vigilancia integral que trascienda la patología ginecológica de base.

AGENESIA VAGINAL CONFUNDIDA CON HIMEN IMPERFORADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

AUTORES

Javiera Ignacia Silva Díaz¹, María Maduro Rodríguez¹, Ximena Paz Sepúlveda Lenck¹, Gigliola Carolina Cannoni Berd¹, Paulina María Merino Osorio¹

AFILIACIÓN

¹ Hospital Clínico San Borja Arriaran

CONTENIDO

Introducción: La agenesia vaginal (AV) presenta una incidencia de 1/4.500–5.000 mujeres y constituye la segunda causa de amenorrea primaria (10–15% de los casos). Aproximadamente 16–20% de las pacientes presentan dolor pélvico secundario a estructuras müllerianas funcionales, pudiendo constituir una urgencia quirúrgica. El manejo inicial de la AV incluye la supresión menstrual y la dilatación progresiva del remanente vaginal, previo a la resolución quirúrgica definitiva.

Caso clínico: Adolescente de nacionalidad haitiana, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos relevantes, consulta a los 12 años en servicio de urgencia por dolor pélvico agudo. Con telarquia desde los 8 años, sin menarquia. Dado el antecedente de amenorrea primaria y episodios de dolor pélvico cíclico desde los 11 años, se plantea inicialmente el diagnóstico de himen imperforado (HI). Se realiza ecografía pélvica que informa hematometra, sin evidencia de hematócolpos. Ingresa a pabellón por equipo de cirugía infantil; durante la exploración no se observa himen prominente ni violáceo. Se efectúa punción vulvar entre uretra y horquilla vulvar, sin salida de contenido hemático, por lo que se suspende el procedimiento. Posteriormente es evaluada por ginecología infantil, objetivándose apertura himeneal. Se introduce tórula constatándose tejido fibroso a aproximadamente 10 mm del himen, sin continuidad con cavidad vaginal. Se inicia tratamiento con análogos de GnRH en espera de resonancia magnética pélvica, la que muestra útero de tamaño normal, ausencia de canal vaginal identificable y ovarios de morfología conservada, confirmándose el diagnóstico de AV. Durante la educación respecto al uso de dilatadores vaginales, se evidencia reticencia familiar tanto a esta terapia como a la continuidad de la frenación menstrual, constituyendo un desafío adicional para el manejo. Se cuenta con consen-

timiento informado de la madre y asentimiento de la paciente para la presentación del caso clínico.

Discusión: La diferenciación entre HI y AV resulta fundamental debido a sus distintas implicancias diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. El examen físico constituye un elemento clave en la evaluación diferencial de amenorrea primaria eugonadotropa. La combinación de examen genital y ecografía pélvica permite orientar adecuadamente el diagnóstico. Un diagnóstico erróneo de AV puede conducir a procedimientos quirúrgicos innecesarios y retrasar el tratamiento médico apropiado. Por otra parte, el reconocimiento precoz de un HI permite una resolución quirúrgica simple y curativa. Asimismo, el manejo de la AV requiere considerar factores culturales y familiares que pueden influir significativamente en la adherencia terapéutica y en la resolución integral del cuadro clínico. Este caso pone de manifiesto las dificultades que pueden surgir en el manejo de patologías ginecológicas complejas en contextos de vulnerabilidad social y cultural. Las barreras idiomáticas, las diferencias culturales en torno a la salud sexual y reproductiva, el limitado acceso a recursos sanitarios y la eventual desconfianza hacia determinadas intervenciones terapéuticas pueden interferir significativamente con la adherencia y continuidad del tratamiento. En este contexto, resulta fundamental un abordaje interdisciplinario, con acompañamiento psicosocial y educación adaptada culturalmente, que permita favorecer la comprensión diagnóstica y la toma de decisiones compartida por parte de la paciente y su familia.

MALFORMACIÓN MÜLLERIANA OBSTRUCTIVA COMPATIBLE CON ESPECTRO OHVIRA: INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE IMAGENOLOGÍA Y EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA

.....

AUTORES

Michela Palazzi Aste¹, Claudia Luciana Núñez Henríquez¹, Kim Nicole Sothers Medina²

AFILIACIÓN

¹ Hospital Carlos Van Buren, ² Hospital Adriana Cousiño de Quintero

CONTENIDO

Introducción: El espectro OHVIRA corresponde a una patología urogenital rara, caracterizada por la asociación de hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral, habitualmente en el contexto de una malformación mülleriana obstructiva. Suele diagnosticarse después de la menarquia y puede manifestarse con hematócolpos, dismenorrea, dolor pélvico cíclico o alteraciones del sangrado menstrual. El objetivo es destacar la importancia de integrar imagenología ginecológica, ecografía renal y evaluación endoscópica para la caracterización anatómica y planificación terapéutica segura.

Descripción del caso: Paciente de 14 años, posmenárquica, derivada por sospecha imagenológica de malformación mülleriana. Sin antecedentes médicos relevantes. Presentó su menarquia a los 12 años, con ciclos menstruales regulares, pero menstruaciones abundantes. El examen físico fue normal, con genitales externos de aspecto habitual.

La ecografía ginecológica informó útero en anteversoflexión, con dos cavidades endometriales y dos canales cervicales. La resonancia magnética pélvica describió útero bicorne bicollis, tabique vaginal completo y hemivagina derecha distendida con contenido hiperintenso en T1, compatible con hematócolpos. El estudio imagenológico orientó a una malformación mülleriana compleja compatible con U3/C2/V2 según la clasificación ESHRE/ESGE. Como estudio adicional, se realizó una ecografía renal que evidenció agenesia renal derecha, apoyando el diagnóstico de patología del espectro OHVIRA.

Se realizó laparoscopia ginecológica exploradora e histeroscopia diagnóstica. Se observaron genitales externos normales, vagina larga de paredes lisas y aparentemente única, con orificio cervical externo puntiforme, sin abombamiento

lateral. Se evidenció canal cervical largo, sin comunicación con hemiútero derecho, y cavidad uterina estrecha con ostium izquierdo permeable. En segundo tiempo quirúrgico, se realizó laparoscopia exploradora, en donde se evidenció útero único con leve arcuato de fondo, trompas y ovarios sanos, sin adherencias ni líquido libre.

Posteriormente, resonancia de control confirmó útero bicorne bicollis, dos cuellos uterinos y tabique vaginal medial, con hemivagina derecha levemente distendida con contenido líquido. Se propuso realizar resección de tabique mediante histeroscopia quirúrgica en pabellón. Se cuenta con consentimiento para exposición anónima del caso.

Discusión/Conclusión: Este caso ilustra una malformación mülleriana obstructiva compatible con espectro OHVIRA, caracterizada por hematócolpos y agenesia renal ipsilateral. La imagenología orientó la clasificación anatómica al evidenciar duplicidad cavitaria y cervical, tabique vaginal y hemivagina derecha distendida; sin embargo, la evaluación endoscópica y laparoscópica mostró una anatomía compleja, con aparente discordancia entre contorno uterino externo y anatomía cavitaria. El caso refuerza que estas anomalías requieren integración entre imagenología ginecológica y evaluación endoscópica para precisar la anatomía funcional, evitar procedimientos incompletos y definir una conducta quirúrgica segura.

LESIÓN ANEXIAL QUÍSTICA GIGANTE Y MANEJO CONSERVADOR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME DE MC CUNE-ALBRIGHT

AUTORES

Daniela Salgado Lacourt¹, Carolina Loureiro Pérez², Florencia De Barbieri Magnone³, Francisca Arancibia⁴, Constanza Ralph Troncoso⁵

AFILIACIÓN

¹ Universidad San Sebastián, ² Endoplus, ³ Pontificia Universidad Católica, ⁴ Pediatría,

⁵ Pontificia Universidad Católica/Hospital Dr. Sótero Del Río

CONTENIDO

Introducción: Los tumores anexiales en la etapa prepuberal son infrecuentes; pero, cuando se asocian a desarrollo puberal es necesario descartar alteraciones endocrinológicas y eventual patología maligna. Según características ecográficas, pueden corresponder a quistes funcionales de resolución espontánea en muchos casos, manejándose con seguimiento imagenológico y educación sobre riesgo de torsión ovárica. En niñas con pubertad precoz (PP) y quistes ováricos debe sospecharse el síndrome de McCune-Albright (SMA), causado por una mutación del gen GNAS, que activa receptores acoplados a proteína G. Su tríada clásica es displasia fibrosa ósea, manchas café con leche y PP. Esta última se manifiesta con telarquia fluctuante y sangrado vaginal recurrente secundario a quistes ováricos funcionantes. Estos episodios pueden acelerar la velocidad de crecimiento, adelantar la edad ósea (EO) y eventualmente activar el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal comprometiendo la talla final adulta.

Descripción: Se presenta una niña de 4 años 6 meses sin antecedentes mórbidos que consulta por genitorragia y desarrollo mamario. Examen físico mamas tanner IV, sin vello púbico, genitales estrogenizados. Sin manchas café con leche. Ecografía inicial: útero 5.7 cm de largo, endometrio 3.5mm, ovario izquierdo 1.4cc, ovario derecho reemplazado por una gran estructura quística de 7,0 x 3,9 x 3,7 cm (53cc). Sin flujo vascular. Se deriva a ginecología para evaluar riesgo tumoral y de torsión anexial.

Se solicitan exámenes de laboratorio:

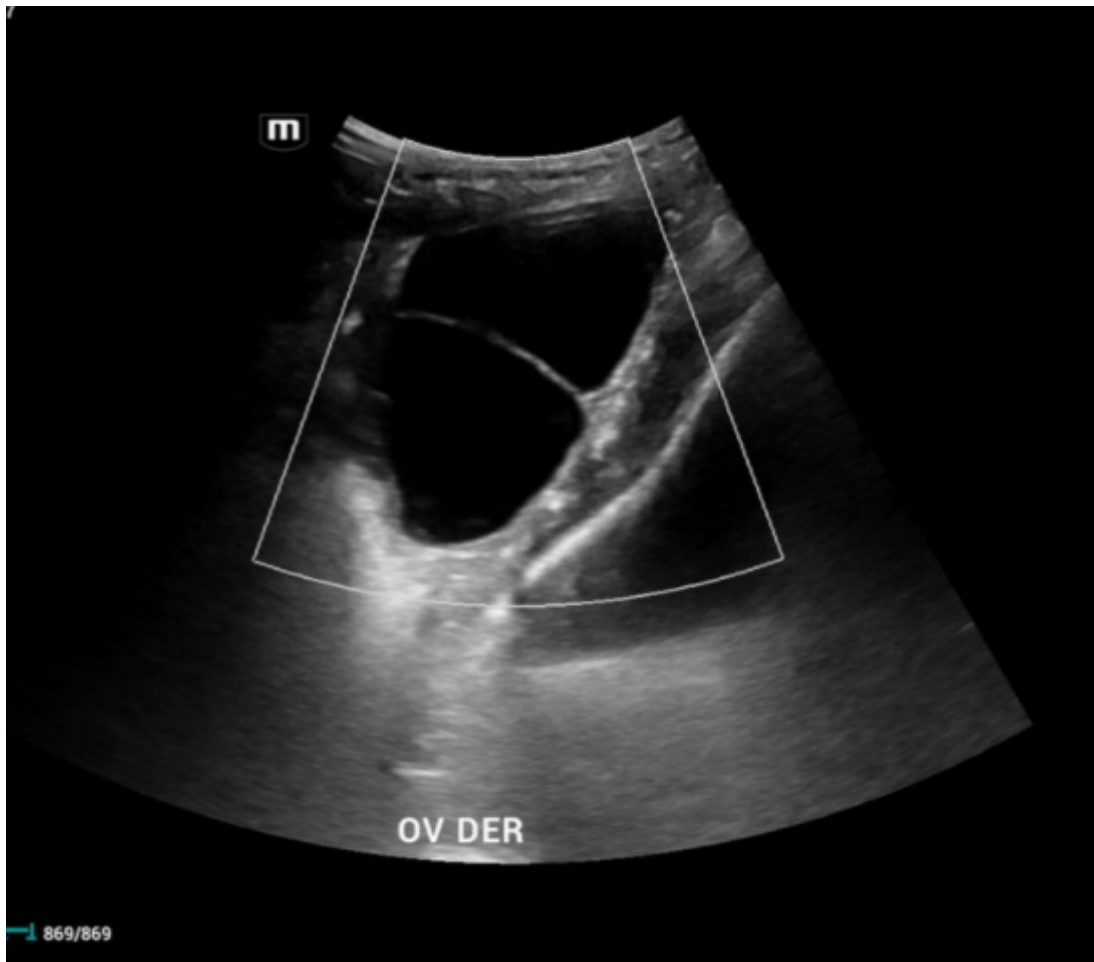
Estradiol:779pg/ml,FSH:<0.3mUI/ml, LH:<0.3mUI/ml,BHCG:<5mUI/ml, CA19-9<2U/ml, CA125:16.1U/

mL, CEA:ln/mL, InhibinaB:86.5pg/mL, AMH:2.96ng/mL, Androstenediona:<0,3ng/mL. Radiografía de EO 6 años.

Se discute caso con equipo de radiología y endocrinología. Dado marcadores tumorales negativos e imagen sugerente de lesión funcional, se educa bien a madre y paciente de signos de torsión, se indica manejo expectante y estudio con cintigrama óseo. Cintigrama informa displasia fibrosa ósea de fémur y peroné izquierdo. Por avance de EO se inicia tratamiento con letrozol 2.5mg día. Paciente evoluciona satisfactoriamente. Lesión anexial en regresión. Sin genitorragia.

Discusión: Las lesiones quísticas ováricas en niñas prepúbiles, especialmente cuando se asocian a signos de estrogenización, requieren descartar causas endocrinológicas subyacentes, incluyendo el SMA. Este caso ilustra cómo la presencia de quistes ováricos funcionantes, niveles elevados de estradiol con supresión gonadotropa y avance EO pueden constituir la primera manifestación de esta enfermedad. Este caso destaca la importancia de sospechar SMA aunque la tríada esté incompleta. El diagnóstico precoz permite orientar el estudio etiológico y confirmar compromiso óseo evitando la indicación de cirugía. Se refuerza la importancia de la evaluación clínica multidisciplinaria ante episodios de lesión anexial, genitorragia y PP en niñas prepúberes. La ecografía pélvica y el perfil hormonal son claves en la aproximación diagnóstica inicial y en el seguimiento. El uso de inhibidores de aromatasa ayuda a controlar los niveles de estrógeno, reducir sangrados y frenar la progresión de la EO. Sin embargo, requiere seguimiento por el riesgo de desarrollo de PP central.

Consentimiento, sin conflicto de interés.



TORSIÓN ANEXIAL IZQUIERDA SECUNDARIA A CISTOADENOMA SEROSO EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Isidora del Pilar Toledo Alarcón¹, José Blaz Bailez Aravena¹, Camila Alejandra Marfull Páez¹, Nicolas Ignacio Castro Campos¹

AFILIACIÓN

¹ Universidad Diego Portales

CONTENIDO

Introducción: La torsión anexial es la quinta emergencia ginecológica más común, el 30% de los casos de torsión anexial ocurren en menores de 20 años, siendo las niñas mayores de 10 años las que tienen más riesgo de presentar este cuadro a consecuencia de los cambios hormonales y del crecimiento gonadal. Se presenta este caso con el objetivo de destacar la clínica y etiología infrecuente de torsión anexial.

Descripción del caso: Paciente femenina de 12 años, con antecedente de pubertad precoz tratada con leuprolide 11,25 mg, suspendido 14 meses previo a la evaluación preoperatoria. En seguimiento por especialidad por cuadro de 8 meses de evolución de dolor abdominal intermitente tipo cólico en FII, de inicio súbito y resolución espontánea, asociados a quiste anexial izquierdo de crecimiento progresivo en controles imagenológicos. Consulta en SU por episodio de dolor abdominal persistente. Al examen físico destaca abdomen blando, depresible, sensible en FII, sin signos de irritación peritoneal. En la ecografía ginecológica preoperatoria no se identifica el ovario izquierdo en FII. A nivel paraumbilical izquierdo se observa imagen quística ovoidea izquierda que mide aproximadamente 8,2 x 7,8 x 6,2 cm, de paredes lisas y contenido homogéneo. En figura 1 se evidencia evolución de la lesión, por lo que ante la recurrencia sintomática y la sospecha de patología anexial complicada, se decide realizar laparoscopia diferida. Intraoperatoriamente, destaca ovario izquierdo aumentado de volumen con lesión quística de 8 cm con afectación de tuba, compatible con torsión anexial izquierda de doble vuelta sobre su eje vascular. Se realizó quistectomía, destorsión anexial, liberación tubárica, plastia tubárica y ooforopexia, dada la viabilidad del tejido ovárico y la persistente tendencia a la torsión. Informe de biopsia señala cistoadenoma seroso. Se cuenta con consentimiento informado del representante legal y asentimiento de la paciente para la presentación del caso, resguardando su confidencialidad.

Discusión/Conclusión: El riesgo de torsión ovárica aumenta en masas anexiales que superan los 5 cm y se presentan predominantemente en el lado derecho, por lo que es fundamental conocer esta patología para preservar la viabilidad ovárica. La torsión anexial en adolescentes se caracteriza por hipogastralgia intermitente, secundario a torsión/detorsión espontánea, lo que puede retrasar el diagnóstico. La ecografía es el examen inicial para evaluación de masas y signos indirectos de torsión, aunque la vascularización conservada no excluye el diagnóstico dificultando su diagnóstico precoz. La presencia de una masa ovárica aumenta el riesgo de torsión. El manejo quirúrgico oportuno permite preservar la función ovárica. Las lesiones anexiales más comunes en adolescentes son los quistes ováricos funcionales y los teratomas, los tumores epiteliales benignos como el cistoadenoma seroso son infrecuentes en este grupo etáreo, por lo que este es un diferencial importante de considerar.

Palabras clave: Torsión Ovárica, Cistoadenoma Seroso, Adolescentes.

Conflictos de interés: Sin conflictos de interés. Aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Diego Portales

Control	Contexto clínico	Hallazgo ecográficos	Tamaño
Mes 0	Consulta en S.U.	No se realiza exploración ecográfica	No evaluado
1er mes	Consulta en S.U.	Quiste anexial izquierdo	5 x 5 x 5,5 cm
2do mes	Control imagenológico	Quiste anexial	6,5 x 6,2 x 5,2 cm
4to mes	Control imagenológico	Quiste anexial	6,7 x 5,1 x 5,5 cm
8vo mes	Último control Pre-Operatorio	Quiste anexial	8,2 x 7,8 x 6,2 cm

Figura 1. Evolución de tamaño del quiste anexial izquierdo según controles imagenológicos previos a resolución.

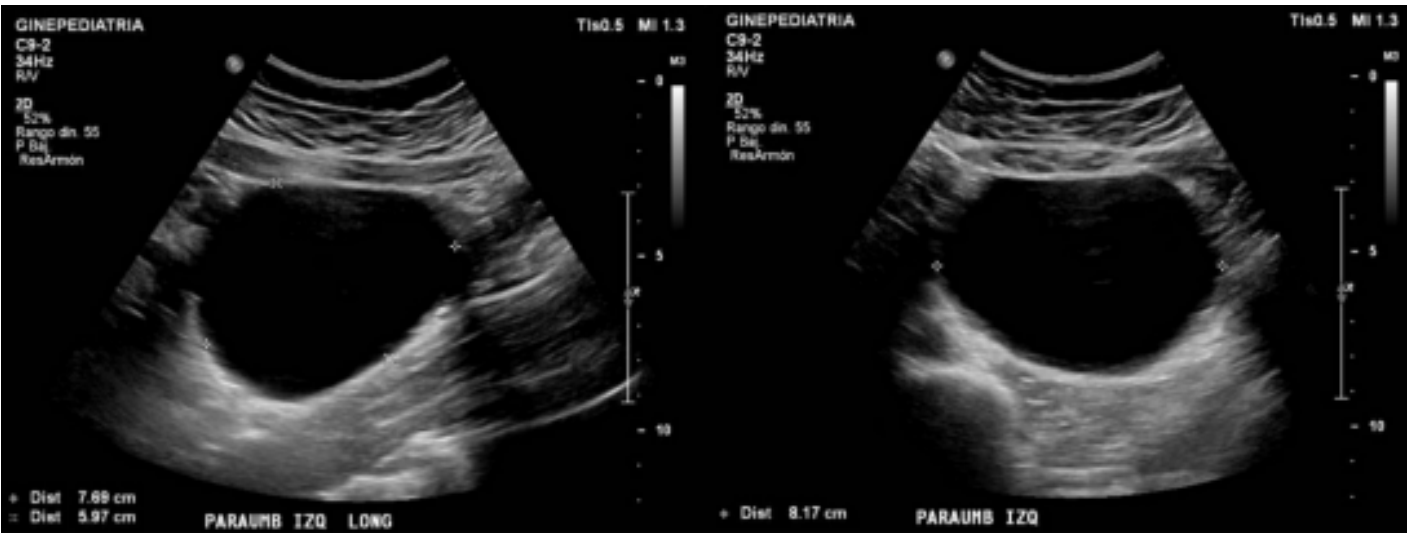


Figura 2. Control ecográfico preoperatorio.

XIV Congreso Chileno de
Obstetricia y Ginecología
Infantil y de la Adolescencia

