

Dra. Elizabeth Erazo V.  
GINECOLOGA- OBSTETRA

FECHA: 11/07/2018.

EDAD: 28 AÑOS

APELLIDOS: ANDINO SAMANIEGO  
NOMBRES: CAROLINA ALEXANDRA  
F. NACIMIENTO: 13 DE MAYO 1990  
ESTADO CIVIL: CASADA  
CEDULA NUM: 0502704596  
DIRECCIÓN: LATACUNGA  
NÚMERO DE CELULAR: 0999001650  
OCUPACION: AUXILIAR DE ENFERMERÍA  
SEGURO: PANAMERICAN LIFE

TEL: 032818546

CORREO: karitoandinosamaniego90@gmail.com

Alerģias -

Q: Enfermedades prev.

APP: FUJ Total

Agd: Nme 15c CRR- 930 < 4d

TM: 7/07/18

USA: 18c CS#3

pp: 100 Gmbs anclb

G: 1 PN: 1 Hce 3mo. -7m.

PF: Femenin m x late 4a

Medicamb: Oclagen

HC: Pct anclb co

Pcp: 100 2ab → Anclb NEGRO

Colpoc: 5 LER 2ab

Ex LER → Ectofluor 10/16

Colpoc: 2017 → Ectofluor x LER

HC: ACUSO A control de LER

Plan: CCU

Ex: 3pular: Anclb 100 CCU

CCU: NEGRO

CCU: AR 5/1

18(-)

Plan: Control anual

23/07/19: 2 29000 on 28/6/19

8: Resaqueo original  
Dimerizac  
Oligomerizac

En 7 Glucidos Hemicelulosa

RIG: Laccasa de pino

UAGINTS

Cow x Oil

① R 125

En 70

En 70

En 11

① Cetylol

② Tavor

Arak ③ Hela

31/07/19

Glucose → 105 ↑

T60 → 46 g.

TOP → 65

Edif → 208

HDL - 54

LDL - 100

Rig. ②41

CCV: (-)

Fun 24/07/19

Os. de 7mo

Uro en AF de 71 x 37 x 42

Nucleo Relagones

En 7 - bilaminar de 5-8 mm

Endocoma Engando de 200 micras

Relagones de 6.7 mm Dupla

7 di vesiculacion

Ovario Tubulos No estables

IOG - Dilipidome (I) Retencia

- Imagen Corrid. Relagones en estado

- Peligeros Ovario

TSH - 3.14

T3 3.00

T4 1.30

Insulina ①1.6 →

R 125 14.5 -

Idoma: 3,0

En 7000 Bolo I

GRMS slc d  
Pelus

②



CONTINUACION

APELLIDOS: ANDINO SAMANIEGO

FECHA: 11/07/2018

NOMBRE: CAROLINA ALEXANDRA

- (1) RNMs dlc Pel
- (2) Josta
- (3) Jorauio

22/8/19 MC Control de S

RNMs: Englobamiento asimétrico  
Muestras del Endocervix a dlc  
disparpase

- (1) T/E Bepare
- (2) Endocervix a bique
- (3) Endo

Pon: Dk toer Gavel

Time de muestra por Histeroscopia  
Ego Análisis ONI

21/8/19 → Histeroscopia el 25/10/19

Pelipa Endometrio - Endocervix  
Quiste mucinoso en Endocervix  
Ostio visible

Bepare Pelipa Histeroscopia Endocervix  
Ligadura

4/9/19 MC Control

- (1) Se Anula
- (2) Ac Folio dlc

**CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL**

---

**Nombre:** ANDINO SAMANIEGO CAROLINA**Edad:** 28**Código:** 986**Orden No:** 201807110850**Citología No:** 5751**Fecha:** 11/07/2018

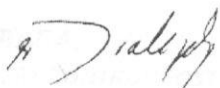
---

**TIPO DE MUESTRA:** Citología convencional**CALIDAD DE LA MUESTRA:** Satisfactoria con  
células endocervicales y de metaplasia escamosa**CATEGORIZACIÓN BETHESDA:****Frotis negativo para malignidad****Sin cambios inflamatorios****INTERPRETACIÓN / RESULTADO:**

NEGATIVO PARA LESION INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD

**INDICE DE MADURACIÓN:** 0/75/25**OBSERVACIONES:** Ninguna**RECOMENDACIONES:** Control en base a Norma ([www.asccp.org/Guidelines](http://www.asccp.org/Guidelines))**Citóloga:**

Lic. Gladys Garcés Senescyt 1005-02-250591

**Dr. Iván Araujo**  
**Médico-Patólogo**Senescyt 1005-05-555883  
MSP L1-F1 N°2

Paciente: ANDINO SAMANIEGO CAROLINA ALEXAND

Historia: 0502704396

Cod 986

Orden No.:

7110850

Fecha y hora de ingreso: 2018-07-11 12:20

Examen

Resultado

Unidades

Valores de Referencia

## BIOLOGIA MOLECULAR

HPV ALTO RIESGO MÁS 16 Y 18

HPV ALTO RIESGO

NEGATIVO

HPV GENOTIPO 16

NEGATIVO

HPV GENOTIPO 18

NEGATIVO

### OBSERVACION

DESCRIPCIÓN: LA PRUEBA IDENTIFICA ESPECÍFICAMENTE LOS GENOTIPOS HPV16 Y HPV18 ADEMÁS DE DETECTAR SIMULTÁNEAMENTE UN PANEL DE OTROS 12 TIPOS DE ALTO RIESGO (HPV13, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 Y 68).

REFERIRSE AL LITERAL (A) PARA INTERPRETACION DE RESULTADOS.

### INTERPRETACION:

a) GENOTIPOS HPV(AR), HPV(16) Y HPV(18) NEGATIVOS: BAJA PROBABILIDAD DE DETECTAR LESIÓN NIC-2.

b) GENOTIPOS HPV(AR) POSITIVOS, HPV(16) NEGATIVO Y HPV(18) NEGATIVO: MAYOR PROBABILIDAD DE QUE SE DETECTE LESIÓN NIC-2 O SUPERIOR EN LA COLPOSCOPÍA.

c) GENOTIPO HPV(16) Y/O HPV(18) POSITIVO: ALTA PROBABILIDAD DE QUE SE DETECTE LESIÓN NIC-2 O SUPERIOR EN LA COLPOSCOPÍA.

NOTA1: LOS RESULTADOS NEGATIVOS INDICAN QUE NO SE HA PODIDO DETECTAR EL ADN DE HPV O QUE LA CARGA VIRAL ERA INFERIOR AL LÍMITE DE DETECCIÓN DE ESTA METODOLOGÍA.

NOTA2: LOS RESULTADOS POSITIVOS INDICAN LA PRESENCIA DE UNO O MÁS TIPOS DE ALTO RIESGO. SIN EMBARGO, PUESTO QUE LOS PACIENTES SUELEN ESTAR INFECTADOS TAMBIÉN CON LOS TIPOS DE BAJO RIESGO, NO DESCARTA LA PRESENCIA DE TIPOS DE BAJO RIESGO EN PACIENTES CON INFECCIONES MÚLTIPLES.

NOTA3: LOS RESULTADOS DE ESTA PRUEBA DEBERÍAN INTERPRETARSE EXCLUSIVAMENTE JUNTO CON LA INFORMACIÓN DISPONIBLE DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y SU HISTORIAL.

Validado por: Sofia Flores, MSc.

Se considera el punto (.) como separador decimal para todos los exámenes

Análisis emitido(s) por Netlab S.A.  
Accredited by Accreditation Canada





DRA. MARCIA E. BELTRAN F. Msc.  
PATOLOGO Y LAB. CLINICO  
POSTGRADO UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
MIEMBRO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CITOLOGIA  
MEDICO TRATANTE "SOLCA AMBATO"  
CURSOS DE ESPECIALIDAD EN LATINOAMERICA Y FRANCIA

FECHA: 19-01-2016 Fecha Recep. de Lab:  
PCTE: Sra ANDINO COROLINA EDAD: 25  
C.I. DIRECCION:  
SOLICITA SR.(A).DR(A) HEDDY GUALICHICO  
FECHA DE LA TOMA: H.CL.:  
DATOS CLINICOS: Pcte.: G 1 P 1 A 0 C 0 FUM: 01-01-2016  
PAP anterior: Met. Antcp.:  
ASPECTO DEL CUELLO ALGO INFLAMADO  
MUESTRA: Exo-Endocervix

#### INFORME DE CITOLOGIA GINECOLOGICA (BETHESDA)

Frotis constituido por células:

Profundas: 40% Intermedias: 40% Superficiales: 20 %

ENDOCERVICALES CON CAMBIOS INFLAMATORIOS, CARIOLISIS MODERADA, PARAQUERATOSIS FRECUENTE, HALOS PERINUCLEARES PEQUEÑOS.

Ex.Leuct.: ++ Histiocitos: ++ Eritrocitos: Citolisis: ++  
Flora BACILAR ++ Otros: -----

#### CONCLUSION

Citología:

CLASE: II INFLAMACION MODERADA.

NOTA: SALVO SU MEJOR CRITERIO SE SUGUIERE CONTROL POST-TRATAMIENTO POR REACTIVIDAD CELULAR

Dra. Marcia Beltrán Fuentes  
Patólogo  
CMT 616

I ~~II~~ III IV V  
VI VII VIII IX X  
XI XII



Paciente:

CAROLINA ALEXANDRA ANDINO SAMANIEGO

CI:0502704596

Medico:

Dr. ELIZABETH ERAZO

Fecha:

31-jul-2019 10:36

Estudio:

**ECO PELVICO TV**

**INDICACIÓN:**

Paciente de 29 años edad, que presenta dismenorrea.

**HALLAZGOS:**

Útero de tamaño normal, se encuentra antero-versión, mide 71 x 37 x 43 mm en sus diámetros longitudinal, antero-posterior y traduce respectivamente. Miometrio con ecogenidad heterogénea, relación a cambios fibrosos.

Endometrio central, bilaminar, presenta espesor de 5. 8 mm.

El endocérnix se observa engrosado, de ecogenidad heterogénea, alcanza un espesor entre 6. 79 mm, al Doppler color se aprecia discreta vascularización periférica.

Ovario derecho mide 32 x 15 x 22 mm, volumen de 5. 7 cc.

Ovario izquierdo mide 29 x 20 x 22 mm, volumen de 7 cc, presenta varias imágenes redondas y ovoideas, hipoecogénicas distribuidas central y periféricamente, miden entre 4 y 7 mm, no vascularizadas, en relación a folículos no estimulados. Además se visualiza quiste simple para-ovárico de 12. 9 mm.

No hay líquido libre en la cavidad pélvica.

**CONCLUSIÓN:**

- Engrosamiento asimétrico del endocérnix, probablemente relación con hiperplasia, no se descarta otra patología. Se recomienda valoración con RM simple y contrastada de pelvis.
- Ovario izquierdo de aspecto poliquístico.

Atentamente,

**DRA. SELENITA GRACE ANRANGO G .**

MEDICA RADIÓLOGA CI:1710574128

MSP Libro 79 Folio 193 No 4806

Informe electrónicamente Validado / Médico DRA. SELENITA GRACE ANRANGO G .,





Dra. Rosa Guerrero Najera  
Patología y laboratorio clínico

Pedido: 184885

Examen: H-9229

SOLICITA Dr.(a): ELIZABETH ERAZO

PACIENTE: ANDINO SAMANIEGO CAROLINA ALEXANDRA

EDAD: 29 años

FECHA: 25-sep.-2019 15:43

FECHA VALIDACION 30 Sep 2019 17:47

## ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

### DATOS DE LA SOLICITUD

#### Impresión diagnóstica

Quiste mucinoso endocervical.

#### Origen exacto de la muestra

Pólipo endocervical

#### Información Clínica

histeroscopia: pólipo endocervical, quiste mucinoso endocervical

### INFORME

#### MACROSCOPICO

Se reciben varios fragmentos irregulares de tejidos blandos, de aspecto mucoide y coágulo hemático, que en conjunto ocupan un volumen de 3 ml. SPT (2c). RP

#### MICROSCOPICO

Abundante material mucoide y fibrino hemático en medio del cual destacan escasas glándulas endocervicales dilatadas que contienen moco y fragmentos de epitelio endocervical de núcleos ovales basales y citoplasma amplio claro. Otros fragmentos muestran endometrio ístmico que muestra pocas glándulas tubulares, rodeadas por abundante estroma que muestra hemorragia difusa

#### DIAGNOSTICO

Endocérvix (Biopsia de Lesión Quística Mucosa Endocervical):

INFLAMACIÓN CRÓNICA

COMPATIBLE CON PÓLIPO MUCINOSO ENDOCERVICAL

ENDOMETRIO ÍSTMICO.

RG/na

Dra Rosa Guerrero  
Médica Patóloga  
M.S.P. Libro 1 Folio 2 No. 6





Nombre:

Médico: CAROLINA ALEXANDRA ANDINO SAMANIEGO

CI: 0502704596

Fecha: Dr. ELIZABETH ERAZO

06-ago-2019 10:42

Estudio:

**RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS SIMPLE Y CONTRASTADA**

**Indicación:**

Evaluación de lesión endocervical reportados en ultrasonido.

**Hallazgos:**

Útero en anteversión y discretamente lateralizado hacia la derecha, mide 90 x 57 x 43 mm en sus diámetros longitudinal transverso y antero-posterior respectivamente, presenta bordes regulares. El miometrio muestra intensidad de señal homogénea, la línea de unión esta preservada (6 mm). Endometrio de aspecto bilaminar homogéneo, mide 5.2 mm de diámetro mayor.

En el cuello uterino se observa engrosamiento asimétrico del endocérnix hiperintenso en secuencias pesadas en T2 que alcanza un diámetro de 9 mm y muestra bordes irregulares, el estroma fibrocervical hipointenso inmediatamente adyacente y se encuentra respetado sin evidencia de áreas de solución de continuidad. Tras la administración del medio de contraste endovenoso se presenta hiporealizada y heterogénea.

Canal vaginal de paredes regulares, sin alteraciones demostrables.

Parametrios sin datos patológicos.

No se identifica adenomegalias regionales.

Vejiga parcialmente distendida, de paredes regulares sin lesiones demostrables.

Asas intestinales visualizadas sin datos patológicos.

Los ovarios muestran imágenes quísticas de paredes finas y contenido líquido homogéneo, con distribución central y periférica, de hasta 11 mm de diámetro mayor.

Estructuras vasculares moderadamente prominentes para uterinas a predominio izquierdo.

No se identifica líquido libre en la cavidad.

**Conclusión:**

- Engrosamiento asimétrico e irregular del endocérnix, a considerarse en el diagnóstico diferencial en primer lugar hiperplasia.

Atentamente,

**DR. EDISON FERNANDO HARO ORTUÑO**

MEDICO RADIÓLOGO CI: 1707084966 1008-03-419756

MSP Libro 1 "U" Folio 12 No 36

Informe electrónicamente Validado / Médico DR. EDISON FERNANDO HARO ORTUÑO,