

Tuberculosis genital femenina

Protocolo n.º 51

Actualizado en mayo de 2003

CONCEPTO

Se entiende por tuberculosis genital femenina la afectación del aparato genital femenino por alguna de las bacterias pertenecientes a *Mycobacterium tuberculosis complex*. El agente patógeno más frecuente e importante de este complejo es *M. tuberculosis*, y sólo excepcionalmente la infección se debe a *M. bovis*, transmitido a través de la leche no tratada. *M. africanum* sólo se aísla en el continente africano.

M. tuberculosis es un bacilo de 1-4 µm de largo, aerobio estricto, no esporulado, inmóvil, de difícil tinción mediante tinción de Gram, pero perteneciente de forma característica al grupo de microorganismos ácido-alcohol resistentes (AAR).

EPIDEMIOLOGÍA

La infección genital por esta causa en nuestro medio sigue siendo una rareza, aunque se estima que supone aproximadamente el 0,2% de todos los estudios histopatológicos realizados por un laboratorio de anatomía patológica ginecológica¹; no obstante, al igual que la enfermedad tuberculosa de cualquier localización, ésta parece haber sufrido un incremento en su frecuencia en los últimos 10 o 12 años, aumento que se atribuye fundamentalmente a la infección por el VIH, a la inmigración desde zonas con alta prevalencia de tuberculosis, a la drogadicción y a un estatus socioeconómico bajo. La tuberculosis en pacientes infectados por el VIH es muy frecuente en España y puede producir clínica con cifras no excesivamente bajas de CD4. La tuberculosis se considera una complicación de categoría C en pacientes infectados por el VIH, y por tanto criterio de sida.

La incidencia en España de infección tuberculosa es intermedia-alta (30-50/100.000 habitantes/año). Aproximadamente un 5-10% de los infectados desarrollarán en algún momento enfermedad, preferente-

mente en los 2 años siguientes a la infección. Este riesgo es varias veces superior en caso de infección por el VIH concomitante u otras causas de inmunodepresión (fig. 1). De los pacientes que sufren tuberculosis activa, un 20% tendrá afección extrapulmonar, y hasta dos tercios en el caso de los infectados por el VIH. Entre las afecciones no pulmonares entre las mujeres, la genital representa el 5-10% o más de los casos². Así, en un reciente estudio de más de 3.000 casos de tuberculosis activa, un 1,3% de mujeres fueron diagnosticadas de tuberculosis genital².

CLASIFICACIÓN

La infección se produce casi siempre por inhalación, a través del contacto íntimo con un caso de tuberculosis pulmonar infecciosa, que produce aerosoles por la tos o el estornudo, viéndose favorecida por el hacinamiento. Otras vías, como la intestinal a través de la leche no pasteurizada de vacas infectadas por *M. bovis*, la piel o la placenta son infrecuentes pero posibles.

Esta primoinfección da lugar a la tuberculosis pulmonar primaria (complejo de Ghon). En unos pocos casos, más frecuentes en la infancia, en los que existe trastorno de la inmunidad, la infección puede progresar rápidamente (tuberculosis primaria progresiva). Por fortuna, en la mayoría de los casos la infección es controlada por la respuesta inmunitaria, cursando de forma asintomática y las lesiones tienden a la fibrosis y calcificación. Sin embargo, durante las 2 o 3 semanas en que tarda en aparecer la respuesta específica mediada por células T, demostrable por la positivización de la prueba de Mantoux (PPD+), puede producirse una diseminación hematológica asintomática de los bacilos, que tienen preferencia por asentarse en los lugares con mayor pO₂, especialmente los vértices pulmonares, pero también otros lugares de la economía, entre ellos, el aparato genital. Estos bacilos suelen ser destruidos, pero en algunos órganos pueden permanecer de forma latente durante mucho tiempo.

La tuberculosis posprimaria o secundaria se debe a la reactivación de la infección latente y más raramente a una reinfección. La reactivación ocurre en el 5-10% de los pacientes que han sufrido la primoinfección y se ve favorecida por los factores señalados

Tabla 1. Antituberculosos de primera línea

Nombre (siglas)	Vías dosis (mg/kg/día)	Precauciones	Toxicidad	Contraindicaciones
Isoniazida (H)	v.o. 5 (máx. 450 mg) v.i.	Alcohol antabus Hidantoínas	Hepática Polineutritis	Alergia
Rifampicina (R)	v.o. 10 (máx. 900 mg) v.i.	Anticonceptivos Anticoagulantes Hidantoínas	Hepática Púrpura Fracaso renal Síndrome pseudogripal	Experimentalmente teratígeno
Pirazinamida (Z)	v.o. 30 (máx. 2,5 g)	Eleva siempre la uricemia	Hepática Artralgias Hiperuricemia	Embarazo, gota Insuficiencia hepática y renal grave
Etambutol (E)	v.o. 25 (máx. 1,5 g)	Agudeza visual Insuficiencia hepática grave	Neuritis óptica	Alergia
Estreptomicina (S)	v.i. 15 (máx. 1 g)	Vigilar audiograma Vigilar función renal	Ototoxicidad Nefrotoxicidad	Alergia

en la figura 1. El lugar donde más frecuentemente se produce esta reactivación es en el pulmón, en sus segmentos posterior y apical. Su extensión y evolución es muy variable, desde la limitación de las lesiones encapsuladas o calcificadas hasta su extensión parenquimatosa (bronconeumonía tuberculosa), linfática y hematológica (tuberculosis miliar). En otros casos la evolución es crónica y cursa como un proceso consuntivo progresivo. Por otro lado, también

puede producirse una reactivación extrapulmonar de alguno de los focos debidos a la diseminación hematológica ocurrida en la primoinfección. Esto es más frecuente en algunas localizaciones concretas: ganglios linfáticos, huesos y articulaciones, meninges, genital (un 5-10% de las reactivaciones extrapulmonares), etc. (fig. 1). En casi la mitad de los casos de tuberculosis genital coexiste lesión del sistema urinario. Dicha tuberculosis genital suele acontecer en

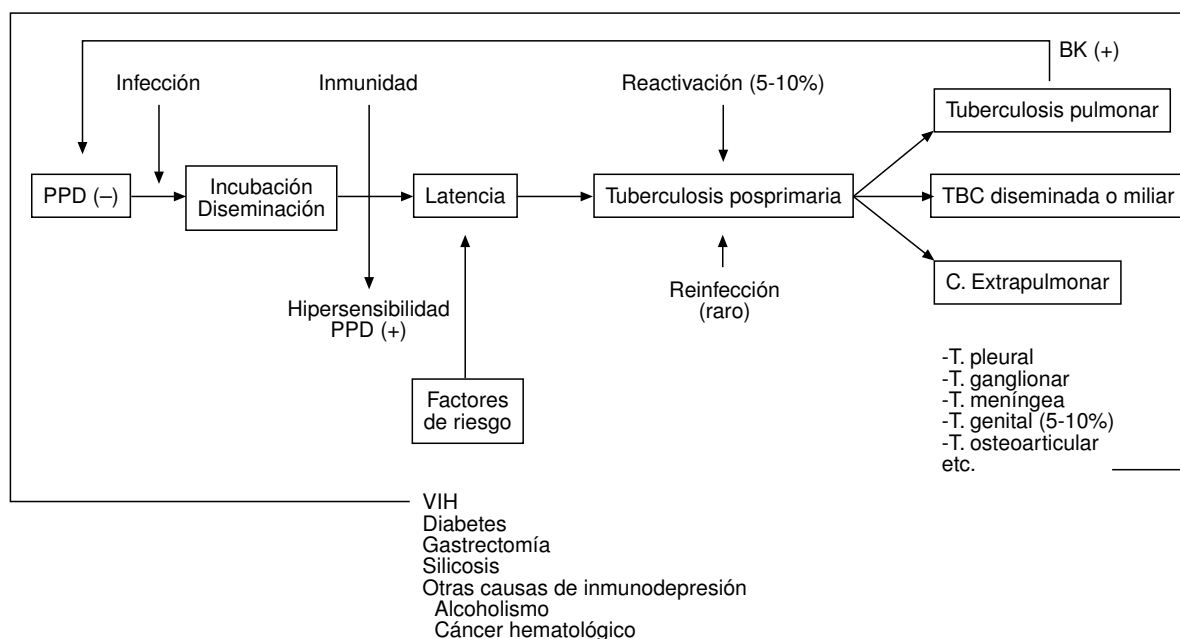


Figura 1. Clasificación clínica de la tuberculosis (TBC). PPD(+): prueba de la tuberculina positiva; PPD(-): prueba de la tuberculina negativa; BK: bacilo de Koch.

época de la menarquia, en pleno desarrollo, pasando inadvertida y siendo diagnosticada años después.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico: formas clínicas

Tuberculosis camuflada o latente

La causa más común de consulta de estas pacientes es la esterilidad, en dos tercios de los casos, que cursa de forma asintomática. Alrededor de un 20% de los casos se presenta con dolor abdominal o pélvico, un 10% con alteraciones menstruales y un 10% con dispareunia^{4,5}. Más raramente existen embarazos ectópicos de repetición tras endosalpingitis tuberculosas curadas. La edad media en el momento del diagnóstico se sitúa entre los 25 y los 35 años³. Tan sólo un 10% de los diagnósticos se realiza en la posmenopausia.

El diagnóstico suele establecerse tras un estudio de esterilidad (biopsia o legrado endometrial); por un estudio de amenorrea primaria por sinequia (síndrome de Musset-Netter) o de amenorrea secundaria por destrucción del endometrio y sinequias entre sus paredes (síndrome de Asherman), y en menos ocasiones como hallazgo tras una laparotomía exploradora.

No se suelen referir antecedentes personales o familiares de tuberculosis pulmonar. En ocasiones, en estas pacientes se han realizado laparotomías en blanco por dolor abdominal difuso y/o crónico.

La exploración puede ser normal o anodina en casi la mitad de los casos. Se suelen objetivar úteros hipoplásicos con cérvix largos y cónicos. En ocasiones las trompas están aumentadas de tamaño.

Histológicamente el cérvix suele afectarse de forma adenomatosa-nodular con gran proliferación glandular e hiperfunción mucípara, así como un estroma sembrado de tubérculos aislados o confluentes, lo que le da un aspecto fungoide, difícil de diferenciar de los carcinomas^{1,6}.

Salpingitis tuberculosa y otras formas de afectación genital

Las trompas se afectan en el 95-100% de los casos⁶, y pueden existir diferentes grados de afecta-

ción, desde la simple hiperemia, conservando la permeabilidad, a la aparición de trompas dilatadas, con el extremo distal conglutinado, con paredes fibrosadas y con *caseum* en su interior (forma fibrocaseosa). Histológicamente se observan abundantes folículos de Köster con crecimientos adenomatosos de las fimbrias y sinequias entre ellas (disposición en rueda de carro). Desde la trompa puede diseminarse de forma descendente al endometrio (80%), el miometrio (20%) y el cérvix (23%)^{1,6}. El ovario se afecta por implantes adherenciales en el 11%^{1,6}. Clínicamente se manifiestan por dolor en hipogastrio discreto y crónico (evolución silenciosa), junto a trastornos menstruales (hipomenorrea, amenorrea) y síntomas generales (astenia, anorexia, pérdida de peso, febrícula, sudación nocturna...).

Peritonitis tuberculosa

Afecta por diseminación miliar a toda la cavidad peritoneal y, por tanto, a la serosa del aparato genital, sin perjudicar su interior.

Suele ocurrir en adolescentes o mujeres jóvenes y cursa con afección del estado general, con fiebre o febrícula, anorexia y pérdida de peso, ascitis, masas anexiales, engrosamiento peritoneal, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento, dispepsia, anemia, etc. Se observa elevación del CA 125 en suero, lo que conduce en muchas ocasiones a un diagnóstico erróneo de carcinoma de ovario, sobre todo en nuestro medio en que la peritonitis tuberculosa tiene una prevalencia muy baja. Sin embargo, en los últimos años varios artículos están incidiendo en la importancia de valorar esta entidad en el diagnóstico diferencial de una masa pélvica, sobre todo en pacientes procedentes de zonas endémicas o inmunodeprimidas (especialmente por el VIH) con el fin de evitar cirugías extensas innecesarias⁷⁻⁹. En pacientes tratadas suele quedar, como secuela, una esterilidad tubárica.

Diagnóstico de laboratorio

1. Prueba de la tuberculina, *tuberculin skin test* o intradermorreacción de Mantoux con PPD (derivado proteico purificado): 2 U de PPD RT-23. Se considera positiva si a las 48 h se observa una induración

526 ≥ 5 mm o ≥ 14 mm en vacunados. En tuberculosis genital femenina, su sensibilidad es del 55% y su especificidad del 80%¹⁰.

2. Examen microbiológico: a partir de muestras de sangre menstrual (la más sensible)³, moco cervical o material de legrado, y si se sospecha actividad, de esputo, broncoaspirado y/o lavado gástrico.

— Visualización microscópica: de bacilos AAR mediante tinción de Ziehl-Neelsen o fluoresceína con auramina. Es sugestiva de tuberculosis pero no patognomónica. Deben existir unos 10.000 bacilos/ml para reconocerlos.

— Cultivos repetidos: necesarios para el diagnóstico definitivo y estudios de resistencias. Permite reconocer bacilos en muestras de 100 bacilos/ml, pero el crecimiento en medio de Löwenstein-Jensen es lento: 28 días (13-49)¹¹. Los cultivos en medio líquido (sistema BACTER) sólo precisan 8-15 días.

3. Adenosín-deaminasa (ADA): se eleva en líquido ascítico, pleural o cefalorraquídeo.

4. Otros:

— Demostración de anticuerpos séricos por inmunoensayo o radioinmunoensayo¹¹.

— Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (reacción en cadena de la ligasa [LCR] y de la polimerasa [PCR]): poco empleadas, pero han demostrado gran sensibilidad (75-80%) y especificidad en el diagnóstico de tuberculosis genital en varios tipos de muestras¹²⁻¹⁴ por lo que parecen útiles para la detección rápida de *M. tuberculosis*. Además, por ser la tuberculosis genital una forma paucibacilar de tuberculosis, en los casos en que los frotis y cultivos resulten negativos, la PCR podría ser útil.

— CA 125: puede estar elevado en suero en la tuberculosis peritoneal. Los valores medios de CA 125 en pacientes con peritonitis tuberculosa son de 316 ± 61 U/l¹⁵, aunque se han descrito valores de hasta 1.150 U/l¹⁶. Tiene una estrecha relación con la evolución de esta entidad y la respuesta a la terapia antituberculosa, por lo que puede ser un marcador de gran utilidad en su seguimiento¹⁵.

5. Debe considerarse la determinación de anticuerpos frente al VIH.

Biopsia de endometrio

Debe ser premenstrual. Sólo se diagnostica el 80%, visualizándose el folículo tuberculoso típico (células epitelioides, células gigantes de Langhans y áreas de caseificación). Contraindicado en formas de salpingitis por peligro de diseminación¹.

Diagnóstico por la imagen

1. Radiografía de tórax: permite observar actividad pulmonar o lesiones antiguas, pero es normal en la mayoría de los casos¹⁷.

2. Pielografía: descarta la tuberculosis urinaria asociada.

3. Ecografía: permite observar hidrosálpinx, ascitis y pequeños quistes simples de ovario. Estos últimos parecen estar en relación con la tuberculosis genital en más de una cuarta parte de los casos¹⁸.

4. Histerosalpingografía: es un método útil en la mayoría de los casos¹⁷.

a) Imágenes uterinas:

- Dedo de guante: sinequia total.
- Bordes "dentellados" de la cavidad uterina.
- Inyección vascular en fondo uterino.

b) Trompa:

- Obstrucción bilateral.
- Hilo de alambre (porción ístmica).
- Palo de golf o maza (porción ampular).
- Trompa arrosariada o en collar de perlas.
- *Sacto salpinx* o hidrosálpinx uni o bilateral.
- Imágenes en algodón o en nido de abeja.
- Calcificaciones de trompa, ovarios o ganglios pelvianos.

Diagnóstico quirúrgico

1. Laparoscopia:

— Visualiza los tubérculos directamente y permite la realización de biopsia.

— Las adherencias pueden impedir la visualización del aparato genital.

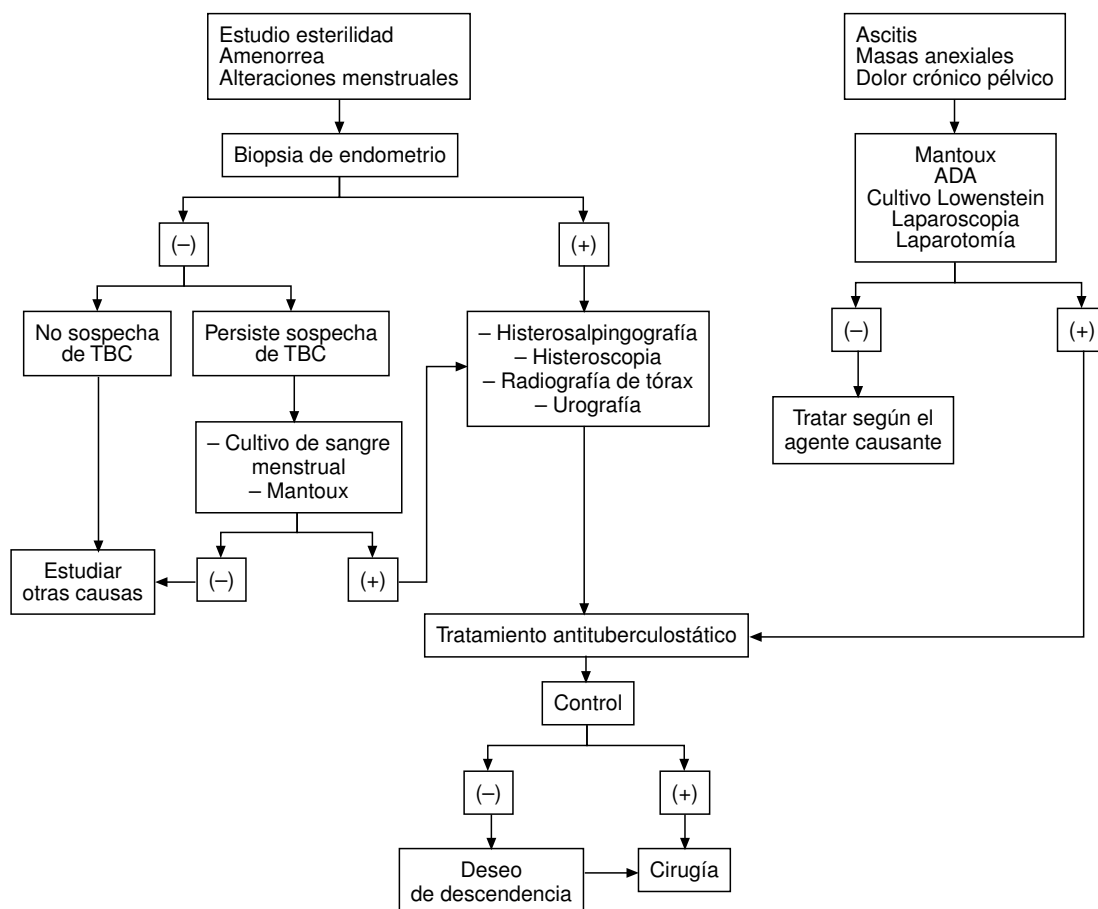


Figura 2. Algoritmo diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis genital.

La laparoscopia puede ser un método seguro y suficiente para el diagnóstico de tuberculosis peritoneal y su diferenciación del carcinoma de ovario⁸.

2. Laparotomía:

— Hallazgo casi siempre casual tras histerectomía por otras causas.

Diagnóstico diferencial

La tuberculosis es considerada una de las grandes imitadoras de otras enfermedades, lo que también sucede en su afección genital femenina.

1. Otros procesos inflamatorios piógenos: endometritis, salpingitis. En éstos el comienzo es más brusco y la clínica de dolor, fiebre, etc., más espectacular.

2. Cáncer cervical: ciertas formas de afectación cervical simulan una neoplasia por su aspecto fungoide.

3. Neoplasias ováricas: la tuberculosis que cursa con tumoraciones anexiales y ascitis hace difícil el diagnóstico diferencial con el cáncer de ovario. La clínica es de escasa utilidad, ya que ambas cursan con los mismos síntomas vagos y signos inespecíficos. La tomografía computarizada detecta ascitis, masas pélvicas y/o peritoneales y adenopatías mesentéricas y retroperitoneales, hallazgos que no sirven

528 para diferenciarla de un cáncer de ovario¹⁹. Además, la elevación de los valores de CA 125 en ambas hace todavía más fácil que estas entidades se confundan, por lo que no es infrecuente que a pacientes con tuberculosis peritoneal se les practique erróneamente una laparotomía, creyendo que se trata de un carcinoma ovárico, cuando una simple terapia anti-tuberculosa podría haber resuelto el problema.

Es frecuente que estas pacientes no refieran antecedentes de enfermedad tuberculosa y que su Mantoux sea negativo. El cultivo del líquido ascítico es positivo en poco más del 30% de los casos, aunque el ADA suele estar elevado. Entre las alternativas propuestas para el diagnóstico diferencial se encuentran el uso del Doppler color (resistencia vascular aumentada en las masas tuberculosas y disminuida con neovascularización en el carcinoma de ovario), la biopsia ecoguiada con *trucut*¹⁹ o el empleo de la laparoscopia para demostrar granulomas tuberculoides⁸.

TRATAMIENTO

Tratamiento quimioterápico

Se usa una combinación de fármacos que elimine todos los bacilos, incluidos los intramacrofágicos y los localizados en el *caseum*, sin que puedan surgir recidivas ni mutaciones resistentes. Se considera que la carga bacilar de la tuberculosis genital es similar a la de la pulmonar, por lo que el régimen de tratamiento es el mismo. Actualmente se recomienda la pauta de 6 meses: 2 meses con isoniazida (H), rifampicina (R) y piracinamida (Z), seguidos de 4 meses con H y R (2RHZ/4RH). Este tratamiento supera el 97% de eficacia exigible para cualquier régimen terapéutico en nuestro medio, con similar toxicidad que la pauta de 9 meses, pero con menor coste y mayor comodidad para el paciente. En caso de tratarse de una paciente inmigrante procedente de un país con alta tasa de resistencias primarias, se aconseja añadir etambutol (E) durante los primeros 2 meses. En situaciones especiales en que no se pueda usar pirazinamida (gota, hepatopatías graves, embarazo, ¿diabetes tipo 1?), la pauta inicial recomendada es de 9 meses de 2RHE/7RH. El paciente con infección por el VIH debe cumplir 9 meses de tratamiento 2RHZ/7RH, siendo en general su respuesta similar a la de los pacientes sin esta infección²⁰.

Tratamiento quirúrgico

Se consideran las siguientes indicaciones:

1. Recidiva de las lesiones tras el tratamiento.
2. Resistencia o aumento de las masas anexiales tras el tratamiento médico.
3. Persistencia del dolor tras el tratamiento.

Se tenderá, en estos casos, a la histerectomía total con doble anexectomía. Las plastias tubáricas para restablecer la permeabilidad están contraindicadas, por el alto porcentaje de fracasos y la posibilidad de embarazos ectópicos.

RECOMENDACIONES

1. Estudio del aparato genital en toda mujer con tuberculosis pulmonar tratada.
2. Estudio del aparato urinario por su frecuente asociación con la tuberculosis genital.
3. Sospechar una tuberculosis peritoneal en toda mujer que se presente con síntomas y signos inespecíficos, masa pelviana y elevación del CA 125, estableciendo el diagnóstico diferencial con el carcinoma ovárico, a fin de evitar laparotomías innecesarias.
4. Iniciar el tratamiento con quimioterápicos y reservar el tratamiento quirúrgico para cuando no haya respuesta al médico.
5. Los controles del tratamiento quimioterápico pueden hacerse por microlegrado: desaparición de los granulomas¹, y en el caso de tuberculosis peritoneal es de utilidad el seguimiento de los valores séricos del antígeno CA 125.

COMENTARIO

Se puede concluir que, ante un problema pelviano que no sigue ninguna de las reglas preestablecidas, la primera consideración debe ser la gestación ectópica y la segunda, la tuberculosis pelviana. Aunque la tuberculosis genital puede curar clínicamente en casi el 100% tras el tratamiento tuberculostático, las secuelas funcionales en la trompa (conglutinación de sus franjas) en muchos casos ocasionan alteraciones funcionales irreversibles, por lo que las

plastias tubáricas están contraindicadas. Entre las mujeres con tuberculosis genital tratada, el porcentaje de que alcancen gestaciones es de aproximadamente el 5-10%, y de ellas, la mitad sufren embarazos ectópicos o abortos^{21,22}, por lo que el único tratamiento realista para deseos de descendencia de estas pacientes son las técnicas de reproducción (FIV y TE), con las que se obtienen resultados exitosos en casi la mitad de las pacientes²¹. La atrofia endometrial es el factor de peor pronóstico.

En algunos países con altas tasas de prevalencia de tuberculosis, como India o Rusia, ésta puede suponer hasta más de un 3% de las causas de infertilidad⁵.

El actual repunte en la prevalencia de esta enfermedad, los altos índices de esterilidad que conlleva y la dificultad que en muchas ocasiones plantea su diagnóstico, por la escasez y la inespecificidad de su clínica, obliga al ginecólogo a tener un alto índice de sospecha de la posible existencia de esta entidad para identificarla y tratarla más precozmente de lo que hoy suele hacerse.

BIBLIOGRAFÍA

- Nogales F, Tarancon I, Nogales F Jr. The pathology of female genital tuberculosis: a 31-year study of 1436 cases. *Obstet Gynecol* 1979;53:422.
- Aka N, Vural EZ. Evaluation of patients with active pulmonary tuberculosis for genital involvement. *J Obstet Gynaecol Res* 1997;23:337-40.
- Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;72:269-72.
- Margolis K, Wranz PA, Kruger TF, Joubert JJ, Odendaal HJ. Genital tuberculosis at Tygerberg Hospital-prevalence, clinical presentation and diagnosis. *S Afr Med J* 1992;81:12-5.
- Tripathy SN, Tripathy SN. Infertility and pregnancy outcome in female genital tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:159-63.
- Nogales F, Herraiz MA, García Salazar I. Tuberculosis genital femenina. *Acta Ginecología* 1987;44:119-26.
- Chow TW, Lim BK, Vallipuram S. The masquerades of female pelvic tuberculosis: case reports and review of literature on clinical presentations and diagnosis. *J Obstet Gynaecol Res* 2002;28:203-10.
- Piura B, Rabinovich A, Leron E, Yanai-Inbar I, Mazor M. Peritoneal tuberculosis mimicking ovarian carcinoma with ascites and elevated serum CA-125: case report and review of literature. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002;23:120-2.
- Bilgin T, Karabay A, Dolar E, Develioglu OH. Peritoneal tuberculosis with pelvic abdominal mass, ascites and elevated CA 125 mimicking advanced ovarian carcinoma: a series of 10 cases. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11:290-4.
- Raut VS, Mahashur AA, Sheth SS. The Mantoux test in diagnosis of genital tuberculosis in women. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;72:165-9.
- Wolinsky E. Conventional diagnostic methods for tuberculosis. *Clin Infect Dis* 1994;19:396-401.
- Vishnevskaya EB, Marttila NJ, Semenovskii AV, Oleinik AN, Viliainen MK, Vishnevskii BI. Polymerase chain reaction and ligase chain reaction in the diagnosis of gynecological tuberculosis. *Probl Tuberk* 2002;1:49-51.
- Mirlina ED, Lantsov VA, Semenovskii AV, Oleinik AN, Popova SS, Manicheva OA, et al. Diagnostic values of polymerase chain reaction test in females with genital tuberculosis. *Probl Tuberk* 1998;1:46-8.
- Viveiros M, Pinheiro S, Moreira P, Pacheco T, Brum L. Evaluation of a commercial ligase chain reaction assay for the diagnosis of pulmonary and extra-pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999;3:508-14.
- Simsek H, Savas MC, Kadayifci A, Tatar G. Elevated serum CA-125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1174-6.
- De Dios A, Perona M, García Martínez A, Estruch R. Tuberculosis peritoneal y concentración de antígeno CA-125 en plasma. *Med Clin (Barc)* 1999;113:679.
- Saracoglu OF, Mungan T, Tanzer F. Pelvic tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1992;37:115-20.
- Yildirim M, Bayram M, Karsligil M. Relation of genital tuberculosis and simple cysts of the ovary. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1989;84:193-6.
- Márquez Maraver F, Rodríguez Fernández MJ, Fernández Sánchez M, Dueñas Díez JL, La Calle Marcos M, Olivares Ruiz E. Tuberculosis peritoneal frente a cáncer de ovario: claves para un diagnóstico diferencial difícil. *Prog Obstet Ginecol* 2003;46:38-41.
- Vidal Pla R, Rey Durán R, Espinar Martín A, De March Ayuela P, Melero Moreno C, Pina Gutiérrez JM, et al. Tratamiento y retratamiento de la tuberculosis. Recomendaciones SEPAR, 1998.
- Marcus SF, Rizk B, Fountain S, Brinsden P. Tuberculosis infertility and in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1593-6.
- Tripathy SN, Tripathy SN. Infertility and pregnancy outcome in female genital tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:159-63.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española

- 530** la de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.