XXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia SAGO

28 y 29 de Octubre de 2016

Escuela Politécnica Superior de Linares

LINARES 2016

www.congresosago2016.com • info@congresosago2016.com

Organiza:

S.A.G.O. SOCIEDAD ANDALUZA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Colabora:

EPSL Escuela Politécnica Superior de Linares

Secretaría técnica:

Fase20 congresos

Camino de Ronda, 42 - 18004 Granada
Tel. 958 203 511 - Fax: 958 203 550
info@fase20.com - www.fase20.com

LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

XXI CONGRESO SOCIEDAD ANDALUZA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SAGO) 1ª Edición

ISBN:

978-84-697-4632-5

Autores:

et all, et all (Autor)

Valdivieso Pérez, Francisco (Editor científico) - Valdivieso Pérez, Francisco (Coordinación general de) - López Alaminos, Simón (Editor científico) - López Alaminos, Simón (Coordinación general de) - Arjona Berral, José Eduardo (Editor científico) - Arjona Berral, José Eduardo (Coordinación general de)

Editorial: Fase 20 S.L.

Formato: Digital: descarga y online

MESA: Cáncer hereditario en ginecología.

Cáncer hereditario en Ginecología. Indicaciones de Estudio y Consejo Genético.

Autores:
Ana Laura Ortega Granados, Yéssica Plata Fernández, Nuria Cárdenas Quesada, Francisco García Verdejo, Natalia Luque Caro, Francisca Pérez Jiménez y Pedro Sánchez Rovira. Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen:
La predisposición hereditaria al cáncer forma parte de la etiología de las enfermedades neoplásicas, y se estima que entre un 5 y un 10% de todos los cánceres son debidos a una mutación en línea germinal. En los síndromes más prevalentes existe un aumento del riesgo de presentar tumores ginecológicos.

En una consulta de Consejo Genético en Cáncer Hereditario, el objetivo es identificar y seguir a individuos con un mayor riesgo de la población general de desarrollar un cáncer, debido a la historia familiar y personal. Cuando se identifican a estos individuos, se valora el riesgo personal y familiar, y se establece un plan de reducción del riesgo, que puede incluir recomendaciones de estilo de vida, de pruebas diagnósticas para detección precoz y de otras medidas para reducción del riesgo, como pueden ser la quimioprofilaxis o la cirugía profiláctica.

Una herramienta para valorar el riesgo es el estudio genético. En los síndromes en los cuales se conocen los genes implicados, puede plantearse al individuo en riesgo realizar un estudio genético, informando siempre de los beneficios y limitaciones de esta prueba, a través de un proceso de consentimiento informado. La recomendación general es indicar el estudio genético cuando la posibilidad de detectar una mutación patogénica, sea de al menos un 10%1.

Con respecto al síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario, se recomienda seguir los criterios de la Oncoguía de cáncer de ovario de la SEGO2 y los criterios de la guía SEOM3. En resumen, el estudio genético puede indicarse en un cáncer de ovario no mucinoso de alto grado, o cuando existe una agrupación familiar y/o diagnóstico en edad más joven que la población general de cáncer de mama y/o de ovario.

En cuanto al síndrome de Lynch, se recomienda iniciar un proceso de estudio genético cuando exista una sospecha por criterios de Bethesda o de Ámsterdam, según las indicaciones de las guías SEGO2,4 y SEOM5. Actualmente, se está valorando si estaría indicado el estudio de inestabilidad de microsatélites en ciertos casos de cáncer de endometrio.

En conclusión, al menos un 5% de los casos de tumores diagnosticados están relacionados con síndromes hereditarios de predisposición al cáncer. Los síndromes más frecuentes son el cáncer de mama y ovario hereditario, en relación con mutaciones de BRCA1 y BRCA2, y el síndrome de Lynch, con un aumento del riesgo de cáncer de endometrio y ovario, y en relación con mutaciones en los genes reparadores. Los individuos sanos con alto riesgo precisan un seguimiento diferente al resto de la población, y los tumores asociados a mutaciones germinales tienen un manejo distinto. Las indicaciones de estudio son cambiantes, así, en la actualidad, se recomienda el estudio genético en todos los cánceres de ovario de alto grado no mucinosos.

Por ello, es necesario una Unidad de Cáncer Hereditario de referencia, para una mejor identificación y un adecuado seguimiento de los individuos con predisposición hereditaria al cáncer.

Bibliografía:

- *Robson ME et al. American Society of Clinical Oncology Policy Statement Update: Genetic and Genomic Testing for Cancer Susceptibility. DOI: 10.1200/JCO.2015.63.0996 Journal of Clinical Oncology 33, no. 31 (November 2015) 3660-3667.*
- *VVAA. Oncoguía SEGO: Cáncer Epitelial de ovario, trompa y peritoneo 2014. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, octubre 2014. ISBN: 978-84-612-7418-2. Vol. 7*
- *Llort G et al. SEOM clinical guidelines in Hereditary breast and ovarian cancer. Clinical Translational Oncology 2015; 17: 956–961. DOI: 10.1007/s12094-015-1435-3*
- *VVAA. Oncoguía SEGO: Cáncer de Endometiro 2010. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, octubre 2010. ISBN: 978-84-612-7418-2. Vol 4*
- *Guillé-Ponce C et al. Clinical guideline SEOM: hereditary colorectal cancer. Clinical Translational Oncology 2015; 17: 962–971. DOI: 10.1007/s12094-015-1439-z*

Manejo de la paciente de alto riesgo genético en el cáncer.

Autora:
Inmaculada García Oliveros

La ecografía mamaria, no se debe utilizar en el cribado de cáncer de mama, la mamografía tiene su riesgo de radiación y en mujeres con riesgo de cáncer de mama puede no estar indicada, y la resonancia de mama, es muy sensible, pero poco específica.

No hay evidencia de que el cribado con ecografía transvaginal y Ca 125 pueda reducir la mortalidad por cáncer de ovario ni de endometrio. No detectan todas las neoplasias de ovario, ni los carcinomas primarios de peritoneo. Y ambas tienen una alta tasa de falsos positivos y esto puede producir ansiedad y cirugías innecesarias.

En los casos en los que por la anamnesis se sospeche una tendencia hereditaria al cáncer ginecológico, se debe realizar es un árbol genealógico, llegando hasta la tercera generación.

Síndromes hereditarios relacionados con el cáncer ginecológico:

- **SÍNDROME DE CÁNCER DE MAMA Y OVARIO:**
  - Recomendaciones en Prevención secundaria:
    - Autoexploración mamaria mensual desde los 18 años
    - Exploración clínica cada 6-12 meses desde los 25 años
    - RNM mamaria anual 25-29 años
    - Mamografía y RNM mamaria anual 30-75 años
    - Ecografía transvaginal y Ca 125 desde los 30 años sobre todo en los casos de antecedentes familiares de cáncer de ovario, informando a las pacientes de su baja especificidad.
  - Recomendaciones en Prevención Primaria:
    - Mastectomía Reductora de Riesgo
    - Doble Anexectomía Reductora de Riesgo
    - No tomar Anticonceptivos combinados antes de los 30 años y sobre todo no antes de los 25 años.
- **SÍNDROME DE LI FRAUMENI:**
  - Recomendaciones Prevención Secundaria:

- Autoexploración mamaria mensual desde los 18 años
- Exploración clínica cada 6-12 meses desde los 20-25 años
- RNM mamaria anual 20-29 años (NCCN 2016)
- Mamografía y RNM mamaria anual 30-75 años (NCCN 2016)
- RNM mamaria anual 20-69 años (NICE Rev 2015)

- Recomendaciones Prevención Primaria:
  - Mastectomía Reductora de Riesgo

- **SÍNDROME DE COWDEN:**
  - Recomendaciones Prevención Secundaria:
    - Autoexploración mamaria mensual desde los 18 años
    - Exploración clínica cada 6-12 meses desde los 25 años ó 5-10 años antes del caso más joven
    - Mamografía y RNM mamaria anual 30 ó 35, ó 5-10 antes del caso más joven hasta 75 años
    - Ecografía TV y/o biopsia Endometrial anual desde los 30-35 años (NCCN 2016 y ESMO 2016)
  - Recomendaciones Prevención Primaria:
    - Valorar Histerectomía y Mastectomía reductoras de riesgo
- **SÍNDROME DE LYNCH:**
  - Recomendaciones Prevención Secundaria:
    - Ecografía TV y Ca 125 a juicio clínico
    - Biopsia endometrial anual opcional
    - Accesibilidad en caso de sangrados anómalos
    - Cribado de mama igual que población general
  - Recomendaciones Prevención Primaria:
    - Histerectomia y Doble Anexectomía.
- **SÍNDROME DE EUTZ-JEGHERS (MUTACIÓN STK11):**
  - Recomendaciones Prevención Secundaria:
    - Citologías anuales
    - Revisión ginecológica anual, considerar la utilización de ecografía transvaginal
    - Exploración mamaria clínica cada 6 meses
    - Mamografía y RNM anualmente desde los 25 años (NCCN 2016) ó mamografía de los 30-75 años (ESMO 2016).
  - Recomendaciones Prevención Primaria:
    - Mastectomía reductora de riesgo

Preservación de la fertilidad en cáncer ginecológico.

Autores:
Luis Martínez Navarro, Luis Martínez Granados, Bárbara Romero Guadix

Podemos definir la preservación de la fertilidad como el conjunto de intervenciones quirúrgicas o médicas destinadas a proteger la fertilidad de la mujer cuya capacidad de ser madre se siente amenazada.

Dentro de los peligros que pueden impedir o disminuir la capacidad reproductiva de una mujer, la aparición de una patología oncológica ginecológica es uno de los más devastadores ya que el tratamiento implica, según el grado de gravedad de la enfermedad la realización de cirugías agresivas sobre el útero o los ovarios. En otros grados menos avanzados es posible instaurar acciones protectoras de la fertilidad. Podremos resumir las terapias quirúrgicas protectoras:

- Carcinoma de cérvix Estadio IA1, IA2, IB1: Traquelectomia y linfadenectomia laparoscópica.
- Tumores de ovario borderline; tumores epiteliales de ovario Estadios 1, grado 1; tumores de los cordones sexuales o de células germinales: Ooforectomia unilateral.
- Tumores endometriales Estadio 1, grado 1: Tratamiento con gestágenos durante 6 meses y control con biopsias histeroscópicas cada 3 meses.

En todos los casos existe posibilidad de recidiva tumoral por lo que esta actitud quirúrgica puede ser temporal hasta conseguir la descendencia y después completar la cirugía más adecuada en cada caso.

El cáncer ginecológico más frecuente en la mujer es el tumor de mama y será la quimioterapia que conlleva su tratamiento la que provocará una depleción de ovocitos que en algunos casos será irresoluble. Por lo tanto en cualquier tumor en que se aplique terapias con radioterapia y sobre todo quimioterapia con riesgo de daño ovárico hay que plantear la criopreservación de ovocitos como técnica ideal. La quimioterapia produce un 20-80 % de amenorreas definitivas, y si esto no ocurre provoca una pérdida de dotación folicular que unido a la espera de entre 3-5 años para buscar gestación lleva a la mujer a una situación de muy baja tasa de gestación espontanea o mediante FIV-TE. El 80 % de las mujeres tratadas por carcinoma mamario están libres de enfermedad a los 5 años y quieren continuar su vida con normalidad, incluido el deseo de ser madres.

Para minimizar el riesgo que conlleva en tumores hormonodependientes la elevación de los niveles de estrógenos, el protocolo de estimulación ovárica habitual es mediante Antagonistas de la GnRH y estimulación con Letrozol y Gonadotropinas, provocando la ovulación con bolo de Análogo de la GnRH. El tratamiento se suele iniciar el 2° día de ciclo, aunque la estimulación en cualquier fase del ciclo previa bajada de los estrógenos con Antagonista a menos de 60 pg./ml ha demostrado la misma utilidad. No está establecido el número adecuado de ovocitos para vitrificar para conseguir las mayores garantías de gestación tras la curación, por lo que cuando es posible realizamos realice más de una estimulación e incluso dos en el mismo ciclo, primero en fase folicular y segunda en fase lútea.

Otra posibilidad de preservación cuando no es posible realizar estimulación ovárica sería la preservación de corteza ovárica extraída mediante laparoscopia o laparotomía. Se han descrito varios nacimientos en el mundo tras la reimplantación de la corteza. Dada la mayor agresividad de la técnica tiene unas indicaciones más limitadas.

Recientemente se ha publicado de nuevo la utilidad de los análogos depot de la GnRH administrados durante el tiempo de la quimioterapia en la preservación de la reserva ovárica. Hay que consensuar con el oncólogo los beneficios de este tratamiento.

CONTROVERSIA 1: Morcelación

SÍ.

Autora:
Ainhoa Holgado Hernández

En 2014, la FDA emite un comunicado en relación al riesgo de diseminación peritoneal, en casos intervenidos de tumores uterinos benignos mediante LPS y morcelación , con diagnóstico final de sarcomas uterinos ocultos.

Los sarcomas uterinos son raros y la incidencia en los que se diagnostican postoperatoriamente aún menor, 1:350.

Por tanto es importante realizar una evaluación preoperatoria exahustiva a toda paciente que vaya a ser intervenida mediante técnicas de morcelación:

- Examen pélvico
- Pruebas de screening para descartar ca de cérvix
- Evaluación del sangrado uterino anormal, biopsia de endometrio.
- Ecografia

Es obvio que las técnicas quirúrgicas asociadas con una morcelación están contraindicadas en mujeres con factores de riesgo significativos para el sarcoma uterino como:

- estado postmenopáusico
- Hª de > de 2años de tratamiento con tamoxifeno
- Hª de irradiación pélvica
- Antecedente de retinoblastoma en infancia
- Antecedente de leiomiomatosis hereditaria
- Hª de S de Carcinoma de células renales

Sin embargo, el leiomioma es la neoplasia pélvica más común en las mujeres, con una prevalencia :70% raza blanca , 80% raza negra .

Las pacientes sometidas a una histerectomía por laparotomía tienen una mortalidad 3 veces superior a la histerectomía por laparoscopia .

Es conocido que la morcelación es útil en la cirugía mínimamente invasiva y se relaciona con menos complicaciones perioperatorias, menor dolor postquirúrgico y menor estancia hospitalaria.

Morcelación sí en: Pacientes premenopáusicas y sin factores de riesgo significativos para el sarcoma , informando de manera adecuada sobre los riesgos-beneficios de la morcelación frente a la laparotomía y que el paciente pueda tomar una decisión adecuada en relación con el abordaje quirúrgico.

- Pacientes que desean conservar el útero y son candidatas a una miomectomía por LPS con morcelación.
- Pacientes no candidatas a histerectomía vaginal y deseo de histerectomía LPS en los que la extracción intacta de la muestra por vagina no es posible, ofreciéndoles la histerectomía LPS con morcelación .

Es importante la información previa a la paciente sobre el riesgo de diseminación de células malignas en caso diagnosticar un cáncer oculto y ello debe recogerse en el consentimiento informado de la intervención.

Las bolsas de extracción de tejidos indicadas para la técnica de la morcelación, en la actualidad no proporcionan completa seguridad y pueden, en cambio, incrementar el riesgo de la técnica por su tamaño insuficiente , por la posibilidad de perforación o por la menor visualización del procedimiento con el riesgo de lesión de estructuras vecinas .

NO.

Autores:
José Amores Tirado, Esther Álvarez Cabrera, Rocío Salas

En octubre de 2013 se dio a conocer el caso de la intervención mediante morcelación eléctrica de un supuesto leiomioma que resultó ser un leiomiosarcoma con la consiguiente diseminación y peor pronóstico. Desde entonces nos preguntamos ¿cuál es el riesgo de cáncer oculto en mujeres que son sometidas a morcelación eléctrica durante una cirugía ginecológica? Múltiples estudios se han realizado para dar respuesta, estimándose el riesgo entre 1/458 y 1/2000. Esto es debido a la falta de uniformidad en los casos estudiados, en la mayoría de los casos no son estudios diseñados para el análisis de leiomiomas y en la dificultad del estudio anatomopatológico tras la fragmentación. Se han publicado recomendaciones con el fin de disminuir el riesgo en leiomiosarcomas ocultos. Aunque la mayoría de los estudios se centran en la posibilidad de leiomiosarcomas ocultos, la morcelación eléctrica ha sido utilizada en histerectomías con diversas indicaciones. Casos no diagnósticados de cáncer endometrial y variantes de tumores de tejido muscular se han publicado. A esto se añade el riesgo de diseminación intraabdominal de enfermedades benignas como leiomiomas o adenomiosis. Ultimamente se han desarrollado múltiples procedimientos de morcelación en bolsas que disminuyen el riesgo de diseminación peritoneal. Pero no existen estudios al respecto.

Resumen:

La morcelación libre en cavidad debe de estar contraindicada salvo en casos que cumplan criterios de no riesgo y previo consentimiento de la paciente.

Se necesitan estudios sobre la seguridad de los métodos de morcelación en bolsa.

CONTROVERSÍA 2: Tocolisis en la prematuridad tardía (>34 semanas)

SÍ.

Autora:
Rosa María Ostos Serna

Los bebés prematuros tardíos son aquellos que nacen entre 34 semanas y 36 semanas y 6 días. Estos recién nacidos tienen mayores tasas de morbilidad y mortalidad que los recién nacidos a término (edad gestacional ≥37 semanas) debido a su inmadurez fisiológica relativa y metabólica, a pesar de que a menudo tienen el tamaño y el peso similar a los recién nacidos a término. El término de prematuros tardíos han reemplazado el término "casi a término" para describir este grupo de niños, ya que incorrectamente implicaba que estos niños "casi término" sólo requerían un cuidado neonatal de rutina.

- El aumento de los nacimientos prematuros durante las últimas tres décadas se ha debido principalmente a un aumento en los nacimientos prematuros tardíos
- La mayoría de los partos prematuros (aproximadamente un 60%) se producen como resultado del trabajo de parto prematuro espontáneo, incluyendo los casos en que la ruptura prematura de membranas precede al inicio del parto

Los prematuros tardíos tienen una mayor tasa de morbilidad al nacimiento, tasas más altas de readmisión durante el período neonatal y el primer año de vida, y pueden tener mayor riesgo de trastornos del neuro-desarrollo a largo plazo. La morbilidad neonatal fue siete veces mayor en los prematuros tardíos.

La inmadurez cerebral puede desempeñar un papel fundamental en los prematuros tardíos. Aunque los datos son limitados, en la maduración del cerebro de los bebés prematuros tardíos, imágenes de resonancia magnética de la autopsia demuestran que a las 35 semanas de gestación, el cerebro pesa un 65 por ciento del cerebro de un bebé nacido a término, y la superficie externa tiene un menor número de surcos . Esta inmadurez puede aumentar la vulnerabilidad del cerebro a la lesión a largo plazo

- Los bebés prematuros tardíos fueron más propensos a tener trastornos del neuro-desarrollo con un mayor riesgo de parálisis cerebral (0,43 frente a 0,14 por ciento) y retraso mental (0,81 frente a 0,49 por ciento)
- En uno de los estudios incluidos, los prematuros tardíos parecían estar en riesgo de desarrollar esquizofrenia (RR 1,3; IC del 95% 1.0-1.7), trastornos del desarrollo psicológico, el comportamiento y la emoción (RR 1,5; IC del 95%: 1,2-1,8), pero no el autismo
- Los niños que eran los prematuros tardíos fueron más propensos a tener problemas relacionados con la escuela que los nacidos a término: tenían menores puntuaciones de lectura y evaluaciones más pobres de las habilidades matemáticas en comparación con los controles que nacieron a término; y además, tenían menos probabilidades de terminar la escuela secundaria (72 frente al 75 por ciento) y la universidad (32 frente al 35 por ciento).
- los niños que nacieron prematuros tardíos seguían siendo más propensos a tener puntuaciones por debajo de 85 en la escala completa en las pruebas de inteligencia (odds ratio [OR]: 2,35; IC del 95% 1.2 a 4.6) y el rendimiento (OR 2.04, IC 95% 1,09-3,82) en comparación con los controles nacidos a término
- El impacto potencial de trastornos del neuro-desarrollo en los individuos nacidos prematuros tardíos se manifiesta en el nivel alcanzado en la educación y el empleo

Veinticuatro estudios publicados entre 2000 y 2009 han documentado un mayor riesgo de morbilidad respiratoria en recién nacidos con menos de 37 semanas. Es ampliamente aceptado que RDS es el resultado de una ausencia o deficiencia primaria de la capa de revestimiento alveolar altamente tensioactivo (surfactante pulmonar). Para los neonatos nacidos a las 34 semanas, las probabilidades de RDS se incrementaron 40 veces; el riesgo disminuye con el avance de cada semana de gestación hasta las 38 semanas. Incluso a las 37 semanas, las probabilidades de RDS todavía eran 3 veces mayor que la de los recién nacido a término. Los estudios han demostrado que la hipertensión pulmonar persistente es más probable en los recién nacidos prematuros de 37 semanas que desarrollan RDS que en los lactantes nacidos a 32 semanas de gestación. Tal predisposición se atribuye a un aumento del desarrollo en el músculo liso en las paredes de los vasos sanguíneos pulmonares.

El nacimiento prematuro interrumpe la transferencia de anticuerpos maternos, y la maduración inmunológica no se produce hasta la mitad del primer año de vida. Los bebés prematuros tardíos son más susceptibles a las infecciones del tracto respiratorio inferior, como consecuencia de la inmadurez de la inmunidad humoral. Además, las respuestas de los linfocitos T es inmadura y el aclaramiento viral mediante la respuesta inmune innata es ineficiente. Hay informes de un aumento del número de hospitalizaciones por problemas respiratorios en el primer año de vida y una mayor tasa de síntomas respiratorios (por ejemplo, tos nocturna o sibilancias) en este tipo de niños.

Cuando analizamos los costes económicos asociados con el parto prematuro tardío, todos los estudios publicados encuentran un incremento de gasto relacionados con:

Incremento de la hospitalización inicial ($ 32.153 de gasto para un recién nacido prematuro tardío comparado con $ 1334 para un recién nacido a término)

Asociados a los reingresos: 5,5 días ingreso para los niños nacidos pretérmino en comparación con 2 días para los niños nacidos a término.

En relación al incremento del número de visitas urgencias con un promedió 17,2 para los pretérmino en comparación con 2,5 para los niños nacidos a término

Asociados a las revisiones en consultas (hasta 4 años) con un coste medio de € 43.325 para los niños nacidos pretérmino en comparación con los € 4.580 utilizados para los niños nacidos a término

Se han calculado los beneficios económicos que se derivarían de las potenciales intervenciones eficaces para retrasar el parto prematuro. Se estima que aquellas medidas que pudieran retrasar el parto prematuro moderado y tardío en una semana, supondrían un ahorro de $ 4,528, mientras que las que lograran aumentar la edad gestacional al parto en dos semanas, permitirían un ahorro de $ 7,090.

Cuando hablamos de tocolisis como tratamiento para retrasar el parto y evitar el parto prematuro, tenemos dos objetivos. El objetivo principal es retrasar el nacimiento al menos 24-48 horas para permitir el tratamiento prenatal con corticoides y/o sulfato de magnesio (nivel de evidencia A). Sabemos que la administración de corticoides hasta la semana 34 reduce la mortalidad neonatal, la

hemorragia intraventricular y la incidencia de síndrome de distres respiratorio.

La seguridad y eficacia de la administración de esteroides después de las 34 semanas es menos claro. Además, cerca del término, la actividad mitótica del cerebro aumenta y la exposición a esteroides puede producir la muerte celular, lo que tendría un impacto grave en el crecimiento y la función cerebral. Es por ello que la tocolisis deja de estar indicada por este motivo más allá de las 34 semanas.

Pero el objetivo secundario de la tocolisis es prolongar la gestación para aumentar en lo posible la probabilidad de supervivencia sin secuelas. Y ello estaría plenamente justificado en los prematuros tardíos. El problema, es que tanto antes como después de las 34 semanas, la tocolisis no ha evidenciado su eficacia para prolongar el embarazo ni para reducir la tasa de prematuridad y la mortalidad perinatal asociada a ella.

Estos conceptos pueden ser debatidos. La creencia de que los tocolíticos funcionan únicamente 48 h, surge de la interpretación errónea de un metaanálisis de fármacos betaagonistas, según el cual el período de 48 h fue el único hallazgo significativo encontrado en los 16 artículos examinados a efectos comparativos. Hoy sabemos, que son muchos los tocolíticos que han demostrado ejercer sus efectos más allá de las 48 h. La afirmación de que ningún tocolítico ha conseguido disminuir la incidencia de morbimortalidad perinatal, se basa en distintos estudios publicados; hay que señalar que ninguno de los estudios realizados hasta ahora con tocolíticos estuvieron dotados de la potencia estadística (tamaño muestral) suficiente para poder demostrar ese beneficio.

¿Usamos por tanto los tocolíticos para prolongar la gestación antes de las 34 semanas y disminuir la morbimortalidad secundaría? ¿ por qué no usarlos entonces con el mismo fin más allá de las 34 semanas una vez conocida la morbimortalidad y el coste asociado a la prematuridad tardía?¿No sería más conveniente hablar de como debiera utilizarse la tocolisis en vez de hasta cuándo?

La tocolisis quizás debiera usarse hasta "el término", es decir hasta las 37 semanas, siempre

Sin contraindicación: cuándo el estado materno o el fetal no indican la terminación del embarazo, no aparecen efectos adversos o no hay progreso de la dilatación

Sin empeñarse: entendiendo que una resistencia a una tocolisis "de ataque" es expresión de infección del medio interno

Sin generalizar: basándose en las circunstancias especiales de cada paciente, y teniendo en cuenta aspectos individuales

Sin combinar: se considera peligroso combinar los ß-miméticos con el sulfato de magnesio o los bloqueadores del calcio

En la actualidad, no hay evidencia para apoyar el uso de la terapia de mantenimiento tocolítico después de un episodio agudo de APP ni antes ni después de la semana 34. La tocólisis de mantenimiento no prolonga el embarazo ni previene el parto prematuro. Puede tener un papel en el alivio sintomático con respecto a la intensidad y la frecuencia de las contracciones.

Los fármacos utilizados han tenido resultados contradictorios

Progesterona: posible reducción parto antes de las 37 sem (meta-analisis de 2014 con 4 estudios) con ausencia efectos secundarios a 2 años, excepto de aplicación local. Estos resultados no se han visto en otros estudios

Nifedipino: presenta resultados perinatales similares a placebo con prolongación del embarazo y la edad gestacional al momento del parto (ensayos aleatorios) En un ensayo pequeño (n = 73 participantes) se evidenciaba la prolongación del embarazo (27 frente a 16 días) y la edad gestacional al momento del parto (37 frente al 35 semanas) en el grupo de nifedipino.

Atosiban: un ensayo aleatorio multicéntrico doble ciego que incluyó a 513 pacientes, no redujo significativamente el parto prematuro antes de las 28, 32 ó 37 semanas de gestación, pero se prolongó el tiempo de la primera recurrencia del trabajo de parto

Conclusiones

Los conocimientos actuales desaconsejan la terapia más allá de las 34 semanas y la medicina basada en la evidencia descarta la tocolisis de mantenimiento

"La ausencia de pruebas de beneficio no prueba la ausencia de beneficio"

Frente a esta medicina basada en la evidencia, la "medicina basada en la experiencia", al menos en determinados circunstancias y una vez descartada la existencia de condicionantes que desaconsejen la continuación de la gestación

No es lo mismo una APP por una corioamnionitis subclínica que una APP idiopática, siendo igual de cuestionable el continuar la tocolisis en el primer caso como el no intentar mantenerla en el segundo.

Son necesarios estudios futuros que se centren básicamente en la nifedipina y atosiban, debiendo investigarse cuál es la vía de administración y la dosis más adecuadas.

NO.

Autor:
Jesús Joaquín Hijona Elósegui

Aunque existe una clara relación inversa entre la edad gestacional en el momento del parto y el riesgo de morbimortalidad perinatal asociada a la inmadurez, la frenación de un proceso de parto con fármacos tocolíticos por debajo de las 37 semanas no siempre está justificada.

Los fármacos tocolíticos, entre los que se incluyen betamiméticos, inhibidores de la ciclooxigenasa, donadores de óxido nítrico, antagonistas del calcio y antagonistas de los receptores de oxitocina han demostrado ser capaces de retrasar el proceso de parto hasta una semana, sin que ello suponga, sin embargo, una disminución en la tasa de global de prematuridad.. Y lo que resulta aún más desalentador, en la tasa de morbimortalidad perinatal (nivel de evidencia IA). Su uso, por tanto, debe ser considerado como una terapia exclusivamente orientada a retrasar el parto al menos 48 horas, periodo durante el que se deberá proceder a la administración de corticosteroides a la madre, así como a su traslado a un centro especializado en el que el recién nacido prematuro pueda recibir una atención óptima. Ambas medidas son las únicas que a día de hoy, junto a la neuroprotección fetal con sulfato de magnesio y la antibioterapia en situaciones de rotura prematura de membranas, han demostrado mejorar el pronóstico perinatal de los fetos prematuros afectos por un proceso de parto pretérmino (nivel de evidencia IA).

Los protocolos y guías de práctica clínica de las principales sociedades científicas involucradas en el cuidado perinatal recomiendan de modo unánime administrar tocolíticos durante el proceso de parto prematuro siempre y cuando éste se produzca antes de las 34+6 semanas y su frenación aporte más beneficios que inconvenientes al binomio materno-fetal. Este punto de corte, más estadístico que cronológico, es aquel límite de edad gestacional en el que la morbimortalidad perinatal es lo suficientemente baja como para no justificar las potenciales complicaciones materno-fetales, así como el coste asociado al tratamiento tocolítico para la inhibición del parto prematuro.

La mayoría de ensayos en relación con la tocolisis en el parto prematuro han sido realizados en gestantes de menos de 35 semanas. Sin embargo, disponemos de al menos una decena de metaanálisis y revisisiones sistemáticas con respecto a su uso más allá de las 34 semanas, a modo de terapias de mantenimiento para la prevención de un posible parto pretémino y cuyos resultados han

resultado superponibles a los referidos para la tocolisis durante la terapia del proceso agudo (nivel de evidencia IA).

La aparición de terapias tocolíticas menos agresivas, la creciente preocupación por la morbilidad a largo plazo del neonato y el escenario de una creciente tasa de prematuridad, con la hipotética mejoría que supondría retrasar un parto para aproximarlo lo máximo posible a la situación madurez neonatal, son los argumentos en con los que basamos nuestro inconformismo con nuestra conducta obstétrica actual en la prematuridad tardía. Sin embargo, la evidencia científica actualmente disponible no respalda la administración de tocolíticos más allá de la 34+6 semanas de gestación. Son precisos, por tanto, estudios adicionales bien diseñados y controlados para explorar esta posible vía de acción en la prematuridad. Puede que de ellos se extraigan conclusiones que aconsejen abandonar nuestros actuales axiomas para poner en marcha estrategias clínicas distintas a las actuales, perohasta que así sea, la tocolisis más allá de las 34+6 semanas debe ser reservada al ámbito de una rigurosa investigación perinatal basada en criterios de seguridad.

CONTROVERSIA 3: Heparina preventiva en obstetricia

SÍ.

Autor:
Román Broullon Molanes

El embarazo normal es un estado de hipercoagulabilidad adquirido. En él se incrementan las sustancias procoagulantes y, por otra parte, disminuye la fibrinólisis, aumentando el riesgo de fenómenos trombóticos. Este riesgo se incrementa aun más en gestantes con trombofilia.

La heparina es fármaco antitrombótico de elección en el embarazo, es seguro tiene escasos efectos secundarios maternos y, no atraviesa la barrera placentaria. La heparina además de tener un efecto antitrombótico, posee propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras, tiene un efecto citoprotector sobre la angiogénesis y favoreciendo la supervivencia y la invasión del trofoblasto.

En los últimos años ha surgido la tendencia de utilizar heparina para evitar complicaciones vasculares a nivel de la placenta, las llamadas complicaciones vasculares gestacionales o CVG (pérdidas gestacionales de repetición, preeclampsia –eclampsia, crecimiento intrauterino restringido, desprendimiento de placenta normalmente inserta y muerte fetal intrauterina). Éstas se asocian a anomalías perfusión placentaria, infartos placentarios múltiples y aumento en la formación de trombina. Las CVG son relativamente frecuentes y tienen efectos negativos para la gestación conllevando una importante morbimortalidad maternofetal.

El tratamiento con heparina está justificado en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en gestantes con antecedentes personales de ETV, con factores de riesgo y, también en gestantes con trombofilia. Así mismo, su combinación con aspirina a dosis bajas se utiliza para la prevención de la perdida gestacional en el síndrome antifosfolípido. Y hay evidencias recientes de que en gestantes con antecedentes de preeclampsia precoz, su uso puede ser beneficioso para reducir la recurrencia de esta complicación.

NO.

Autora:
Pilar Gómez Soto

El objetivo de esta ponencia es analizar las situaciones que no requieren tromboprofilaxis con heparina durante la gestación. La heparinización durante el embarazo es un tema controvertido. La mayoría de recomendaciones se basan es estudios retrospectivos y en la opinión de expertos y, por tanto, tienen un nivel de evidencia bajo. A quién, cómo y cuándo realizar tromboprofilaxis dependerá de los factores de riesgo presentes en cada caso.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, LILACS, DARE, Cochrane Database of Sistematic Reviews y sitios web de sociedad científicas (http://www.asrm.org/;http://www.eshre.com/), hasta diciembre de 2015. La mayor parte de estos artículos corresponden a estudios observacionales relacionados con trombofilia y se concluye que no hay suficiente evidencia en los ensayos controlados aleatorios incluidos en esta revisión para guiar la toma de decisiones clínicas. En ausencia de claros datos de significancia estadística, se recurre a las guías de consenso derivadas de la práctica clínica o recomendaciones de Sociedades Científicas, tales como las aprobadas por el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) o el American College of Chest Physicians. En esta revisión también se ha comprobado la variación en lo que respecta a las recomendaciones para el uso de heparina en el embarazo.

Palabras clave: Embarazo, heparina, tromboprofilaxis.

Bibliografía:

- *Davenport WB, Kutteh WH. Inherited thrombophilias and adverse pregnancy outcomes: a review of screening patterns and recommendations. Obstet Gynecol Clin North Am.2014 Mar,41(1):133-44.*
- *De Jong PG, Goddijn M, Middeldorp S. Antithrombotic therapy for pregnancy loss. Hum Reprod Update. 2013 Nov-Dec;19(6):656-73.*
- *De Jong PG, Quenby S, Bloemenkamp KW ALIFE2 study: low-molecular-weight heparin for women with recurrent miscarriage and inherited thrombophilia--study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015 May 7;16:208.*
- *Juan Enrique Schwarze M., MSc , Claudia Albornoz G., MSc. Relación de trombofilia con infertilidad y pronóstico reproductivo en técnicas de reproducción asistida de alta complejidad. Revisión sistemática Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(4): 230 – 235.*
- *Berker B,Taşkin S,Kahraman K,Taşkin EAAtabekoğlu CSönmezer M. The role of low-molecular-weight heparin in recurrent implantation failure: a prospective, quasi-randomized, controlled study. Fertil steryl 2011 Jun 30;95(8):2499-502. d*
- *Potdar N, Gelbaya TA, Konje JC, Nardo LG. Adjunct low-molecular-weight heparin to improve live birth rate after recurrent implantation failure: a systematic review and meta-analysis. 2013 Nov-Dec;19(6):674-84.*
- *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium Green-top Guideline No. 37a. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). April 2015*
- *Robertson L, Wu O, Langhorne P, et al. Thrombophilia in pregnancy: a systematic review. Br J Haematol. 2006 Jan;132(2):171-96.*
- *Bain E, Wilson A, Tooher R, Gates S, Davis LJ, Middleton P Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 11;(2):CD001689.*
- *Rodger MA, Hague WM Kingdom J,et al. Antepartum dalteparin versus no antepartum dalteparin for the prevention of pregnancy complications in pregnant women with thrombophilia (TIPPS): a multinational open-label randomised trial. Lancet. 2014 Nov 8;384(9955):1673-83.*
- *Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO; American College of Chest Physicians. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl): e691S-736S*
- *Dynamed Editorial Team. Cesarean section. Updated 2015 Jun 29. Accesible desde Dynamed: www.ebscohost.com/dynamed*

MESA: Mioma Uterino

Manejo del mioma uterino en la paciente estéril

Autor:
Jaime Ferro Camargo.

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos benignos más comunes en las mujeres en edad reproductiva y están asociados con significativa morbilidad y alto gasto económico. La historia familiar, la raza, la menarquía temprana, la nuliparidad, la obesidad, la dieta y el alcohol pueden ser factores incidentales en su aparición.

Actualmente las mujeres con miomatosis sintomáticas buscan la oportunidad de conservar el útero por diversas razones. Tal vez la mas importante es la de cumplir con su deseo genésico aunque también existen otras razones de orden psicosocial e inclusive relacionadas con la esfera sexual.

En términos generales las pacientes con leiomiomas que produzcan sangrado uterino anormal o hemorragia, anemia, crecimiento de los mismos con síntomas de compresión de estructuras vecinas y dolor pélvico incluida la presencia de dismenorrea, cambios en la frecuencia urinaria y resultados reproductivos adversos deben ser intervenidos. Pero cuando los leiomiomas se relacionan con alteración de la fertilidad, deben evaluarse completamente otros factores potenciales de infertilidad antes de indicar la miomectomía, ya que su beneficio no esta muy claro y por lo tanto continua siendo muy controversial (1).

Actualmente los medios diagnósticos disponibles para evaluar los miomas además de el examen físico ginecológico incluyen en orden ascendente de sensibilidad y especificidad la ecografía transvaginal, la histeroscopia, la sonohisterografia y la resonancia magnética. Esto permitirá la adecuada clasificación de la miomatosis uterina mediante el sistema propuesto por la Federación Internacional de Ginecología Y Obstetricia "FIGO". Fig 1.

En el tratamiento disponible para los miomas uterinos se encuentra la posibilidad de terapéuticas medicas, quirúrgicas y alternativas. Dentro de las medicas hoy en día se destaca el tratamiento con los moduladores selectivos de los receptores de progestágenos "MSRP" como el acetato de ulipristal con efectos secundarios mínimos. Existen algunas alternativas como los ultrasonidos focalizados por ultrasonido o por resonancia y la radiofrecuencia o incluso la crioablación pero su uso es limitado especialmente para las pacientes que desean la conservación del útero por deseo genésico. Las estrategias terapéuticas actuales se basan en la combinación de los MSRP y la cirugía, pero la elección del tratamiento viene determinada por la edad, por el deseo de conservar la fertilidad y el deseo de evitar una cirugía radical como la histerectomía(2). Fig. 2.

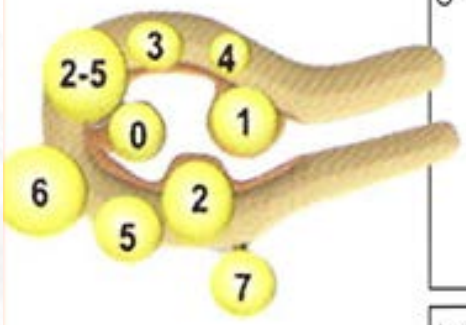
La miomectomía especialmente la realizada por laparoscopia ha mostrado mas ventajas que desventajas y en manos expertas con una adecuada selección de los casos se presenta hoy en dia como una buena alternativa quirúrgica ante la tradicional histerectomía (3).

Es difícil medir el verdadero impacto de los leiomiomas sobre la reproducción. mientras la fertilidad va declinando con la edad la miomatosis uterina va aumentando su incidencia y además algunas mujeres con miomas quedan embarazadas espontáneamente. Sin embargo los leiomiomas pueden producir infertilidad por diferentes mecanismos como la obstrucción de los ostiums tubáricos, la distorsión de la cavidad uterina y la alteración del endometrio por contacto afectando la implantación y desarrollo embrionario e incrementan el riesgo de aborto espontáneo y parto prematuro (4).

En resumen podemos concluir que:

- En términos generales la miomectomía produce un incremento en la tasa de concepción. Evidencia Nivel 2. (5).
- Cuando los leiomiomas distorsionan la cavidad uterina se produce un significativo impacto sobre la fertilidad y la cirugía puede resolverlo favorablemente. Evidencia Nivel 2. (6,7,8)
- La presencia de miomas que no distorsionan la cavidad endometrial parece no afectar las tasas de gestación pero si incrementan las tasas de aborto. Evidencia Nivel 2. (6,9,10)
- En pacientes con grandes miomas intramurales (mayores a 4 cm.) la miomectomía previa a la FIV puede mejorar las tasas de gestación e implantación y de nacidos vivos. Evidencia nivel 2. (7,11,12,13,14)
- La miomectomía puede estar justificada en algunas circunstancias para reducir los riesgos adversos en los resultados obstétricos de algunas pacientes. Evidencia nivel 2. (15,16).
- Hay que tener en cuenta que la cirugía de miomas intramurales tiene riesgos de morbilidad y formación de adherencias y al decidir la miomectomía no solo debe evaluarse los beneficios sino también los riesgos. A pesar de los datos limitados, el tamaño, su localización y la cantidad de miomas, son factores claves cuando se discuten los resultados de una miomectomía y por lo tanto el cirujano debe evaluar el impacto sumatorio de estos tres factores al decidir como y cuando realizar una miomectomía.
- En conclusión tenemos que los datos del efecto en fertilidad de los miomas sin distorsión de la cavidad uterina muestran resultados inconsistentes. No hay estudios bien diseñados y con suficiente peso que tengan evaluado el efecto de la miomectomia en pacientes sin distorsión de la cavidad uterina. La presencia de distorsión de la cavidad uterina puede ser usada como guía para tratar la mujer infértil.

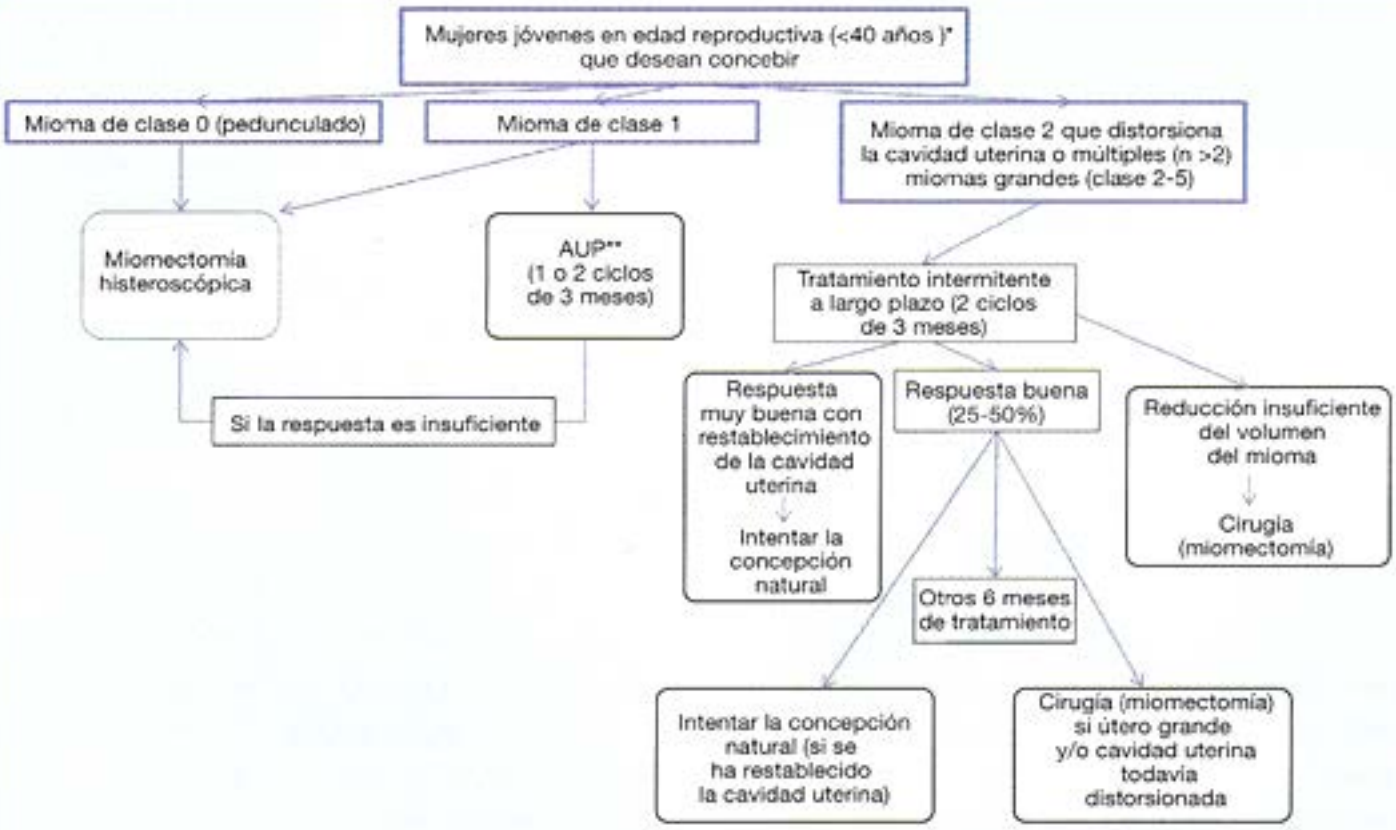
Sistema de clasificación de los leiomiomas



SM – submucoso	0	Pedunculado intracavitario
	1	< 50% intramural
	2	≥ 50% intramural
O – Otros	3	Contacto con endometrio; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subseroso ≥50% intramural
	6	Subseroso <50% intramural
	7	Subseroso pedunculado
	8	Otros (especificar, por ejemplo, cervical, parasitario)

Leiomioma híbridos (impacto tanto en la serosa como en el endometrio)	Se indican dos números separados por un guión. Por convención, el primer número hace referencia a la relación con el endometrio mientras que el segundo corresponde a la relación con la serosa. Se presenta un ejemplo a continuación.	
	2-5	Submucoso y subseroso, cada uno con menos de la mitad del diámetro en las cavidades endometrial y peritoneal, respectivamente.

Figura 1. Clasificacion FIGO de los miomas.
(Donnez J y cols., SPRMs in myoma therapy. Fertil Steril 2014.)



*Después de los 40 años de edad, cualquier análisis del tratamiento médico o quirúrgico deberá tener en cuenta la reserva ovárica y el posible retraso a causa del tratamiento médico.**Según el tamaño.

Figura 2. Algoritmo para pacientes de edad < 40 años que presenten miomas sintomaticos e infertilidad.
(Donnez J y cols., SPRMs in myoma therapy. Fertil Steril 2014.)

Bibliografia

- *1. American Society for Reproductive Medicine Practice Committee. Myomas and reproductive function. American Society for Reproductive Medicine Practice Committee Report. Nov. 2001. Disponible en: http://www.asrm.org/membersonly/practice/myomas.pdf*
- *2. Donnez J, Donnez O, Dolmans MM. SPRMs in myoma therapy. Fertil Steril 2014;102(3):640-8.*
- *3. Clinical Management Guidelines for the Obstetrician-Gynecologist. Surgical alternatives to hysterectomy in the management of the leiomyomas. American College of Obtetricians and Gynecologist (ACOG). Numero 16, May 2000. En 2004 Compendiium of Selected Publications. Washington, DC:ACOG. 2004:665-73.*
- *4. Hurst BS, Matthews ML, Marshburn PB. Laparoscopic myomectomy for syntomatic uterine myomas. Fertil steril 2005;83:1-23.*
- *5. Vercellini P, De Giorgio O, Aimi G, Panazza S, Uglietti A, Crosignani PG. Abdominal Myomectomy for infertility: a comprehensive review. Hum Reprod 1998;13:873-9.*
- *6. Seoud MA, Patterson R, Muasher SJ, Coddington CC 3rd. Effects of myomas or prior myomectomy on in vitro fertilization (IVF) performance. J Assist Reprod Genet 1992;9:217-21.*
- *7. Eldar-Geva T, Meagher S, Healy DH, MacLachlan V, Breheny S, Wood C. Effect of intramural, subserosal, and submucosal uterine fibroids on the outcome of assisted reproductive technology treatment. Fertil Steril 1998;70:687-91.*
- *8. Narayan R, Goswamy R, Treatment of submucus fibroids, and outcome of assisted conception. J Am Assoc Gyn Laparosc 1994;1:307-12.*
- *9. Farhi J, Ashkenazi J, Feldberg D, Dicker D, Orvieto R, Ben Rafael Z. Effect of uterine leiomyomata on the results of in-vitro fertilization treatment. Hum Reprod 1995;10:2576-8.*
- *10. Ramzy AM, Sattar M, Amin Y, Mansour RT, Serour GI, Aboulghar MA. Uterine myomata and outcome of assisted reproduction. Hum Reprod 1998;13:198-202.*
- *11. Marchionni M, Fambrini M, Zambelli V, Scarcelli G, Susini T. Reproductive performance before an after abdominal myomectomy: a retrospective analysis. Fertil Steril 2004;82:154-9.*
- *12. Surrey ES, Lietz AK, Schollcraft WB. Impactof intramural leiomyoma in patients with a normal endometrial cavity on in-vitro fertilization-embryo transfer cycle outcome. Fertil Steril 2001;75:405-10.*
- *13. Stovall DW, Parrish SB, Van Voorhis BJ, Hahn SJ, Sparks AE, Syrop CH. Uterine leiomiomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles: results of a matched follow-up study. Hum Reprod 1998;13:192-7.*
- *14. Oliveira FG, Abdelmassih VG, Diamond MP, Dozortsev D, Melo NR, Abdelmassih R. Impact of subserosal and intramural uterine fibroids that do not distort the endometrial cavity on the outcome of in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection. Fertil Steril 2004;81:582-7.*
- *15. Sheiner E, Bashiri A, Levy A, Hershkovitz R, Katz M, mazor M. Obstetric characteristics and perinatal outcome of pregnancies with uterine leiomiomas. J reprod Med 2004;49:180-6.*
- *16. Muram D, Gillieson M, Walters JH. Myomas of the uterus in pregnancy: ultrasonographic follow-up. Am J Obstet Gynecol 1980;138:16-9.*

Tratamiento quirúrgico del mioma.

Autora:
Laura Nieto Pascual

La elección del tratamiento del mioma debe ser **individualizada, acorde a los síntomas, y consensuado con la paciente**. Los factores que influyen en la elección del abordaje quirúrgico son las características del mioma, la edad de la paciente y sus deseos genésicos o de conservar el útero, la accesibilidad a las diferentes técnicas quirúrgicas y la experiencia del cirujano. Todo ello sin olvidar el papel tan importante que juega el asesoramiento profesional a nuestras pacientes así como su participación en la toma de la decisión quirúrgica.

Podemos afirmar que **existen dos ítems imprescindibles para lograr un abordaje quirúrgico con garantías:**

1. La planificación pre-quirúrgica: basada en "diseñar o dibujar" el mapa de trabajo, teniendo de antemano una descripción, lo más real posible del tamaño, localización y características del mioma a tratar. Ya que, la mejor estrategia para un abordaje quirúrgico con garantías es un buen diagnóstico y una buena planificación del procedimiento.
2. La preparación pre-quirúrgica: la corrección preoperatoria de la anemia y la disminución del volumen del mioma son dos piezas clave que no solo van a incidir significativamente en los resultados quirúrgicos, sino que pueden llegar a modificar el abordaje quirúrgico o el tipo de intervención planificada en un principio, como es el caso del Acetato de Ulipristal. De ahí la importancia de la reevaluación de nuestras pacientes tras concluir esta preparación.

En cuanto a las vías de abordaje histeroscópica, vaginal, laparoscópica o abdominal, sigue siendo obligada la utilización de la vía de abordaje disponible que sea menos invasiva para nuestras pacientes, ya sea para realización de miomectomías o histerectomías.

Una mención clave en el abordaje de la **miomectomía** es señalar la importancia de la **preservación de la Pseudocápsula** debido a las implicaciones que tiene no solo para el éxito de la miomectomía, sino sobre la preservación óptima del endometrio subyacente.

La miomectomía sigue siendo el **tratamiento quirúrgico conservador de 1ª línea** para los miomas sintomáticos, o asintomáticos submucosos en pacientes con infertilidad.

- Hoy en día debido al desarrollo de nuevos instrumentos de uso ambulatorio en **histeroscopia** es posible resecar en consulta miomas de hasta 4 cm. utilizando diferentes técnicas o instrumentos, dependiendo de la disponibilidad de material y experiencia del cirujano. Cabe destacar no solo la importancia de las clasificaciones de Wamsteker y STEPW a la hora del abordaje histeroscópico, sino la importancia de la relación contenido-continente.
- **Los beneficios de la miomectomía laparoscópica** sobre la laparotómica son por todos más que conocidos, sin olvidar los límites de tamaño (<10-12cm), el número de miomas (no más de 3) y el tiempo quirúrgico (no más de 3h).

Los puntos **clave** son la realización de **varias capas de sutura** y las limitaciones por la localización del mioma y la experiencia del cirujano.

La **histerectomía** continúa siendo el **tratamiento más efectivo del mioma** para mujeres que han completado sus deseos genésicos o no consideran imprescindible conservar su útero. Debemos **intentar siempre el enfoque menos invasivo**, sin olvidarnos de que al hablar de cirugía mínimamente invasiva, además de hablar de laparoscopia, hablamos de la vía vaginal. El abordaje laparoscópico tiene sus límites: volumen uterino y experiencia del cirujano.

Es una realidad que el abordaje quirúrgico del mioma ha variado tras **notificación**, por todos más que conocida, **de la FDA en 2014 sobre la morcelación**. Sin embargo la **incidencia de sarcomas uterinos** estimada por la FDA de 1:350 parece exagerada.

Tras lo sucedido no debemos olvidar 5 ideas clave:

1. Es obligado realizar una correcta valoración prequirúgica del riesgo individualizado de cada paciente a la que planteemos realizar una morcelación.
2. Es obligado informar correctamente a nuestras pacientes sobre el riego de la morcelación en caso de sarcoma uterino no

sospechado y dejar constancia en el consentimiento informado, así como hacerla partícipe de la decisión final.

3. Debemos tener especial cuidado con las pacientes menopaúsicas con miomas sintomáticos.
4. Deben mejorarse las bolsas de morcelación disponibles en la actualidad
5. Debemos plantearnos la elaboración de un registro nacional de sarcomas intervenidos no sospechados previamente, ya que de este modo podremos conocer mejor la incidencia en nuestro medio y estaremos más respaldados no solo en nuestra toma de decisiones, sino en la información que demos a nuestras pacientes.

El Futuro en el tratamiento de los miomas, a mi parecer, seguirá encaminado en la mínima invasibilidad y la reducción de los tratamientos quirúrgicos. Quizás en un futuro no solo hablaremos del acetato de ulipristal, sino de la epigenética de los miomas o subtipos moleculares de miomas, o… ¿por qué no? la prevención primaria de los miomas.

Conclusiones.

Autor:
Gabriel Fiol Ruiz

El mioma es el tumor benigno más frecuente en la mujer, pudiendo ser diagnosticado hasta en el 70 % de la población femenina. Si bien en la actualidad los miomas asintomáticos no suelen ser susceptibles de tratamiento, síntomas como la hemorragia, el dolor o la compresión de órganos vecinos causada por su tamaño, pueden precisar intervención médica o quirúrgica. En otras ocasiones, la infertilidad asociada puede requerir exéresis de este tumor para mejorar su pronóstico reproductivo.

Clásicamente el tratamiento del mioma se ha centrado exclusivamente en la cirugía, precisando en muchas ocasiones de histerectomía. En la actualidad se ofrecen opciones más conservadoras mediante miomectomía con técnicas endoscópicas, embolización, radiofrecuencia e incluso tratamiento médico con acetato de ulipristal.

En esta mesa se contó con la presencia de expertos especialistas en el tratamiento del mioma que abordaron diferentes aspectos acerca de la actualidad en el abordaje de esta patología.

Abrió el panel el Dr. Jaime Ferro, de Clínica IVI de Valencia. En primer lugar su presentación se centró en situar al mioma como una de las causas de resultados reproductivos adversos, si bien es difícil conocer el verdadero impacto de los miomas sobre la fertilidad. Insistió en la clasificación de la FIGO como herramienta que debía ser utilizada por todos los profesionales para estandarizar criterios de actuación y el posicionamiento de la ecografía en el diagnóstico del mioma y de su ubicación, resaltando que la resonancia magnética presenta una sensibilidad del 100 % con una especificidad del 91 %.

En reproducción, la principal indicación de tratamiento se centra en la distorsión de la cavidad o la oclusión tubárica, condicionando así infertilidad, problemas en la implantación o abortos. En el caso de miomas subserosos el tratamiento puede ser discutido ya que no afectan a la capacidad reproductiva. Ha de realizarse exéresis en los miomas submucosos. Respecto a los miomas intramurales se ha evidenciado mejor pronóstico reproductor tras su resección en cuanto a tasas de implantación, resultando más cuestionada la mejoría en tasa de gestación clínica. Remarcó que los resultados reproductivos de la exéresis de miomas que no deforman la cavidad aún son inconsistentes.

Por último, reseñó la mejor evolución de la gestación tras miomectomía, reduciéndose complicaciones como el abruptio, las distocias, la prematuridad y la rotura prematura de membranas.

En segundo lugar la Dra. Laura Nieto, del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba expuso la situación actual del tratamiento quirúrgico del mioma. Desde el comienzo remarcó que la elección del tratamiento del mioma debe ser individualizada, acorde a los síntomas, y consensuado con la paciente.

Planteó que existen dos ítems imprescindibles para lograr un abordaje quirúrgico con garantías:

- La planificación pre-quirúrgica basada en “diseñar o dibujar” el mapa de trabajo, teniendo de antemano una descripción, lo más real posible del tamaño, localización y características del mioma a tratar, considerando que la mejor estrategia para un abordaje quirúrgico con garantías es un buen diagnóstico y una buena planificación del procedimiento.
- La corrección preoperatoria de la anemia y la disminución del volumen del mioma son dos piezas clave que no solo van a incidir significativamente en los resultados quirúrgicos, sino que pueden llegar a modificar el abordaje o el tipo de intervención planificada en un principio. En este sentido resulta de interés la utilización previa del Acetato de Ulipristal.

En cuanto a las vías de abordaje, histeroscópica, vaginal, laparoscópica o abdominal, sigue siendo obligada la utilización de la que resulte menos invasiva para nuestras pacientes, ya sea para la realización de miomectomías o de histerectomías.

Una mención clave en el abordaje de la miomectomía es señalar la importancia de la preservación de la pseudocápsula debido a las implicaciones que tiene no solo para el éxito de la miomectomía, sino sobre la preservación óptima del endometrio subyacente.

La miomectomía sigue siendo el tratamiento quirúrgico conservador de 1ª línea para los miomas sintomáticos, o asintomáticos submucosos en pacientes con infertilidad.

La histerectomía continúa siendo el tratamiento más efectivo del mioma para mujeres que han completado sus deseos genésicos o no consideran imprescindible conservar su útero.

Tras la notificación de la FDA en 2014 en relación a la morcelación resaltó que no debemos olvidar la práctica de una individualizada valoración prequirúgica del riesgo, adecuada información a la paciente, dedicación especial en el diagnóstico de las pacientes menopaúsicas con miomas sintomáticos, valorar la utilización de las bolsas de morcelación y plantear la elaboración de un registro nacional.

Cerró la mesa la Dr María Luisa Cañete, del Complejo Hospitalario de Toledo, que abordó las alternativas no quirúrgicas del mioma. En primer lugar centró la magnitud del problema económico y en bajas laborales que supone la sintomatología causada por este tumor. Expuso los métodos diagnósticos y su papel en la valoración de la ubicación del mioma, destacando nuevamente la trascendencia del uso estandarizado de la clasificación FIGO.

Dentro de los diferentes abordajes no quirúrgicos del mioma centró su exposición en el tratamiento médico con acetato de ulipristal, reseñando que debe plantearse como tratamiento de primera elección en miomas sintomáticos previo a cirugía para facilitar su exéresis o incluso la vía de abordaje, y en mujeres perimenopáusicas con la intención de alcanzar el estatus postmenopáusico. En general, el acetato de ulipristal ha demostrado mejorías en sangrado, menores complicaciones, menor estancia hospitalaria, más aceptación por parte de las pacientes y ha resultado ser un tratamiento coste-efectivo.

Posteriormente realizó un repaso a las diferentes técnicas, ablación, embolizacion y radiofrecuencia. Especialmente este último método se ha desarrollado en la actualidad permitiendo mejorías clínicas y de los resultados reproductivos. Ha resultado ser una técnica eficaz para reducir el sangrado, segura, eficaz y bien tolerada por la paciente.

TALLER: Anatomía quirúrgica del suelo pélvico. Cirugía clásica.

Bases Anatómicas de la Cirugía del Prolapso del Suelo Pélvico.

Autor:
Manuel Carmona Salgado

Las estructuras anatómicas del Suelo Pélvico (SP) son controvertidas. Los estudios en cadáver y las técnicas de imagen han clarificado muchas de las dudas que antes se tenían. Exponemos los conceptos anatómicos actuales, a la luz de las últimas publicaciones, que tienen mayor relevancia en la cirugía del SP.

En el SP distinguimos una serie de estructuras conectivas y musculares que ejercen una función de sostén de las vísceras pélvicas.

En la cara inferior del SP encontramos un "triángulo perineal anterior" con las siguientes estructuras:

- **Músculo bulbocavernoso**. Que no tiene función de sostén de la vagina, pero si que tiene un importante papel en la función sexual.
- **Musculo Trasverso superficial del periné.**
- **Músculo isquicavernoso.**

En un plano más profundo se encuentra:

- **Membrana perineal,** que es una estructura fibrosa que sirve de apoyo a los músculos "compresor de la uretra" y "esfínter uretrovaginal", que forman el conjunto del "esfínter uretral" constituyendo el elemento de cierre estriado de la uretra. A toda esta musculatura se les denominaba "músculo transverso profundo del periné".

Existe un "triángulo perineal posterior" que alberga el canal anorectal. En el punto medio entre ambos triángulos se encuentra el núcleo fibroso del periné, donde se unen las inserciones de los músculos bulbocavernosos, los transversos superficiales, membrana perineal y el rafe del **esfínter estriado de la uretra**.

Todo el conjunto de músculo, con sus fascias constituye el **cuerpo perineal**.

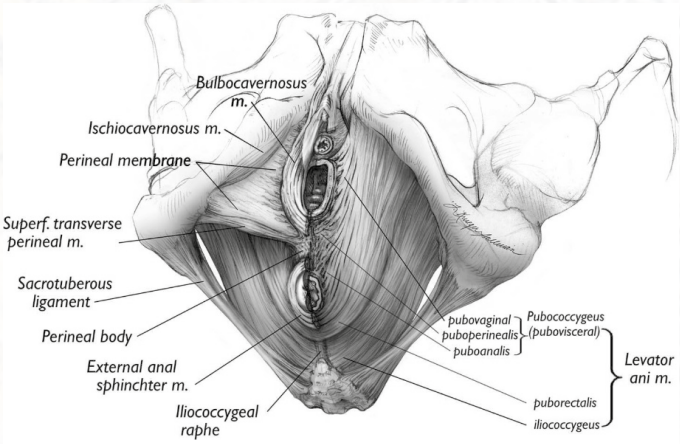


Figura nº 1.

Visión inferior de las estructuras del Suelo Pélvico. Estructuras de la cara inferior.
Músculo Elevador del Ano, con sus tres fascículos: pubococcigeo, puborectal e ileococcigeo

En una situación superior encontramos a las estructuras denominadas **Diafragma Pélvico**, que es el real soporte de las vísceras pélvicas.

Este diafragma pélvico lo compone la Fascia Endopélvica, el músculo Elevador de Ano y para algunos autores, el músculo Coccigeo.

- **Fascia endopélvica.** Es una estructura de tejido conjuntivo retroperitoneal, cuya función principal es mantener en su posición a las vísceras pélvicas. Por su cara lateral tiene un engrosamiento, anexo a la pared pélvica, que denomina arco tendinoso de la fascia endopélvica. Por su cara inferior, presenta otro engrosamiento que se denomina arco tendinoso rectovaginal.
  - El útero contacta con la fascia a través de los ligamentos redondos, ligamento ancho, ligamentos cardinales y uterosacros. De todos ellos sólo los **ligamentos uterosacros y cardinales**, que se insertan en el cérvix, son elementos de sostén. Actualmente se considera que estos ligamentos son, en realidad, condensaciones de la fascia endopélvica. Los ligamentos uretrosacros y cardinales se insertan fusionados en el cérvix, en su tercio distal, en un punto, en el que resulta difícil diferenciarlos, por cuyo motivo se le denomina complejo uterosacro-cardinal (Figura nº 2).

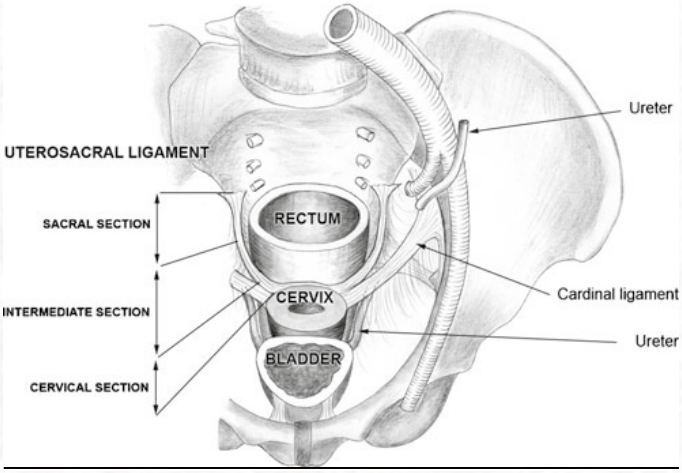


Figura nº 2

Ligamentos cardinales y ligamentos uterosacros en su unión al cérvix.

- La vagina en su estructura no tiene tejido fascial, manteniéndose en su posición por su unión al cérvix (nivel proximal), por la tensión que ejercen los **paracolpios**, que son prolongaciones de la fascia endopélvica que la unen al "arco tendinoso de la fascia endopélvica" (anterior) y al "arco tendinoso rectovaginal" (posterior).

  Cuando fallan los anclajes de los paracolpios a los respectivos arcos tendinosos aparecen los defectos vaginales laterales.

  En el tercio distal, la vagina se une al cuerpo perineal y a todos los músculos que allí se insertan, incluido el elevador del ano.

  La vagina tiene tres capas: Mucosa, Muscularis y Adventicia. Entre la mucosa y la adventicia no existe ninguna fascia, como antes se creía. La fascia pubocervical o fascia de Halban carecen de entidad.

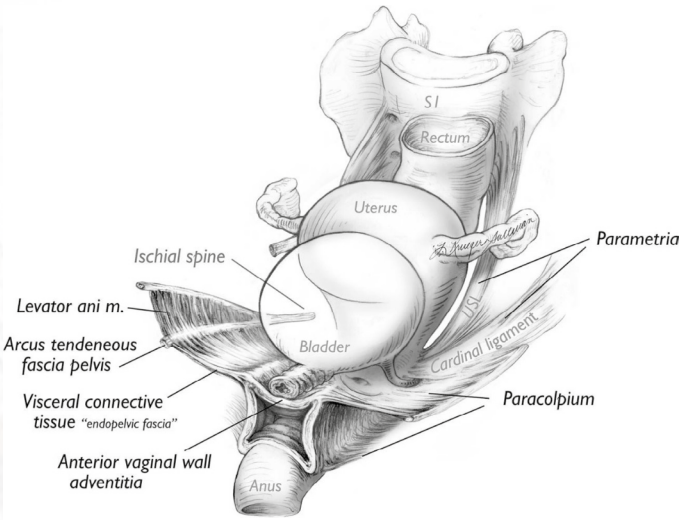


Figura n° 3.

Vagina suspendida por los paracolpios, que se extienden hasta los arcos tendinosos de la fascia endopélvica (anteriores) y a los arcos tendinosos rectovaginales (posteriores).

- **Musculo Elevador del Ano.** Es el elemento de sostén del recto y del resto de vísceras pélvicas. En este músculo distinguimos tres fascículos, según los lugares de inserción (Figura n° 1):
  - Pubococcigeo, también llamado pubovisceral, que a su vez tiene tres porciones: pubovaginal, puboperineal y puboanal. La amplitud de separación entre los fascículos de uno y otro lado determinan el hiato urogenital.
  - Puborectal. Se inserta en la unión anorectal, condicionando la angulación del recto con el ano.
  - Ileococococigeo. Es el más posterior.

El musculo elevador del ano se inserta en la pared pélvica en una estructura conectiva denominada **arco tendinoso del elevador del ano,** que discurre desde la espina ciática a la sínfisis del pubis. Con la misma inserción en la espina ciática, pero más caudal, discurre el **arco tendinoso de la fascia endopélvica,** que es un engrosamiento de la fascia endopélvica, que también se inserta en la espina ciática (formando un conjunto con el arco tendinoso del elevador del ano), para bifurcarse en una posición más medial e inferior hasta llegar a la sínfisis púbica. La fascia endopélvica tiene otro engrosamiento posterior, de unos 4 cm, denominado **arco tendinoso rectovaginal**, que mantiene la tensión posterior de la vagina, se inserta en el recto y llega al elevador del ano. Por su parte proximal se inserta en la membrana perineal. (Figura n° 4), (Figura n° 5).

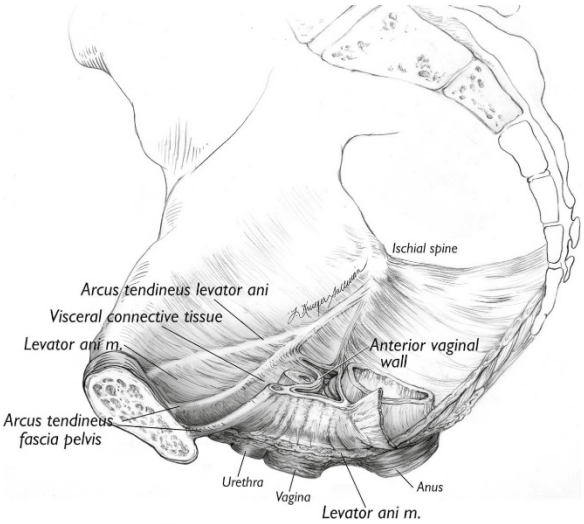


Figura n° 4.

Arco tendinoso del elevador del ano y de la fascia endopélvica.

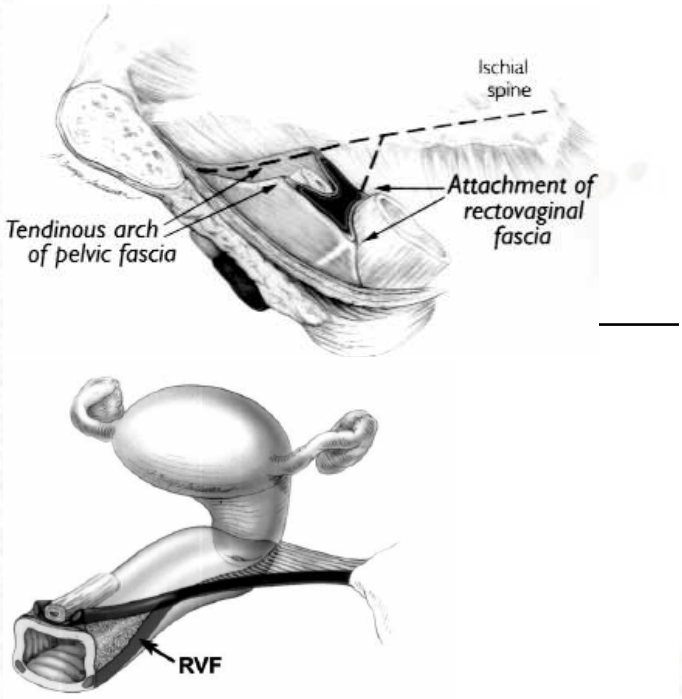


Figura n° 5.

Arco tendinoso de la fascia endopélvica y rectovaginal.

En la espina ciática se inserta el **Ligamento Sacroespinoso**, que alcanza al sacro, siguiendo el mismo trayecto que el **músculo coccígeo**, con quien crea una unidad. Este ligamento se utiliza como elemento de anclaje, en los casos en que el complejo uterosacro-cardinal no es suficiente para mantener una adecuada sujeción a la cúpula vaginal tras una histerectomía (culdoplastia de McCall). También se usa como punto de anclaje del tratamiento quirúrgico del prolapso de cúpula vaginal, por vía vaginal. Las arterias, venas y nervios pudendos pasan a nivel de su inserción en la espina ciática. Esta es la razón por la que se recomienda en la cirugía, fijar la sutura de fijación del ligamento a una distancia superior a 1 cm de la espina para evitar sus lesiones.

En los casos que la vagina es corta y no se alcanza al ligamento sacroespinoso para su suspensión, se realiza la fijación de la vagina a la fascia del fascículo Ileococcigeo.

- **Estructura Vaginal.**

La vagina tiene tres capas:

- Mucosa. Es un tejido epitelial poliestratificado.
- Muscularis. Es una capa de musculatura lisa longitudinal, acompañada de fibras elásticas y de colágeno.
- Adventicia. Es la capa más profunda y ricamente vascularizada.

La capa muscularis de la vagina tiene una estructura diferente en la cara anterior y en la cara posterior.

- Cara anterior. Esta engrosada permitiendo su fácil disección y fruncido durante la cirugía de la colporrafia anterior.
- Cara posterior. Está muy adelgazada, a excepción del tercio distal. En sus 2/3 superiores su disección es muy difícil. Eso hace que en la cirugía nos encontremos directamente las estructuras anatómicas con quien limita: en el tercio proximal, con el fondo de saco de Douglas, y en el tercio medio, con el espacio rectovaginal. El tercio distal tiene una estructura diferente, la muscularis está engrosada y fibrosa, denominándose tabique rectovaginal. En este nivel se encuentra el cuerpo perineal, que se ha descrito en el epígrafe anterior.

- **Niveles de DeLancey.**

La vagina es el centro de las estructuras del suelo pélvico. Se distingue en la vagina tres compartimentos: (1) anterior (anexo a vejiga y uretra), (2) medio (anexo a cérvix y fondo de saco de Douglas) y (3) posterior (anexo a recto).

DeLancey ha descrito tres niveles de sujeción de la vagina, que la estabilizan y condicionan la estabilidad del resto de órganos pélvicos:

- **Nivel I.** A este nivel la vagina tiene una capa muscularis muy desarrollada en la cara anterior y muy débil en la posterior.

  Limita en su parte proximal con la inserción del complejo uterosacro-cardinal y en su parte distal con el fondo de saco peritoneal de Douglas.

  La sujeción a este nivel la ejercen el septo supravaginal (inserción de la muscularis vaginal anterior a la vagina), los ligamentos cardinales y los ligamentos uterosacros, que tienen una orientación diferente: el cardinal es más vertical y lateral, mientras que el uterosacro es más horizontal y posterior. Ambos se unen en el nivel de su inserción en el cérvix formando el complejo uterosacro-cardinal.

  Cuando falla el nivel I aparece el prolapso del útero, o de la cúpula vaginal (en ausencia de útero). Sin embargo el fallo del nivel I, también puede condicionar un defecto anterior que se denomina "cistocele transverso-proximal" y un defecto posterior, que es el "enterocele".

- **Nivel II.** La muscularis vaginal está muy engrosada en la cara anterior y muy debilitada en la cara posterior.

  Limita con la vejiga (anterior) y con el espacio rectovaginal y el recto (posterior).

  Las estructuras vaginales se mantienen estables por la tensión que le proporcionan los paracolpios, que son una extensión de la fascia endopélvica. La inserción de la vagina en los paracolpios determina la aparición de los surcos vaginales:

  - Los paracolpios anteriores se insertan en el arco tendinoso de la fascia endopélvica.
  - Los paracolpios posteriores se insertan en el arco tendinoso rectovaginal.

  Cuando falla el nivel II, en el compartimento anterior aparece un "cistocele". En el compartimento posterior un "rectocele". Cuando lo que falla es el anclaje lateral vaginal anterior o posterior aparecen los "defectos laterales", también denominados "paravaginales".

- **Nivel III.** La muscularis vaginal vuelve a estar desarrollada, tanto en la cara anterior, como en la posterior. En la cara posterior es muy fibrosa, por cuyo motivo se le denomina "tabique rectovaginal".

  En el nivel III de DeLancey se encuentra el Cuerpo Perineal y da estabilidad a la uretra y la vagina.

  A este nivel se insertan los músculos perineales:

  - Bulbocavernoso, que no tiene importancia en el sostén de la vagina, pero sí en la función sexual.
  - Transverso superficial del periné, que forma con la inserción del bulbocavernoso y la fascia del esfínter estriado del ano el núcleo fibroso del periné.
  - El fascículo pubococcigeo del elevador del ano, que se encuentra en una situación más lateral. El espacio que dejan entre sí ambos fascículos determina el tamaño del hiato urogenital.
  - Membrana Perineal. Que es una estructura de tejido conectivo, que ayuda a mantener la estabilidad de la vagina y de la uretra.

  Los defectos del nivel III pueden se pueden manifestar:

  - Compartimento anterior. Como un uretrocele" y una hipermovilidad uretral.
  - Compartimento posterior. Como un rectocele bajo", un aumento del hiato genital o una dehiscencia de la inserción muscular de los músculos del periné.

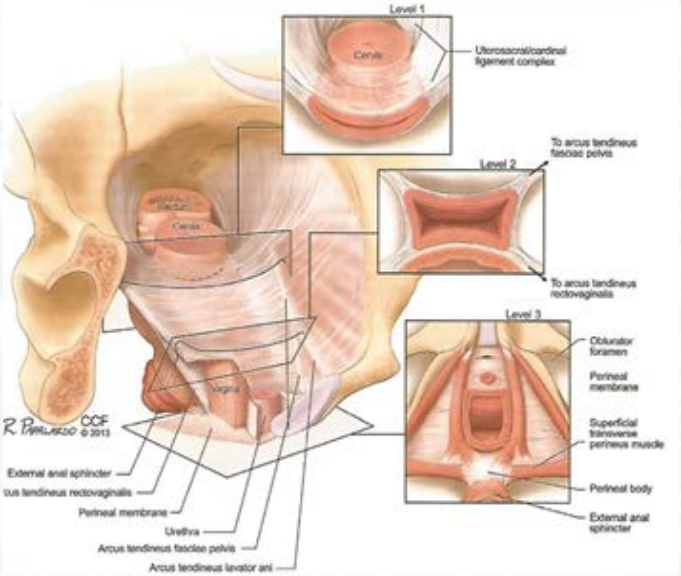
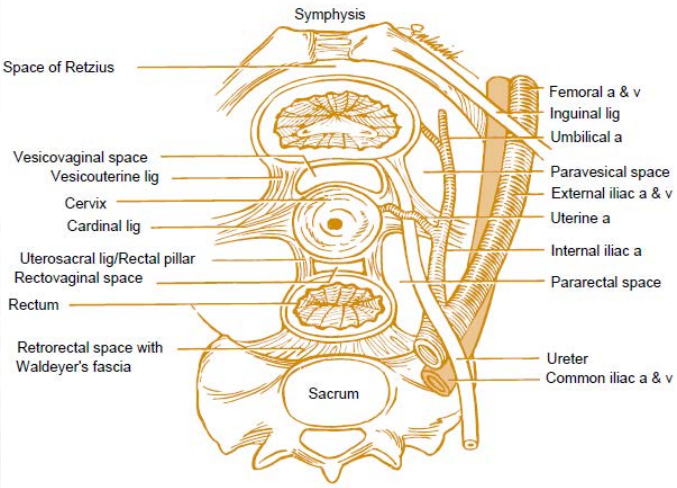


Figura n° 5.
Los tres niveles de DeLancey.

En el suelo pélvico existen ocho espacios virtuales avasculares, ocupados por un tejido conjuntivo laxo, que tienen gran transcendencia en cirugía, dado que su disección nos permite realizar diferentes técnicas quirúrgicas. (Figura n° 6):

- Espacio retropúbico (de Retzius).
- Espacio vesico-vaginal.
- Espacio recto-vaginal.
- Espacio retrorectal.
- Dos espacios paravesicales.
- Dos espacios pararectales
-



Cruzado de la Fascia Endopelvica Anterior para la Corrección del Cistocele

Autores:
Francisco Valdivieso Pérez, Ramón Rojas García, Concepción Chica Palomo, María de la Cruz Romero Fernández, María José Santos Zunino y Noemí Jiménez Garrido.

Técnica.

Realizamos la operación con la vejiga vacía. Así, la mucosa vesical está más arrugada y gruesa, resultando más difícil el lesionarla. En caso de existir sólo el cistocele practicamos una incisión longitudinal de la pared vaginal, de arriba-abajo, desde el ángulo uretrovesical al pliegue vésicocervical. Si el cistocele se acompaña de descenso uterino, resulta más cómodo traccionar del cérvix y realizar una incisión en T invertida, de abajo-arriba. Casi siempre, al realizar estas incisiones, seccionamos la Fascia Pubocervical (FPC) lo cual no sólo no importa, sino que nos sirve para su mejor identificación. Procedemos a separar totalmente la pared vesical, incluida la FPC, de la vaginal, hasta alcanzar la zona en la que la FPC se fusiona con el Arco Tendinoso de la Fascia Pélvica (ATFP). Identificamos los ligamentos vesicouterinos y los electroseccionamos para poder subir más la vejiga y corregir los cistoceles altos.

Colocamos 3 o 4 pinzas de Allis en cada uno de los bordes de la FPC. Tras analizar cual es el lateral mejor conservado y el que más fácil puede disecarse, traccionando de las pinzas lateralmente y de la mucosa vesical en sentido contrario, con tijera, separamos ambas estructuras para obtener un grueso colgajo que incluye FPC y la capa muscular del suelo vesical. Esta disección, si se identifica el plano correcto, resulta muy sencilla, ya que entramos en un espacio avascular que permite una disección roma y exangüe. Esta separación la realizamos lo más profunda posible, hasta alcanzar el ATFP, obteniendo así un gran colgajo. El otro lateral de FPC no lo disecamos.

A continuación, suturamos el borde de la FPC, no despegada de la mucosa vesical, al borde profundo de la cara interna del colgajo obtenido en el otro lado, próximo o en el ATFP. Para facilitar la sutura es conveniente dar todos los puntos y posteriormente anudarlos. El primer punto debemos de darlo a nivel del ángulo uretrovesical, y el último, fijando el pilar vesicocervical al lado opuesto. Queda, con esta sutura, subido el suelo de la vejiga con su pared natural íntegra.

Posteriormente, suturamos el borde libre del colgajo al lado contrario, a lo largo del surco vesicovaginal, a nivel del ATFP. Este borde suele ser más largo que el surco por lo que habrá que ir regulando la distancia de los puntos. El extremo superior del colgajo estará situado a nivel del ángulo uretrovesical y el inferior en el pilar vésicouterino. Acabada esta segunda sutura queda constituido el suelo de la vejiga por una doble capa muscular y de FPC que lo hace más resistente y menos proclive a la recidiva del cistocele.

Finalmente procedemos a fijar los colgajos vaginales a la vejiga con 2 puntos en U y los suturamos, sin recortar tejido, salvo que sobre excesivamente.

Con esta intervención corregimos el cistocele, el uretrocele y, a veces, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

Cruzado de la Fascia Endopelvica Posterior para la Corrección del Rectocele.

Autores:
Francisco Valdivieso Pérez, Ramón Rojas García, Concepción Chica Palomo, María de la Cruz Romero Fernández, María José Santos Zunino y Noemí Jiménez Garrido.

La técnica es similar a la realizada en el cruzado anterior. A este nivel, la Fascia Rectovaginal es más delgada y está frecuentemente desgarrada y retraída lateralmente, lo que, a veces, dificulta o imposibilita la realización del cruzado.

TALLER: Rehabilitación de suelo pélvico

Autora:
Elena María Pozo Acosta

Cada vez más mujeres acuden a la Fisioterapia Especializada en Suelo Pélvico para rehabilitarse tras su parto, pero la mayoría lo hacen sólo si han sufrido algún daño, y hayan tenido la suerte de saber que ésta especialidad existe y puede hacer algo por ellas.

Todas coinciden en la falta de información que tuvieron durante su embarazo en cuestiones de prevención, y que de haberlo sabido, se habrían preparado mejor para lo que significa realmente el parto y el posparto, tanto física como emocionalmente.

Es por ello que en este Taller titulado "Rehabilitación del Suelo Pélvico" quisiera exponeros lo que desde mi punto de vista es una preparación holística, tanto en términos de prevención como de rehabilitación en un pre y posparto normales.

Constará de tres bloques:

- Una primera parte teórica donde expondré "El caso de María", una paciente que muy amablemente ha dado su consentimiento para publicar algunas fotos y experiencias suyas. Y que servirá para contextualizar el trabajo de un especialista de Fisioterapia Obstétrica.
- Una segunda parte donde solicitaré la colaboración de un voluntario/a en la sala, y experimentaremos en directo algunas técnicas de rehabilitación mencionadas en la primera parte, como:
  - Explorar su diafragma y abdominales, descartando diastasis de rectos.
  - Exploración y Tratamiento de Puntos Gatillo Miofasciales.
  - *Tonimetría: para valorar la distensibilidad y contractibilidad de su SP.
  - *Biofeedback del SP en sinergia con los abdominales y la respiración.
  - Patrón postural de la Gimnasia Abdominal Hipopresiva.

  * se mostrarán videos para preservar la intimidad del voluntario/a
- Y una última parte con la colaboración de mi compañero Jaime Lluch Poskin, en la que todos los asistentes que lo deseen podrán realizar un ejercicio básico de Gimnasia Abdominal Hipopresiva.

TALLER: Pruebas obstétricas invasivas

Autor:
Pedro Jesús Sánchez Sánchez

El taller estaba enfocado al conocimiento práctico de las técnicas que utilizamos para hacer un diagnóstico prenatal invasivo en Obstetricia, como son la Amniocentesis, la Biopsia Corial y la Cordocentesis.

En primer lugar se hizo una exposición teórica, breve, de la técnica a utilizar para la realización de las mismas.

Se explicó, de forma detallada, el material necesario para realizar cada prueba (tipos de aguja, jeringas, …). Se habló de la cantidad de material a obtener con cada técnica y de la forma de transporte de los mismos a los laboratorios de análisis (medios de transporte, temperatura, tiempos, …). Por último se expuso la mecánica de cada prueba paso a paso con imágenes explicitas de las mismas.

Posteriormente, mediante simulación con Cordotrainer y ecógrafos, los asistentes pudieron realizar prácticas de las diferentes técnicas, comenzando por las más básicas a las más complejas, de forma guiada y orientada por el organizador del taller.

En conclusión fue un taller muy práctico, donde lo que se pretendía era que los asistentes se familiarizaran con las diferentes técnicas diagnósticas y pudieran iniciarse con seguridad en una técnica diagnóstica básica como la Amniocentesis.

TALLER: Comunicación de Malas Noticias en obstetricia y ginecología

Autor:
Daniel Lubián López

"Puedo admitir que no me curen
pero no puedo admitir que no me cuiden"
Albert Jovell, In memoriam

Resumen:
La comunicación, junto con el control de los síntomas y el apoyo emocional son los instrumentos básicos que se utilizan en la práctica clínica médica habitual. La comunicación de malas noticias (CMN) de forma adecuada disminuye el impacto emocional, permite asimilar la nueva realidad progresivamente y afianza la relación médico-paciente. "La medicina es diagnosticar y curar, pero también es aliviar el sufrimiento y acompañar"

Ante el deber de CMN, el ginecólogo suele tener miedos e inquietudes propios de una inadecuada preparación en técnicas y habilidades de comunicación durante su aprendizaje de la especialidad. Los principales miedos son a: Causar dolor, ser culpado, al fracaso terapéutico, ser demandado judicialmente, decir "no sé", al dolor empático y el miedo a la propia muerte de su paciente.

¿Qué son las malas noticias?

Definir "mala noticia" es difícil, pues depende, en gran parte, de la subjetividad de quien la recibe, amén del componente objetivo en sí (gravedad o el mal pronóstico de la enfermedad). Se acepta la definición de mala noticia cómo una comunicación antes desconocida que altera las expectativas de futuro de las personas y, por tanto, afecta a su calidad de vida. En obstetricia, fundamentalmente, se refiere a la muerte fetal o presencia de malformaciones fetales mayores y en ginecología se dan en casos de esterilidad y, especialmente, en el campo de la oncología, pues informar de que se tiene cáncer no es dar una noticia cualquiera, es dar una muy mala noticia.

¿Cómo debe comunicarse una mala noticia?

Debemos seguir el protocolo en seis pasos de Buckman y col:

- **Paso 1: Preparación:**
  - Lugar adecuado y tranquilo (intimidad, sin interrupciones).
  - Dos sanitarios y más de un familiar.
  - SALUDAR y demostrar interés (lenguaje verbal y corporal apropiado).
  - Tiempo suficiente para responder a las preguntas, mostrarse seguro y sin prisas.
- **Paso 2: Descubrir qué es lo que sabe el paciente.**
- **Paso 3: Descubrir cuánto realmente quiere saber el paciente.**
  - No olvidar que el paciente tiene derecho a no saber.
  - Ser fiel a "a la verdad del paciente", no mentir nunca pero no imponer "nuestra verdad".
  - Evitar la "conspiración del silencio".
- **Paso 4: Compartiendo información**
  - Lenguaje sencillo (evitar tecnicismos).
  - Información progresiva.
  - Evitar la franqueza brusca y el optimismo engañoso.
  - -Asegurarnos de que la información está siendo entendida.
  - -Evitar la sobreprotección y las conductas paternalistas.
  - -Dejar siempre abierto un canal de comunicación para solventar dudas (teléfono, email…)
- **Paso 5: Respondiendo a las reacciones del paciente**
  - -Desarrollar comprensión y empatía.
  - -No juzgar sus reacciones.
  - -El silencio no es una buena opción (Expresión de emociones).
- **Paso 6: Sobre el seguimiento y plan de futuro**
  - -Hablar del tratamiento siempre en términos positivos, pero de forma veraz.
  - -Ser objetivos dentro de la subjetividad.
  - -Demostrar apoyo al paciente durante todo el proceso y que no está solo.

Conclusiones:

La CMN es una destreza clínica básica relativamente complicada que precisa de un entrenamiento como técnica que es, aunque los ginecólogos nos creamos poseer el "don innato" de saber comunicar con nuestras pacientes. Recomendamos la realización de talleres y actividades docentes para que todo ginecólogo tenga la oportunidad de conocer y practicar esta habilidad.

Autor:
Andrés Carlos López Díaz

Objetivos:

- CAMBIAR la actuación
- MEJORAR la comunicación
- DISMINUIR el duelo patológico
- MOSTRAR herramientas
- PREVENIR las demandas
- GANAR la confianza

El duelo.

La muerte de un hijo es una de las principales causas de sufrir un trastorno de estrés post traumático. La oportunidad de despedirse es de gran importancia. El duelo perinatal es hasta más importante que el duelo de cualquier otro familiar y su duración es variable. Si los padres están satisfechos resuelven mejor "la ira" y "la culpa".

La sensación de shock y de irrealidad (negación) de una muerte brusca e inesperada está relacionada con las fantasías de la persona muerta, aunque existen factores que pueden modificar el proceso, como puede ser la edad gestacional, la previsión de la muerte, la previsión de la muerte en caso de diagnósticos de malformaciones y la relación con los profesionales.

Las fases del duelo se han de cumplir para evitar el duelo patológico.

A la negación inicial le sigue la búsqueda de causas y culpables y posteriormente la desorientación de no saber qué va a ocurrir a partir de ese momento, hasta llegar a la reestructuración y resolución con la aceptación de la pérdida.

La comunicación ha de ser fundamentada en la sinceridad y la empatía, sn tratar de encontrar nada positivo en la muerte, escuchando y mostrando cercanía. Se ha de evitar los tecnicismos.

Hay que tratar de evitar determinadas frases que pueden ser frecuentes y emplear otras que con seguridad darán apoyo y confianza.

Mantener la calma aunque nos sentamos ofendidos y emplear directrices adecuadas para resolver el dolor.

La pérdida de un hijo nunca se olvida, aunque se supera y es un deber profesional saber dar una mala noticia.

TALLER: Nudos Laparoscópicos

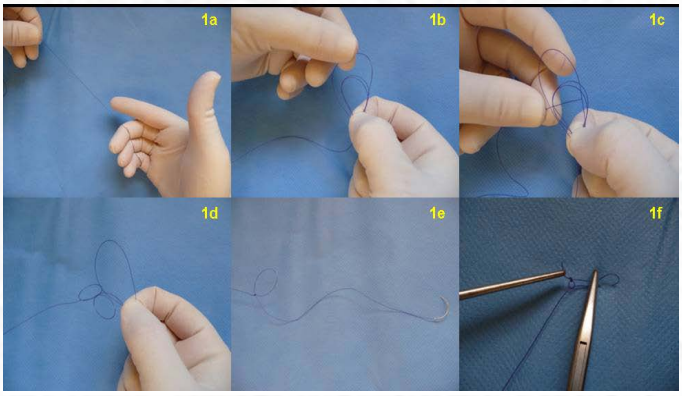
Autora:
Fátima Amaya Navarro

Introducción:

Posiblemente la parte técnica que más destreza precisa en la realización de cirugías LPS son las suturas intracorpóreas. A pesar que laparoscopia comenzó hace años y es una técnica estandarizada en multitud de intervenciones, en la práctica quirúrgica son muy pocas las cirugías que obligan al manejo intracorpóreo de suturas. De ahí, que la mayor parte de cirujanos laparoscopistas no tengan especial habilidad en el manejo de este tipo de suturas.

El comienzo de una sutura continua, comienza y finaliza con la realización de un nudo. Desde el inicio de la laparoscopia se han utilizado diferentes recursos para la realización de suturas en busca de la solución más segura, eficaz, eficiente y fácilmente reproducible. Entre todas las propuestas utilizadas, la que nos ofrece más ventajas son el uso de la sutura barbada y la realización de un "lazo corredizo" al inicio de la sutura y el punto de Cuschieri al finalizar: estos dos recursos proporcionan una solución segura y estanca.

Nudo Corredizo:



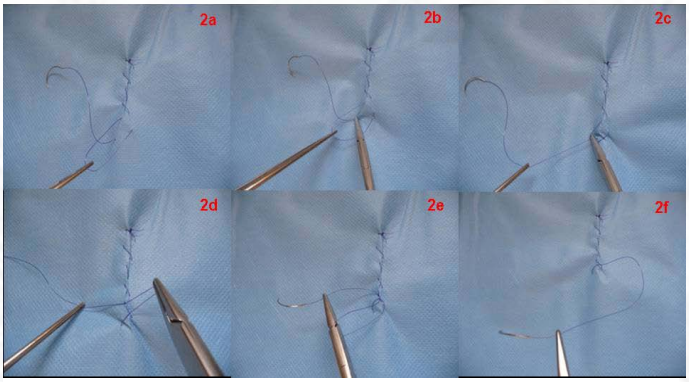
Cortesía del Dr. Belda

Las ventajas que ofrece este recurso son:

- Facilitar el comienzo de la sutura ya que evita la necesidad de realizar un nudo al comienzo de la misma en zonas donde, en ocasiones, la visibilidad no es buena o no permiten demasiada movilidad
- Mantiene la longitud predeterminada del hilo
- Mantiene una estanqueidad adecuada al permitir el cierre de la lazada cuando se tira de ambos lados
- Es ideal para trabajar en paralelo, en caso de no presentar la colocación de los trócares con un ángulo adecuado.

El inconveniente no es otro que la necesidad de preparar de manera adecuada al personal instrumentista ya que cualquier error en su creación hace que el lazo fracase y no cierre de forma segura.

Nudo de Cuschieri:



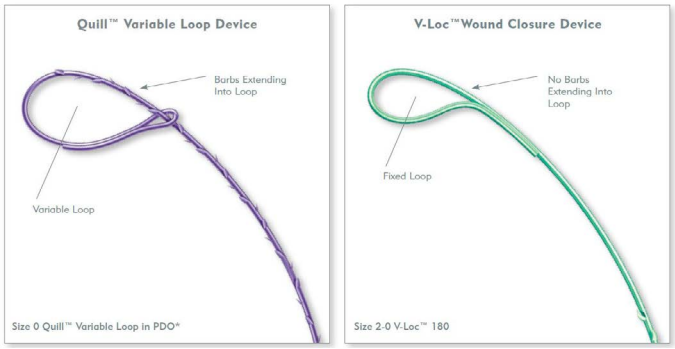
Cortesía del Dr. Belda

Las ventajas que ofrece este nudo son:

- Facilitar el final de la sutura, ya que evita la necesidad de realizar un nudo que en determinadas circunstancias no es fácil
- Mantener estanqueidad adecuada, ya que el nudo una vez cerrado se mantiene fijo
- Evitar la necesidad de tracción por parte del ayudante, ya que se trata de un nudo corredizo que permite tensar la sutura continua al bajar el nudo
- Permitir el uso de suturas más cortas al no precisar tanto hilo para la realización del nudo
- Permitir trabajar en paralelo, sin necesidad de tener un ángulo adecuado para realizar un nudo clásico laparoscópico.

El inconveniente es que un fallo en su realización (generalmente en el segundo ojal) impide que el nudo pueda correr hasta su cierre.

Sutura Barbada:



Las ventajas del uso de la sutura barbada son:

- Es fácilmente reproducible (especialmente en trabajo en paralelo)
- No alteración de la sutura (anudado)
- Mejora el tiempo operatorio
- No necesidad de "llevar la continua"
- Estudios de estanqueidad

La desventaja o precaución que se debe tener con su uso, es la eliminación del cabo restante para evitar adherencias.

Bibliografía

- *Ferrer Marquez M, Belda Lozano R, Solvas Salmeron MJ et al. Haciendo fácil lo difícil: la sutura continua en las anastomosis intracorporal. Cir Cir 2014; 82: 573-577*
- *Ferrer Marquez M, Belda Lozano R. Uso de las suturas barbadas en cirugía general y digestiva. Revisión en conjunto. Cir Esp 2016;94:65-9*

TALLER: Histeroscopia

Autores:
Laura Nieto Pascual, Cinta Vidal Mazo, Jorge Fernández Parra, Carmen Forero Díaz

La histeroscopia está adquiriendo cada vez mayor relevancia dentro de la especialidad gracias a la mejora en las ópticas y endocámaras, así como el desarrollo de histeroscopios e instrumentos cada vez menos invasivos que facilitan poder realizar un amplio abanico de procedimientos diagnóstico-terapéuticos, tanto en consulta como en quirófano.

Como en anteriores ediciones, hemos querido acercar a todos los participantes del congreso la posibilidad de participar en un completo Taller de Histeroscopia, para trabajar -Hands on-, de manera individual y supervisada, los procedimientos más habituales que se llevan a cabo en las unidades de histeroscopia.

Todos los participantes del taller tuvieron la oportunidad de realizar procedimientos con simuladores y diferentes instrumentos. Resección de tejidos con Versapoint, Asa resectoscópica, mini-resectoscopio de Gubbini, Láser de Diodo de Biolitec y morcelador histeroscópico Myosure. Así como la colocación de dispositivos de esterilización tubárica Essure en un simulador.

El taller tuvo una gran acogida entre todos los participantes del congreso, y desde la organización estamos realmente satisfechos de que cada alumno haya tenido la oportunidad de practicar “in situ” con la tecnología histeroscópica más actual.

Queremos agradecer a todo el profesorado del taller su colaboración, así como a la industria, su colaboración y préstamo de todo el material (Durgalab, Essure-Bayer, Ethicon y Olimpus), ya que sin ellos no habría sido posible la realización de un taller tan completo.

MESA: Actualización de los estudios genéticos en obstetricia

Terapia fetal. Estado Actual. Indicaciones.

Autores:
José Luis Bartha

Resumen Se evaluaron las condiciones para realizar un procedimiento de terapia fetal, con sus beneficios y posibles perjuicios. Se insistió en las condiciones y requerimientos a la hora de realizar estos procedimientos que pueden complicarse en un gran número de casos con parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino. A continuación se analizaron las principales indicaciones y su justificación. En terapia médica se mencionó el tratamiento de las arritmias fetales. A continuación se comentaron los principales métodos con aguja fina ecoguiados con sus indicaciones, fundamentalmente el amniodrenaje, la amnioinfusión y la transfusión intrauterina intravascular. En el siguiente apartado se habló de cirugía fetal y se hizo un breve repaso por los diferentes procedimientos incluyendo el shunting toracoamniótico, el vesicoamniótico, los diferentes tratamientos en las complicaciones de la gestación monocorial como el láser sobre anastomosis vasculares, la oclusión de cordón y el láser intersticial, para pasar posteriormente a la cirugía de la hernia diafragmática congénita, la de la espina bífida y finalmente el procedimiento EXIT. Se analizaron las condiciones para realizar estos procedimientos y evitar sus complicaciones y se dio una idea del futuro más cercano en estas terapias.

En cuanto a las conclusiones a destacar podrían destacarse las siguientes:

1. Para realiza un procedimiento de terapia fetal, se tienen que cumplir rigurosamente unos principios que consisten en una indicación clara, una evaluación individual del caso a ser posible por un equipo multidisciplinar, que el procedimiento que se va a realizar haya demostrado claramente el potencial beneficio y que exista un consentimiento tras información clara y comprensible.

2. Los procedimientos incluyen desde la terapia médica hasta la cirugía abierta pero en general ninguno está libre de complicaciones. No obstante correctamente indicados pueden mejorar substancialmente el resultado perinatal.

3. En el futuro otro tipo de terapias y un mejor conocimiento de la enfermedad fetal pueden ayudar a mejorar aún más y con menor riesgo el pronóstico de estos fetos.

Diagnóstico no invasivo de alteraciones cromosómicas fetales.

Autor:
José Antonio Sáinz Bueno

En los últimos años se ha incorporado el análisis del ADN-lc en el plasma materno para el cribado de las trisomías fetales, aumentando la TD de T21 a más del 99% y disminuyendo la TFP a menos del 0,1%. Este método también analiza los cromosomas 18 y 13 y tiene el potencial de llegar a cubrir todo el genoma, si bien a día de hoy su gran superioridad ha quedado demostrada únicamente para T21.

Este test se basa en el análisis del ADN-libre total circulante en el plasma materno del que aproximadamente un 10% es de origen placentario(no fetal). Para calcular el riesgo de las diferentes cromosomopatías, se estudia el pool total (materno y placentario) mediante diversas técnicas (counting methods, SNPs..); y el riesgo final se calcula aplicando algoritmos en los que se tienen en cuenta la edad materna, la edad gestacional y características de la gestante y del embarazo. A la hora de ofertar el test de ADN-lc no debemos olvidar que se trata de un método de cribado cuyos resultados positivos requieren confirmación mediante técnica invasiva y los negativos no excluyen la condición al 100%.

En resumen, el análisis del ADN-lc en plasma materno constituye el mejor método de cribado para T21. Sin embargo el coste de esta prueba hace que, cualquier estrategia basada en él como primera línea, suponga una derivación de recursos sanitarios difícilmente justificable, especialmente en sectores poblacionales con un riego a priori bajo. Esta situación puede cambiar en el momento en que el cribado mediante ADN-lc tenga un coste similar al que nos supone otro tipo de cribado (p.e. bioquímico). Dado que la ecografía en la semana 12ª nos aporta una información mucho más amplia (estudio anatómico, y el posible cribado de otras condiciones como la preclampsia), consideramos que es en estos momentos insustituible como parte del control habitual de la gestación independientemente del método de cribado utilizado.

CONTROVERSIA 4: Tratamiento quirúrgico del pólipo endometrial.

A quien SÍ.

Autor:
Simón López Alaminos

Introducción

Los pólipos endometriales son tumores benignos de la mucosa endometrial compuestos de un eje estromal rodeado de epitelio cilíndrico que contiene cantidades variables de glándulas y vasos sanguíneos.

Pueden encontrase como un hallazgo incidental, pero se asocian a menudo con síntomas como sangrado vaginal anormal, metrorragia postmenopáusica e infertilidad.

Su prevalencia varía ampliamente desde el 7,8% al 34,9%, dependiendo de la definición de pólipo, del método de diagnóstico utilizado, población estudiada, y parece aumentar con la edad, hipertensión arterial, obesidad y el uso de tamoxifeno.

El 25% de pólipos pequeños regresan espontáneamente

Clínica

- -Sangrado uterino anormal: 68%. A veces aparece manchado intermenstrual o postcoital.
- -Infertilidad: 15-25% de mujeres infértiles.
- -Síntomas raros: dolor, flujo serosanguinolento maloliente.

Transformación maligna

La mayoría son benignos; sin embargo, pueden hacerse hiperplásicos, con una transformación maligna entre el 0-12'9% de los pólipos en series publicadas hasta la fecha. El riesgo de malignidad es mayor en mujeres posmenopáusicas sintomáticas. Dicho riesgo se ha relacionado significativamente con el aumento de la edad y el estado menopáusico, los pólipos con un tamaño >1,5 cm, la hipertensión y el uso de tamoxifeno (3-10%) y el síndrome de Lynch o el de Cowden.

Diagnóstico

- Ecografía transvaginal y 3D
- Sonohisterografía
- RMN
- Histeroscopia: es el gold estándar pues permite "ver y tratar" en un sólo acto. Puede realizarse en consulta o en régimen de CMA, dependiendo del tamaño, número de pólipos, condiciones de la paciente... Permite realizar una biopsia dirigida, que es obligatoria.

Tratamiento

Objetivos: resolver la sintomatología y excluir con certeza la presencia de cualquier potencial de transformación neoplásica.

Debe realizarse en fase proliferativa o bien con anovulatorios.

Se aconseja, siempre que sea posible, "ver y tratar". En el mismo acto se realiza la histeroscopia y se extirpa el pólipo mediante pinzas de agarre, tijeras o electrodo bipolar. Se puede realizar en consulta.

Generalmente, el tratamiento de los pólipos endometriales con resectoscopio debe reservarse para los pacientes reacios a tolerar un procedimiento quirúrgico en consulta, o cuando el tamaño y/o número de pólipos requiera un procedimiento largo para realizarlo de forma ambulatoria.

Actualmente es posible utilizar un morcelador histeroscópico para pólipos grandes y/o miomas con resultados prometedores.

Tratamiento conservador de pólipos endometriales con hiperplasia atípica focal.

En este caso, la opción terapéutica de primera línea es la histerectomía. Una actuación conservadora y mínimamente invasiva se puede conseguir con una polipectomía resectoscópica, siempre que la base de implantación del pólipo y las zonas adyacentes estén libres de la enfermedad, y no haya duda de dejar lesiones multifocales en el endometrio restante.

En pacientes estériles cualquier pólipo con hiperplasia atípica focal concomitante debe ser tratado de forma conservadora, mediante resectoscopio, incluyendo totalmente el endometrio adyacente a la base de la implantación.

Las técnicas a ciegas para la escisión deben abandonarse.

Conclusiones. A quien sí debemos extirpar pólipos

- -Cuando exista sangrado uterino anormal, hipermenorreas o metrorragia postmenopaúsica
- -Síndrome Lynch o Cowden
- -Pacientes estériles o con abortos de repetición
- -Menopaúsicas asintomáticas con factores de riesgo
- -Pacientes con cáncer de mama tratadas con tamoxifeno
- -Características histeroscópicas atípicas

NO.

Autor:
María Luz López Hidalgo, María Delmás García, Rocío Prat Gutiérrez, Rosario Torres Aguilar

Nos podriamos plantera como premisa ; Cual es el fundamento para extirpar un pólipo

- Potencial oncogénico del mismo
- Papel en la hemorragia uterina anormal

Para que el pólipo se considere el **origen del cáncer según los criterios de Peterson y Novak : la base y el endometrio circundante debe estar libre de cáncer**

Se ha apreciado la correlación entre los pólipos malignos / premalignas con: la edad del paciente, estado menopáusico y sangrado uterino anormal

- Nueve de cada diez pacientes con lesiones malignas y pre-malignas son posmenopáusicas
- Todas pacientes con lesiones premalignas y neoplasias pre-sentan sangrado uterino anormal
- La evaluación de sangrado como un predictor de lesiones malignas o premalignas presenta una sensibilidad y valor pre-dictivo negativo de 100%

No se considera factor de riesgo independiente:

El tamaño del pólipo, uso de tamoxifeno, terapia hormonal sustitutiva , obesidad , diabetes mellitus ni la hipertensión

Se plantea la cuestion de : ¿Los pólipos endometriales son verdaderos precursores de cáncer de endometrio?

- un grupo de trabajo evalúa la malignidad en pacientes con pólipos asociados con hemorragia uterina anormal en 1467 pacientes, se sobreestima su prevalencia cuando no se apliican los criterios de Peterson y Novak así:
- solo se encontraron pólipos cancerosos primarios en el 0,89%; fueron sincrónicos en el 4,7% y pólipos no cancerosos con cáncer en el endometrio adyacente 3,07%

Tambien se investigó la asociación de miomas con cáncer de endometrio, comparando con pacientes con canceres solos o asociados con pólipos

Todos estos grupos de pacientes presentaban histiotipos similares

El riesgo de cáncer 19 a 35 veces mayor en leiomiomas que en pacientes con pólipos. No hay vínculo entre los tumores fibroides y cáncer de endometrio. Ambos están hechos de distintos tipos de células; los miomas mesenquimales , y el cáncer epitelial.Además la patogénesis del pólipo es incompatible con su presunto aumento de potencial maligno. Este se desarrolla como resultado de una proliferación monoclonal de las células del estroma de la capa basal del endometrio mutadas genéticamente

La neoplasia endometrial intraepitelial, verdadero precursor de adenocarcinoma endometrioide es un crecimiento glandular monoclonal con riesgo de cáncer de 45 a 100 veces mayor que el pólipo.

Ambos, pólipos y leiomiomas pueden representar condiciones que sirven como indicador de riesgo / marcador de cáncer preexistente en mujeres sintomáticas.

En pacientes sintomáticos, la alta tasa de cáncer de endometrio en pacientes con pólipos es debido al sesgo de detección, como consecuencia de la rutina diagnóstica

Otro punto de interés es quel La estimación del riesgo combinado de 5,6% en el cáncer de endometrio cuando la atipia se encuentra dentro de un pólipo endometrial difiere de la de riesgo de cáncer en casos de hiperplasia endometrial con atipia hasta un 42%.

Los pólipos endometriales per se no constituyen una lesión precursora.

El tratamiento para los pólipos endometriales atípicas podría variar de hiperplasia endometrial atípica al existir un posible riesgo menor de cáncer de endometrio.

Ocho estudios retrospectivos que informan sobre cáncer endometrial concurrente con pólipo endometrial con atipia y dos estudios de seguimiento para los pacientes que conservan su útero después de resección de pólipos endometriales atípicas por histeroscopia

No se encontraron cancer de endometrio después de la resección de pólipos endometriales atipicos en un seguimiento de 5 años en 13 postmenopáusica y tres pacientes premenopáusicas.

Estos estudios excluyen los casos en los que se encontró atipia dentro de la base del pólipo (en línea con los criterios de malignidad primaria pólipos como (Peterson y Novak)

- La prevalencia del cáncer en pólipos en mujeres asintomáticas es del 0,1%; 10 veces más baja que en los pacientes sintomáticas
- Estos datos NO apoyan la idea de que la eliminación de un pólipo en el endometrio en pacientes asintomáticas sea una medida válida para la prevención secundaria del cáncer de endometrio.
- La detección incidental de cáncer de endometrio asintomático no ofrece ninguna ventaja sobre el pronóstico de la enfermedad sintomática con sangrado uterino de menos de 8 semanas de evolución

Para realizar una adecuada gestión del pólipo debemos saber por un lado que la resolución espontánea oscila entre el 27% y el 57,1%, y por otro lado que la falta de respuesta a la cirugía o la recurrencia en los síntomas se ha registrado en un 34,6%-60

Pasamos a las primeras premisas cuando nos preguntamos porque hemos de extirpar un pólipo?

La primera razón: exclusión de malignidad, no se sostiene esta por la baja asociación con procesos neoplásicos

La segunda razón: alivio de los síntomas , tampoco porque los pólipos fueron significativamente más frecuentes en mujeres sin sangrado uterino anormal en comparación con las mujeres con

sangrado

Con la actitud intervencionista para un control óptimo de menometrorragia la expectativa no se cumplió; la extirpación del mismo no resolvió el problema

Muchas pacientes sufrirán metrorragia disfuncional causada por sangrado anovulatorio, que no tiene que estar relacionado con pólipos coexistentes

Por lo que concluimos que el pólipo es una entidad con escasa significación clínica.

En toda mujer con síntomas de sangrado uterino anormal se debe realizar un protocolo de diagnóstico. En la metrorragia postmenopáusica, estudio sangrado y si existe pólipo /engrosamiento endometrial es absolutamente imprescindible BIOSIA DE ENDOMETRIO con cánula / HISTEROSCOPIA

Bibliografia

- *Endometrial polyps AuthoElizabeth A Stewar MD Section Editor Robert L Barbieri, MD Deputy Editor Sandy J Falk, MD, FACOG All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Jun 2016. | This topic last updated: Sep 03, 2015*
- *Endometrial polyps: when to resect? Julia Marques da Rocha de Azevedo1,3 Ligia Marques da Rocha de Azevedo2 Fernando Freitas• Maria Celeste Osorio Wender1,2,3Arch Gynecol Obstet (2016) 293:639–643*
- *Are endometrial polyps true cancer precursorsl?*
- *Tamar Perri, MD; Kurosh Rahimi, MD; Agnihotram V. Ramanakumar, PhD; Karen Wou, MD;*
- *Dragana Pilavdzic, MD; Eduardo L. Franco, PhD; Walter H. Gotlieb, MD, PhD; Alex Ferenczy, MDAm J Obstet Gynecol 2010;203:232.e1-6.*
- *Endometrial polyp size and polyp hyperplasia*
- *Bernardo P. Lasmar , Ricardo B. Lasmar International Journal of Gynecology and Obstetrics 123 (2013) 236–239*
- *Risk of malignancy in endometrial polyps in premenopausal and postmenopausal women according to clinicopathologic characteristics Costa-Paiva, MD, PhD, Carlos E. Godoy Jr, MD, Armando Antunes Jr, MD, Joyce D. Caseiro, MD, Michael Arthuso, MD, and Aarao M. Pinto-Neto, MD, PhD The Journal of The North American Menopause Society Vol. 18, No. 12, pp. 1278/1282 2011*
- *The Oncogenic Potential of Endometrial Polyps A Systematic Review and Meta-Analysis Stephanie Cruz Lee, MD, Andrew M. Kaunitz, MD, Luis Sanchez-Ramos, MD, and Ronald M. Rhatigan, MD VOL. 116, NO. 5, NOVEMBER 2010 OBSTETRICS & GYNECOLOGY*
- *Atypical Endometrial Polyps and Concurrent Endometrial Cancer: A Systematic Reviewde Rijk SR1, Steenbergen ME, Nieboer TE, Coppus SF. Obstet Gynecol. 2016 Sep;128(3):519-25. doi: 10.1097/AOG.0000000000001566.*

Malignant and premalignant changes in the endometrium of women with an ultrasound diagnosis of endometrial polyp. Pietro Gambadauro1,, Maria Angeles Martinez-Maestre2, Jose Schneider3, Rafael Torrejón . Journal of Obstetrics and Gynaecology Volume 34, 2014*

CONTROVERSIA 5: Prevención de la disfunción del suelo pélvico. Forceps

Introducción.

Autor:
Miguel Ángel Díaz López

El porcentaje de partos operatorios están disminuyendo en los hospitales y aumentando paulatinamente el de cesáreas. El parto operatorio es una parte importante de la obstetricia moderna y en muchos momentos se pueden usar para evitar una cesárea.

El parto instrumental mediante fórceps es un factor de riesgo independiente para el deterioro del suelo pélvico. Es además un factor de riesgo modificable intraparto. Con el fórceps se observa la eterna disyuntiva, por una parte tiene un riesgo bajo de complicaciones (nivel A)[1], puede disminuir el riesgo fetal intraparto (nivel C), pero por otra presenta una incidencia del desgarro del esfínter OR 4.08[2].

Por cada 8 fórceps realizados se producirá tras 5-10 años 1 prolapso.

El daño que produce la extracción fetal en el suelo pélvico se une fundamentalmente al fórceps rotador y al número de tracciones. Por lo tanto para evitar esta disfunción futura hay que tener claro 4 puntos: diagnóstico seguro de las posición de la cabeza, realizar tracciones suaves, anticipar los riesgos y abandonarlo si no se observa un descenso claro de la cabeza fetal[3].

Todos los profesionales de la salud que asisten el parto deben ser conscientes del riesgo para cada tipo de intervención y considerar éstas junto con los factores obstétricos en cada caso.

La sección de suelo pélvico de Andalucía cree necesaria realizar este debate entre fórceps si/no. Son muchos los hospitales donde esta estigmatizado la realización de esta maniobra tocúrgica y debemos desde este foro debatir sobre su uso, con el fin de mejorar la enseñanza que podemos dar a nuestros residentes.

SÍ.

Autor:
Miguel Aragón Albillos

El fórceps es un instrumento obstétrico que se utiliza para la extracción fetal en periodo expulsivo. Su papel en la obstetricia moderna ha ido en declive a la par que han ido incrementándose las tasas de cesárea y de utilización del vacuo obstétrico. Globalmente su incidencia está en un 4% del total de partos. Las razones de este abandono hay que buscarlas en el miedo a las denuncias por secuelas en la madre y el feto, lo que socialmente ha "demonizado" este instrumento. Además su enseñanza ha sido cada vez más escasa, lo que hace que muchos obstetras jóvenes no tengan la suficiente confianza para recurrir a su utilización en situaciones en los que estaría indicado (partos pretérmino, necesidad de extracción fetal urgente…)

Si bien hay numerosos estudios que demuestran una mayor tasa de desgarros de III y IV grado con su uso, presenta ventajas indudables frente al vacuo, sobre todo en lo relativo a una menor tasa de fracaso en la extracción fetal y en la aparición de algunas complicaciones en el neonato como el cefalohematoma o la hemorragia retiniana. Frente a la cesárea urgente presenta menor sangrado, una menor estancia hospitalaria y una menor necesidad de esperar para conseguir un nuevo embarazo.

Es necesario incidir en la necesidad de una adecuada formación en el uso del fórceps en el periodo de formación obstétrica, ya sea a cargo de especialistas experimentados o recurriendo a la ayuda de simuladores anatómicos. En publicaciones recientes se ha constatado la menor probabilidad de lesiones en el suelo pélvico de la parturienta cuando el obstetra responsable de su fórceps tenía suficiente entrenamiento en el mismo

NO.

Autora:
Maribel Valdivia Jiménez

La elección del parto con fórceps en sus inicios estuvo íntimamente ligado a la emergencia obstétrica dada la importante morbimortalidad producida por las cesáreas. El ascenso de las tasas de cesárea actualmente se aparta mucho del recomendado por la OMS (10-15%) para obtener una asistencia perinatal segura y se ha convertido en un asunto político de trascendencia mundial que ha llevado a un creciente interés del uso del fórceps, incluso del fórceps rotador de Kjelland , a pesar de que la literatura más actualizada 1 desaconseja su mayor uso porque concluye que su práctica está basada en la ignorancia en la uroginecología reciente y de las pruebas de imagen sobre daño pélvico más recientes RMN 2 , ECO transperineal 3/4D para la valoración de los defectos del suelo pélvico3,4 .

El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materna y Fetal (2014) publicaron documentos destinados a promover el fórceps como medio para reducir las tasas de cesárea.

En los últimos 50 años se ha reducido progresivamente las tasas de fórceps y sobre todo tras el invento de la ventosa obstétrica moderna 5. Chalmers y Chalmers 6 (1989) declararon que " el vacuo es el instrumento de elección para el parto vaginal instrumental,"

Sin embargo, en países como el Reino Unido, las tasas de fórceps se han duplicado en los últimos 10 años, pasando de 3.3 a 6.8% 7 abogando por un mayor uso del mismo y sobre todo del fórceps rotador de Kjelland, 8,9 ya considerado por muchos como un instrumento obsoleto debido a las altas tasas de traumatismos maternos complicados y neonatales.

Aunque en su momento , el uso del fórceps fue excusable por desconocimiento del daño producido en las estructuras femeninas del suelo pélvico 10 , actualmente sus efectos adversos ,especialmente el desgarro del esfínter anal ,la avulsión del elevador ,la incontinencia urinaria y el prolapso en el futuro demuestran que su uso debe restringirse a casos seleccionados.

Así las tasas de trauma materno en algunas publicaciones refieren lesiones obstétricas del esfínter anal (OASI) de 2,4% con una Fórceps de Kjelland y 0% en ventosa de rotación. Se cree que no son cifras correctas, dada la limitada sensibilidad de la exploración clínica de los desgarros del esfínter anal. Con la incorporación de las técnicas de imagen las tasas de desgarro del esfínter son superiores al 10% en partos normales, y un 40-60% tras fórceps11-13 .Así como la avulsión del elevador de un 30-65% tras partos con fórceps 14-18 .

Se concluye que parece ser que el Fórceps es un fuerte factor de riesgo de lesiones del esfínter analPrincipio del formularioFinal del formulario y de trauma del elevador en comparación con el parto vaginal normal y vacuo.14-18 (23-27)

Bibliografía

1. *Dietz HP. Forceps: towards obsolescence or revival? Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94: 347–351.*
2. *Unger CA, Weinstein MM, Pretorius DH. Pelvic floor imaging. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011; 38(1):23-43.*
3. *Majida M, Brækken IH, Bø K, Benth J, Engh ME. Validation of 3D perineal ultrasound and MRI measurements of the pubovisceral muscle at rest. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010; 35:715–22.*
4. *Dietz HP. Ultrasound imaging of the pelvic floor. Part I: two dimensional aspects. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004; 23:80–92.*
5. *Malmström T. Vacuum extractor, an obstetrical instrument. Acta Obstet Gynecol Scand. 1954;33(Suppl 4):1–31.*
6. *Chalmers J, Chalmers I. The obstetric vacuum extractor is the instrument of first choice for operative vaginal delivery. Br J Obstet Gynaecol. 1989;96:505–9. H.P. Dietz*
7. *Anonymous. NHS Maternity Statistics – England, 2012–13. 2013 5.12. 2013 Available online at: http:// www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12744 (accessed 1 January 2015).*
8. *Tempest N, Hart A, Walkinshaw S, Hapangama DK. A re-evaluation of the role of rotational forceps: retrospective comparison of maternal and perinatal outcomes following different methods of birth for malposition in the second stage of labour. BJOG. 2013;120:1277–84.*
9. *Nash Z, Nathan B, Mascarenhas L. Kielland's forceps. From controversy to consensus? Acta Obstet Gynecol Scand. 2015;94:8–12.*
10. *Olah KS. In praise of Kielland's forceps. BJOG. 2002;109:492–4.*
11. *Oberwalder M, Dinnewitzer A, Baig MK, Thaler K, Cotman K, Nogueras JJ, et al. The association between late-onset fecal incontinence and obstetric anal sphincter defects. Arch Surg. 2004;139:429–32.*
12. *Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries – myth or reality? BJOG. 2006;113:195–200.*
13. *Guzman Rojas R, Shek KL, Langer SM, Dietz HP. Prevalence of anal sphincter injury in primiparous women. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013;42:461–6.*
14. *Dietz HP, Lanzarone V. Levator trauma after vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2005;106:707–12.*
15. *Shek KL, Dietz H. Intrapartum risk factors of levator trauma. BJOG. 2010;117:1485–92.*
16. *Cassado Garriga J, Pessarrodona Isern A, Espuñaa Pons M, Duran Retamal M, Felgueroso Fabregas A, Rodriguez- Carballeira M. Tridimensional sonographic anatomical changes on pelvic floor muscle according to the type of delivery. Int Urogynecol J. 2011;22:1011–18.*
17. *Kearney R, Fitzpatrick M, Brennan S, Behan M, Miller J, Keane D, et al. Levator ani injury in primiparous women with forceps delivery for fetal distress, forceps for second stage arrest, and spontaneous delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2010;111:19–22*
18. *Caudwell-Hall J, Karrisan Atan I, Martin A, Guzman Rojas RA, Langer SE, Shek C, et al. Intrapartum predictors of pelvic floor trauma. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;44 (Suppl. 1):21–22 (OC09.05).*
19. *Díaz López MA, Gallo Vallejo JL. Efectos del embarazo y parto sobre el suelo pélvico. Colección de medicina fetal y perinatal (23). Colombia: Ed. Amolca, actualidades médicas, C.A.; 2014; p:1-322. ISBN. 978-958-8871-23-3*

CONTROVERSIA 6: Essure como esterilización definitiva.

SÍ.

Autor:
José Eduardo Arjona Berral

Recientemente la prensa se han hecho eco de las demandas realizadas por un grupo de mujeres las cuales tras la colocación de los dispositivos Essures refieren una serie de efectos adversos que a juicio de las mismas y en base su gravedad reivindican la retirada de los dispositivos del mercado. Incluso la famosa activista Erin Brockovich apoya la campaña popular en contra del Essure

Yo que soy un convencido de las virtudes del Essure y de los beneficios que este dispositivo, no tengo más remedio que replantearme la situación actual y realizar las siguientes preguntas: Cual es la magnitud real del problema?, la gravedad de las complicaciones mismo? y lo que es fundamental, que podemos hacer para evitarlas.

Indudablemente existe una alarma social que se cuantifica de manera objetiva en 8046 quejas a la FDA y otras todavía por definir notificadas a la EMA La base de datos MAUDE para el registro de las complicaciones y embarazos no deseados, tampoco parece ser real ya que ella no se comunican todas las complicaciones existentes. Por el contrario el tipo de complicación si parece que estar definidas, se han comunicado cefaleas, nauseas, astenia, caída del pelo, algias pélvicas crónicas, alergia al níquel y sangrado menstrual abundante. Evidentemente para relacionar el Essure con cefaleas, nauseas, astenia o caída del pelo tiene que demostrarse que la incidencia de estos síntomas son más frecuentes en portadoras del Essure que en la población general.

Las perforaciones son otro caballo de batalla , curiosamente nuestro grupo solo ha tenido dos perforación en 7200 casos, lo que supone que esta complicación aparece solo en el 0,03 %, datos similares a los ya publicados anteriormente por nosotros . En los estudios previos a la comercialización la frecuencia de la perforación fue del 1-1,5%. En mi opinión la sedación puede favorecer una perforación ya que eliminamos el síntoma cardinal de esta complicación: el dolor..

En relación a la seguridad del dispositivo Essure, recientemente se publicado un estudio4 (post-autorización) de seguimiento a 5 años, donde no se demuestra ningún problema de seguridad nuevo o una mayor incidencia de los ya conocidos y descritos en las Instrucciones de Uso de Essure. En este estudio también se confirma que la efectividad de los dispositivos para prevenir un embarazo a los 5 años de uso es del 99,7%, . Nosotros publicamos una tasa absoluta de embarazos del 0,25% en 1200 mujeres con un seguimiento mínimo de 5 años con un índice de Pearl del 0,05 tras 72000 meses de seguimiento.

Recientemente un articulo indica que la posibilidad de reintervención en pacientes con esterilización histeroscópica es 10 veces superior a una esterilización laparoscópica. En este estudio, las características de las pacientes incluían diversas comorbilidades graves. Los autores señalan que en términos generales las pacientes con adhesiones pélvicas procedentes de intervenciones quirúrgicas contra la enfermedad inflamatoria pélvica presentaban un mayor riesgo de complicaciones posoperatorias y que tradicionalmente no habrían sido consideradas candidatas adecuadas para una intervención por laparoscopia.

En este artículo tampoco queda definido el termino reintervención, la cual parece un tanto vaga, ya que no distingue entre las reintervenciones tras una esterilización histeroscópica y una segunda tentativa de implantación de un dispositivo Essure tras un primer intento fallido. Por último, si tras una prueba de confirmación , la colocación de los dispositivos es insatisfactoria, nos obliga a retirar el dispositivo y/o realizar una ligadura de trompas si se desea garantizar la esterilización. No es el foro adecuado para analizar este articulo, mi opinión es que en Nueva York el Essure a evitado un 90% de intervenciones quirúrgicas.

Por último recientemente también se ha publicado7 otro articulo que hace referencia a que el diseño de los estudios previos a la comercialización del Essure, están mal diseñados, es otro tema a discutir, de esta revista, simplemente hacer una reflexión, ¿ha tardado 13 años en darse cuenta? .

Para terminar, resumo las RECOMENDACIONES de la FDA, la ANSM, la HEALTH CANADA , la AAGL y la AEMPS:

- Información adecuada y selección de las pacientes
- Entregar folletos Informativos
- Consentimiento Informado especifico
- Seguimiento de los posibles efectos adversos
- Formación adecuada de los profesionales
- La relación riego beneficio continua siendo FAVORABLE

NO.

Autor:
Antonio Jiménez Caraballo

Hace 15 años que apareció en Europa un método de esterilización femenina por vía histeroscópica, que permitía el bloqueo tubárico en consultas, sin necesidad de anestesia general y sin las posibles complicaciones del acceso a la cavidad abdominal. Desde entonces, más de 750.000 unidades han sido vendidas en todo el mundo. En la actualidad, el bloqueo tubárico mediante el método Essure© supone uno de cada dos o tres procedimientos de esterilización femenina en los países desarrollados.

Los datos respecto a la eficacia y la seguridad del método han sido evaluados a través de amplios estudios descriptivos en todo el mundo, con un bajo nivel de evidencia, habiéndose notificado con el uso una tasa de gestaciones del 0,15% (menor que con el bloqueo tubárico laparoscópico) y una cifra de efectos secundarios escasa, siendo el dolor pélvico crónico el más frecuente (8%), aunque estas cifras disminuían a la mitad (4%), al trasncurrir tres meses desde la inserción.

Sin embargo, a partir del año 2014, se han producido múltiples denuncias, en primer lugar por asociaciones de consumidores y posteriormente, por organismos oficiales, como la FDA (datos MAUDE), en las cuales se hacían eco de complicaciones de los Essures, tales como procedimientos incompletos, perforaciones uterinas y tubáricas, dolor pélvico crónico, histerectomías por metrorragias incoercibles y muertes atribuidas al implante.

Posteriormente, la comunidad científica reflejaba el sentir de todas estas reclamaciones en un artículo publicado en New England Journal of Medicine, en Octubre de 2015, en el que expresaban amplias dudas sobre la idoneidad de los ensayos premercado, en los que se basó la decisión de la FDA para autorizar la implantación del método Essure. Concretamente, el estudio inicial tuvo un seguimiento de las pacientes tratadas muy escaso, ya que a los dos años sólo se habían seguido estudiando el 22% de las mujeres esterilizadas. Tambíen criticaba que los estudios de extensión, que finalizaron en 2008, sólo fueran publicados en 2015, cuando arreciaban las críticas a la solvencia del método Essure.

Adicionalmente, la aparición de dos artículos, en revistas de gran impacto, en los años 2014 y 15, sobre un aumento de las gestaciones a los 10 años, que supuestamente triplicaba la del bloqueo por laparoscopia, y sobre todo, la exposición de los datos del Estado de Nueva York, en los que seadvertía del riesgo 10 veces mayor, de ser reintervenidas las pacientes que fueron sometidas a esterilización histeroscópica frente a la laparoscopia, han venido a poner un punto de crítica importante en este método que parecía ideal cuando fue presentado.

Las órdenes de la FDA, en relación a una mayor información a la paciente y a la realización de nuevos estudios postmercado por parte de la empresa suministradora, pueden suminstrar la información necesaria sobre las pacientes candidatas (y sobre todo, las no candidatas). Mientras tanto, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ha emitido un comunicado informativo, una guía para evaluar a la paciente que refiera problemas con Essure y dos nuevos consentimientos informado, tanto para la colocación como para la retirada de los implantes.

MESA: Cribado de Patología obstétrica

Introducción.

Autor:
Antonio Ruano García

Las pruebas de cribado en la patología obstétrica deberían ser sencillas, rápidas, seguras y baratas, con una alta sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y bajo valor predictivo negativo.

En la patología obstétrica que nos atañe, las revisiones sistemáticas concluyen que no hay una prueba exclusiva que se ajuste a estos criterios. Sin embargo, la combinación de varios biomarcadores, parámetros clínicos o biofísicos con análisis multivalentes de estos, podrían tener un valor de utilidad clínica.

Una vez conseguido el objetivo en estos años de disminuir la mortalidad perinatal, es hora de reducir la morbilidad en aquellas patología obstétricas cada vez más prevalentes: Prematuridad, Preeclampsia, CIR y Macrosomía.

La predicción de estas patología se basa en un doble objetivo preventivo: Por un lado en reconocer los signos precoces basados en la presencia de factores de riesgo y por lo tanto disminuir su efecto sobre el embarazo (prevención primaria), y por otro lado utilizar los recursos a nuestra disposición de forma coste–eficiente en relación al beneficio a conseguir, para actuar lo antes posible (prevención secundaria). Esto nos lleva al problema de la eficacia de las pruebas y su coste-eficiencia en la implantación dentro del sistema.

Eastman (1947) refería que "Solo cuando se entiendan los factores que causan la prematuridad se podrá realizar una prevención inteligente". Aunque esta aseveración está cada día más cerca, las medidas actuales de prevención y/o cribado solo han demostrado ser eficientes en las gestaciones consideradas como de alto riesgo, siendo poco rentables en una primera gestación.

Meads CA y col (2008) en su revisión sobre la preclampsia concluyen que "Las pruebas evaluadas no son suficientemente precisas para sugerir su uso rutinario en Práctica clínica."

Las fórmulas biométricas ecográficas son el estándar para estimar el peso fetal y aunque han mejorado su sensibilidad, estas tienen un error absoluto de diagnóstico que varía entre el 7%-15% en su predicción. Los modelos de estimación de peso fetal basados en tres o cuatro índices biométricos parecen ser más precisos que los basados en dos o en la CA como una sola medida. El objetivo de la detección de la macrosomía es evitar los malos resultados perinatales, pero la evidencia demuestra que aproximadamente solo en un 50% de los casos se predijo la macrosomía y la presencia de la distocia de hombros y lesiones del plexo braquial son eventos difíciles de predecir.

Los autores de esta mesa nos pondrán al día en la validez de las pruebas de cribado de estas patologías que representan en la actualidad una alta tasa de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Cribado de Prematuridad.

Autor:
Lucas Cerrillos González

El documento marco sobre cribado poblacional de la comisión de salud pública del Ministerio de Sanidad establece los siguientes requisitos para recomendar una estrategia de cribado:

1. Que se trate de un problema importante de salud.
2. Que se disponga de una prueba simple y segura (válida, fiable, eficiente y aceptable)
3. Que exista una intervención o tratamiento en fase presintomática
4. Que el programa cumpla criterios de eficacia, beneficio, coste-equilibrio, aceptabilidad y equidad.

La prematuridad tiene una prevalencia del 7-10%, pero es la responsable del 70-80% de la mortalidad perinatal y del 25% de la morbilidad a largo plazo. Por otra parte, es la principal responsable de las complicaciones neurológicas y respiratorias de los neonatos.

Se ha investigados diversos métodos para tratar de predecir el parto prematuro con diversos niveles de éxito:

1. Escalas clínicas
2. Biomarcadores
3. Medición ecográfica de la longitud cervical
4. Combinaciones de diversos métodos

Las escalas clínicas son complejas y difíciles de aplicar además de ofrecer un bajo valor predictivo positivo, salvo el antecedente de un parto prematuro previo.

Respecto a los Biomarcadores se han investigado gran número de ellos, pero ninguno ha resultado útil. La fibronectina ha demostrado capacidad de predecir la posibilidad de parto en gestantes con amenaza de parto prematuro, con un alto valor predictivo negativo, pero para utilizar una prueba de cribado resulta de gran valor el valor predictivo positivo, que para la fibronectina es bajo.

De todos los métodos disponibles en la actualidad, la estimación de la longitud cervical por ecografía es la más rentable en términos de sensibilidad (35-40%) y valor predictivo positivo (20-30%) que aumenta al 70% y 80% respectivamente, cuando se asocia a factores clínicos (sobre todo el antecedente de parto pretérmino).

Aunque se puede realizar una estimación de la longitud cervical mediante ecografía abdominal, todas las publicaciones coinciden en que el mejor método es la ecografía vaginal, estableciendo como punto de corte 25 mm (30 mm en caso de utilizar la ecografía abdominal).

Para implantar un programa de cribado debe existir la posibilidad de realizar algún tipo de intervención. Y en la actualidad disponemos de los siguientes métodos:

1. Progesterona sintética intramuscular
2. Progesterona natural vaginal
3. Pesario
4. Cerclaje cervical

La progesterona sintética (caproato de hidroxiprogesterona) ha demostrado eficacia en la reducción de partos de menos de 37 semanas en gestantes con antecedente de uno o más partos prematuros con embarazo simple.

La progesterona natural por vía vaginal ha demostrado una reducción de la tasa de partos de menos de 34 semanas en gestantes con embarazo sencillo y acortamiento cervical mediante ecografía Transvaginal (≤ 25 mm).

Finalmente, el cerclaje secundario en gestantes con antecedente de parto prematuro previo y acortamiento cervical ha demostrado eficacia reduciendo la tasa de partos prematuros sobre todo cuando la longitud cervical desciende por debajo de 15 mm y en cualquier caso es capaz de reducir la tasa de prematuridad extrema.

La FIGO, el ACOG y la Guía NICE recomiendan el cribado universal tanto en gestantes con embarazo simple.

No hay ningún tipo de recomendación de cribado de prematuridad en gestaciones múltiples.

Cribado de preeclampsia – CIR.

Autores:
Mari Paz Carrillo Badillo, Mariña Naveiro Fuentes, Alberto Puertas Prieto

Tanto la preeclampsia como el crecimiento intrauterino retardado (CIR) constituyen una causa importante de morbi-mortalidad materna y perinatal. Actualmente se cree que el origen principal se encuentra en una placentación anómala lo que tiene lugar de forma temprana en la gestación.

Por tanto, el objetivo del cribado en estos casos es detectar de forma precoz las gestantes que presentan un alto riesgo de preeclampsia y/o CIR y poner en marcha las medidas necesarias para mejorar la placentación y disminuir la incidencia de la enfermedad.

Los tres pilares en los que se basa este cribado son la historia materna que incluye tanto características demográficas maternas como sus antecedentes generales y obstétricos. En segundo lugar, marcadores biofísicos maternos como son el estudio Doppler de las arterias uterinas y la determinación de la tensión arterial. Y por último, la identificación de marcadores bioquímicos maternos que constituyen el reflejo de la placentación anómala debido a una inadecuada invasión trofoblástica de las arterias espirales y de una disminución del flujo placentario lo que conduce a una isquemia placentaria en relación con la liberación de factores inflamatorios, activación plaquetaria, disfunción endotelial, función renal materna alterada o estrés oxidativo anómalo. Aunque hay descritos gran número de estos marcadores, los dos que presentan resultados más prometedores son la proteína plasmática asociada a la gestación (PAPP-A) y el factor de crecimiento placentario (PlGF).

La posibilidad de identificar en primer trimestre estas gestaciones de alto riesgo en particular, de desarrollo de preeclampsia de inicio precoz alcanza hasta un 95% con un tasa de falsos positivos de un 10%. Ello nos permitiría conocer las gestaciones que se beneficiarían de medidas farmacológicas profilácticas para mejorar la placentación. En la actualidad hay diversos estudios en marcha empleando aspirina a bajas dosis de inicio en el primer trimestre.

Identificación de la macrosomía fetal.

Autores:
Juan Jesús Fernández Alba, Carmen González Macías, Ángel Vilar Sánchez, Inmaculada Carnicer Fuentes, Luis Javier Moreno Corral

Resumen
Actualmente, la comunidad científica no acepta como CIR un recién nacido cuyo peso al nacer se encuentre por debajo del percentil 10. Exige que se asocie además una alteración en la circulación útero-placentaria o que el peso se encuentre por debajo del percentil 3.

Sin embargo, llama mucho la atención que cuando hablamos de macrosomía fetal, muchos autores y asociaciones incluyendo al colegio americano de obstetras y ginecólogos sigue definiendo la macrosomía fetal de una manera dicotómica estableciendo un punto de corte fijo que, en los países desarrollados oscila entre los 4000 y los 4500 gramos.

En el último boletín práctico sobre MACROSOMÍA fetal del American College of Obstetricians and Ginecologists, se sigue manteniendo la definición en base a peso ABSOLUTO al nacer, sin estratificar por edad gestacional ni sexo fetal.

Sin embargo, en la actualidad, la literatura científica cada vez enfoca más el problema del feto grande en términos de sobrecrecimiento fetal, tomando en consideración el concepto de potencial de crecimiento y personalizando al menos por sexo y edad gestacional antes de afirmar si un feto es grande para su edad gestacional (LGA) o de peso adecuado para su edad gestacional (AGA).

Por tanto, antes de afirmar si un feto es patológicamente grande o pequeño, en nuestra opinión, deberíamos ajustar por lo menos por edad gestacional y sexo fetal.

El punto de corte variará en función de:

- La población sobre la que se construyó la tabla de percentiles
- Si en la misma población sólo se incluyeron individuos sanos (curvas de normalidad) o también se incluyeron individuos con patología (curvas de referencia).
- Si son curvas poblacionales o si se han personalizado incluyendo en el cálculo variables antropométricas maternas como la talla materna o el peso al inicio del embarazo (curvas customizadas).

Si los individuos sobre los que se diseñó la curva poblacional son más pequeños que los de nuestra población, identificaremos un mayor número de niños grandes. Y viceversa, si los neonatos con los que se construyó la curva son más grandes que nuestra población, usando esa curva concreta identificaremos menos niños grandes.

Incluso usando una curva propia, bien diseñada, específicamente construida para nuestra población, sus valores de normalidad serán válidos para la generalidad de la población.

Sin embargo, en los extremos de la escala de peso y talla materno, de nuevo pueden fallar.

Si ustedes optan por usar una curva poblacional, mi recomendación actual debería ser que usen las curvas elaboradas por el proyecto INTERGROWTH 21st. Tienen publicados dos tramos. Uno desde las 33 semanas de gestación en adelante y otro para los grandes prematuros.

En lo referente a curvas customizadas, a nivel nacional se han publicado 3:

- Francesc Figueras
- Nieves González
- Juan Jesús Fernández Alba

Algunos autores han comparado curvas poblacionales con curvas customizadas. En concreto, la Prof. Nieves González publicó en 2013 un artículo en el que compara los resultados de clasificar a los recién nacidos en función del peso al nacer según las curvas poblacionales de Santamaría o las curvas customizadas de Figueras encontrando que las curvas customizadas diferencian mejor los fetos grandes para su edad gestacional constitucionales de los casos de SOBRECRECIMIENTO.

En el Hospital Universitario de Puerto Real, usando una cohorte de 15.257 recién nacidos, encontramos una diferencia notable en función del método usado (tabla 1)

Tabla 1

Método	Incidencia
Peso > 4500 g	0,7%
Peso > 4000 g	7 %
Intergrowth > p90	16,2%
Customizada Fdez.Alba > p90	11,1%

En el mismo trabajo encontramos que el riesgo relativo de que el recién nacido clasificado como grande presentara morbilidad (índice ponderal > p90, Apgar a los 5' < 7 o cesárea por desproporción cefalopélvica) varía en función del método usado. El mayor lo

encontramos cuando usamos un punto de corte absoluto en 4500 g pero a costa de sólo detectar 111 casos.

Si usamos como punto de corte el p90, el método que detectó el mayor riesgo relativo fue la unión de los métodos poblacional (Intergrowth) y customizado (Fernández Alba).

Método	Casos detectados	R.R.	IC 95%
Peso > 4500g	111	3,17	1,93-5,22
Peso > 4000g	1068	2,70	2,24-3,26
Intergrowth LGA	2472	2,73	2,35-3,19
Fdez.Alba LGA	1701	2,48	2,08-2,96
Intergrowth+Fdez. Alba	1218	2,928	2,44-3,52

En conclusión:

- Sean críticos con usar un punto de corte absoluto en 4500 g
- Comprueben qué curva de percentiles están usando
- Conozcan que las curvas customizadas se ajustan al concepto de potencial de crecimiento fetal y funcionan para predecir morbilidad

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN SAGO

Primer Premio de Investigación SAGO:

217/250. ¿INFLUYEN LAS LESIONES DEL SUELO PÉLVICO PRODUCIDAS DURANTE EL PARTO EN LA APARICIÓN FUTURA DE IUE?

Autores:
(1) Bonomi Barby, M.; (1) De La Fuente Vaquero, P.; (2) García Mejido, J.; (2) Sáinz Bueno, J.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.; (2) FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción

la patología del suelo pélvico es una entidad que influye de manera notable en la calidad de vida de la paciente que la padece. Su importancia radica en su alta incidencia, llegándose a describir 300.000 casos al año (en EEUU, en el 2003) de cirugía correctora del suelo pélvico (prolapso de órgano pélvico e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)) 1. Dentro de la patología de suelo pélvico la incontinencia urinaria supone el 12-38% de todas las disfunciones de suelo pélvico 2,3, de ahí la importancia de su estudio.

Actualmente está establecido que las disfunciones de suelo pélvico tienen un origen multifactorial, siendo el embarazo y el parto vaginal los principales factores que influyen en la aparición de incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvico 4-6. Durante el parto se producen lesiones en las estructuras de sostén del suelo pélvico. Las lesiones musculares más frecuentes que se producen durante el parto son las avulsiones del músculo elevador del ano (MEA). Sin embargo, la avulsión no es el único problema que puede afectar al MEA tras el parto vaginal 7, existen daños traumáticos en el tejido conjuntivo y en la fascia pélvica que puede favorecer una disminución de la contractilidad del MEA tras el parto 8-10, pudiendo favorecer la aparición de disfunciones del suelo pélvico. Estas alteraciones pueden ser el resultado de una lesión del músculo durante su estiramiento, del trauma directo sobre el músculo o de neuropraxias del nervio pudendo durante el parto 11,12.

Las lesiones del MEA tras el parto se pueden clasificar en macrotraumas y microtraumas 13. El macrotrauma es la avulsión MEA propiamente dicha, y se define como la discontinuidad de las fibras de MEA en su inserción a nivel pubiano 14, llegando a estar presente en el 13% al 36% de las mujeres después del parto vaginal 13,15. Los microtraumas se encuentran en el 30% de las mujeres después del parto y se definen como un aumento de más del 20% del área del hiato del músculo del elevador durante la maniobra de Valsalva, sin que exista avulsión del MEA 13. Diferentes autores han descrito que estas lesiones son marcadores tempranos para la IUE y prolapso de órganos pélvicos 16-20.

Aunque estas lesiones pueden diagnosticarse mediante la exploración clínica, las pruebas de imágenes son la manera más objetiva de determinar el diagnóstico. La ecografía tridimensional transperineal 3D (ETP-3D) y la resonancia magnética (RM) son las principales pruebas de imagen utilizadas para en el diagnóstico de enfermedades del suelo pélvico 7,20,21. No obstante, la ETP-3D ha demostrado ser útil en la evaluación de la anatomía funcional del suelo pélvico ofreciendo imágenes de alta resolución permitiendo la captura de volúmenes en escasos segundos 22-25. Por otra parte, la evaluación ecográfica en 4D del suelo pélvico permite el estudio de la función muscular y de las lesiones del MEA con mayor sensibilidad que el examen digital 26,27.

Nuestro grupo propone la evaluación de la relación entre las lesiones MEA (macrotraumas y microtraumas) a través 3-4D ecografía transperineal relacionada con la presencia de IUE a los 36 meses después del parto.

MATERIALES Y MÉTODO

Se planteó un estudio observacional prospectivo con 168 mujeres nulíparas con partos vaginales reclutadas en la maternidad del Hospital Universitario de Valme (Sevilla; España) entre el 1 de junio de 2012 y 31 de diciembre de 2012. El estudio recibió la aprobación del Consejo de Ética Biomedicina del Comité de Andalucía bajo el código 3004/2012.

Todas las pacientes incluidas eran nulíparas a término (37-42 semanas), sin antecedentes de cirugía correctora del suelo pélvico, con embarazos únicos y partos vaginales en cefálica (partos espontáneos (PE) o partos asistidos con vacuum (PV)). Además, todas las pacientes que cumplían los criterios de inclusión y deseaban participar en el estudio dieron su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Las pacientes fueron reclutadas durante su estancia en el hospital durante el primer día de postparto.

Fueron excluidas aquellas pacientes con embarazos de alto riesgo o patología materna severa (preeclampsia, diabetes gestacional no controlada, miocardiopatía materna de grado 3-4, enfermedad materna endocrina o neurológica, infección materna grave, trastorno respiratorio u ortopédico materno) y patología fetal (malformación estructural, cromosomopatía, infección fetal, isoinmunización, crecimiento intrauterino restringido, hidrops). También se excluyeron aquellas mujeres que presentaban incontinencia urinaria de urgencia o prolapso de órganos pélvicos antes del estudio ecográfico (a los 36 meses postparto), para valorar solamente aquellas pacientes con IUE aislada.

Los partos instrumentados fueron realizados por obstetras con un mínimo de cinco años de experiencia en la práctica obstétrica. Para los partos instrumentados se utilizaron una copa de vacío de metal (Malmström 50 mm) para llevar a cabo la extracción fetal.

Las características obstétricas estudiadas fueron: la edad materna, índice de masa corporal (IMC), la edad gestacional, la analgesia epidural, la circunferencia cefálica, la duración de la segunda etapa del parto, el tipo de parto vaginal (PE y PV), la episiotomía, el desgarro perineal y el peso del recién nacido.

La evaluación ecográfica se realizó a los 36 meses después del parto, por un único examinador con experiencia en ecografía del suelo pélvico. Se utilizó un Toshiba Aplio 500® (Toshiba Medical Systems Corp., Tokio, Japón) con la sonda de ultrasonido abdominal 3D PVT-675MV.

La adquisición se ejecutó con las pacientes en litotomía dorsal, sobre mesa de exploración ginecológica, con vejiga y recto vacío. La colocación del transductor sobre el periné se efectuó de manera cuidadosa ejerciendo la mínima presión posible, con el eje principal transductor colocado en el introito en el plano sagital medio. El procesamiento de la ecografía transperineal 3D-4D del suelo pélvico fue realizado por el mismo explorador que había capturado dichos volúmenes. El estudio del volumen permitió el acceso al

plano axial de mínimas dimensiones (PMD), descrito en estudios previos 25,28-31.

Los parámetros estudiados en el PMD fueron: el tipo de lesión muscular (macrotrauma o microtrauma), el diámetro anteroposterior del hiato del elevador en reposo, valsalva y contracción máxima, el diámetro laterolateral del hiato del elevador en reposo, valsalva y contracción máxima (imagen 1-A), el área del hiato del elevador en reposo, valsalva y contracción máxima (imagen 1-B) y el área del MEA en reposo, valsalva y contracción máxima (imagen 1-C).

Para determinar la avulsión se recurrió al estudio multiplanar a partir del PMD, realizándose cortes a 2,5 mm, estableciendo el diagnóstico de avulsión si existía discontinuidad de las fibras musculares LAM en su inserción púbica en los tres cortes centrales del estudio multicortes 31 (imagen 2). El diagnóstico de microtrauma se definió como un aumento de más del 20% de la superficie de hiato del elevador del ano durante la maniobra de Valsalva 13.

La evaluación de la IUE aislada fue también a los 36 meses después del parto, realizándose inicialmente una entrevista semiestructurada. Todas las pacientes que referían clínica de IUE se les realizó el cuestionario ICIQ-UI SF 32 (cuestionario validado en estudios previos 33). El cuestionario ICIQ-UI SF consta de tres preguntas que hacen referencia a la frecuencia relativa de las perdidas urinarias (puntúa de 0 a 5), a la cantidad de perdidas (puntúa De 0 a 6), y a la incomodidad general de la incontinencia urinaria (puntúa de 0 a 10). La suma de la puntuación obtenida en estas tres cuestiones da un valor comprendido entre 0 y 21 puntos, donde una puntuación alta indica más gravedad de los síntomas. Además, el cuestionario ICIQ-UI SF tiene una cuarta cuestión cuyo objetivo es determinar el tipo de incontinencia urinaria. Todos los diagnósticos de IUE aislada determinados en la anamnesis y en el cuestionario ICIQ-UI SF fueron confirmados con la exploración clínica mediante una prueba simple de esfuerzo y una prueba de urodinamia.

El análisis estadístico se realizó con una depuración previa de los datos, procediendo después a la descripción de los mismos. Las variables cuantitativas se resumieron con medias y desviaciones típicas o, en caso de distribuciones asimétricas, con medianas y percentiles (P25 y P75) y las variables cualitativas con porcentajes. El análisis descriptivo de las características de las gestaciones y de los partos se realizó según el tipo de lesión. Para realizar comparaciones de medias de variables cuantitativas entre subgrupos se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney en caso de distribuciones no normales. Si se obtenían diferencias significativas, se hallarán intervalos de confianza al 95% para diferencias de medias (o medianas en su caso). Por otro lado, para analizar las relaciones entre variables cualitativas se realizó tablas de contingencia y se utilizó la prueba Chi-Cuadrado o bien, los métodos no asintóticos de Montecarlo y prueba Exacta. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyeron 168 nuligestas de las cuales 63 fueron excluidas: 2 revocaron el consentimiento informado, 41 no completaron la evaluación clínica y 20 fueron diagnosticadas de incontinencia urinaria de urgencia o prolapso de órganos pélvicos a los 36 meses después del parto (GRAFICO).

Finalmente 105 mujeres completaron el estudio (51 PE y 54 PV). La Tabla 1 representa las características obstétricas y de los partos según los diferentes grupos de estudios (sin lesión, macrotrauma, microtraumatismos), donde se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la edad y en la tasa de episiotomía entre los diferentes grupos.

La Tabla 2 muestra los diferentes grupos de estudio (sin lesión, macrotrauma, microtraumatismos) según su tipo el tipo de parto (PE y PV), las dimensiones del hiato del elevador y la presencia de la IUE. Los microtraumatismos estuvieron presentes en el 35,3% de los PE y en el 20,4% de los PV. El 9.8% de los PE y el 35,3% de los PV revelaron avulsión del MEA (macrotrauma). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio según el área del músculo del elevador ($p < 0,0005$) en reposo, valsalva y contracción máxima. La IUE se observó en el 19,2% del grupo sin lesión, en el 25 % del grupo con macrotrauma y en el 13,8% del grupo con microtraumatismos (sin diferencias estadísticamente significativas). Los grupos de estudio presentaron una puntuación en el ICIQ-UI SF de 12,7±2,21 / 12.5±4.23 / 13.25±4.86 respectivamente (diferencias no significativas).

La Tabla 3 muestra las medidas del área y del MEA según la presencia o no de IUE. La ocurrencia de la IUE es significativamente mayor en el grupo PV en comparación con grupo del PE. Sin embargo, al optar por el análisis de los resultados en conjunto de 4, se pierde ese significado.

Discusión

En nuestro trabajo no hemos observado diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de IUE aislada en base a la existencia o no de lesiones del MEA (microtraumas y macrotraumas).

En los primeros estudios se describió una cierta asociación entre la IUE y el parto vaginal y entre la incontinencia de urgencia urinaria de urgencia y la cesárea 34. En estudios posteriores se estableció una relación entre el movimiento de la uretra y el parto vaginal, observado en mujeres con disfunción del suelo pélvico, principalmente tras su primer parto vaginal 35. Además, Falkert et al., estableció que la ecografía 3D después del primer parto podría ayudar en la identificación de las mujeres con alto riesgo de trastornos del suelo pélvico 36, observando que aquellas mujeres con una área de hiato del MEA aumentado durante el valsalva presentaban IUE a los 2 años tras el parto 36. Sin embargo, en estudios posteriores no han logrado encontrar una correlación entre las medidas de ecográficas y síntomas de incontinencia urinaria 37. En nuestro trabajo tampoco hemos encontrado ninguna diferencias en el área de hiato del elevador del ano y las pacientes con o sin IUE. Estos resultados son acordes a los establecidos previamente por Oversand et al 37. Por otra parte, no encontramos relación entre las diferentes lesiones del MEA y la IUE aislada, como en el estudio de Falkert et al. 36.

El objetivo de nuestro de trabajo fue detectar la IUE aislada, por ello descartamos todos los pacientes con diagnóstico de prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de urgencias. Descartamos a las pacientes con prolapso de órganos pélvicos ya que en estudios previos se ha descrito una relación entre IUE y el cistouretrocele, sin que se relacionara con avulsión del MEA 38. De hecho, se ha establecido que el cistouretrocele relacionado a IUE está causado por la lesión del apoyo del soporte paravaginal, y el cistocele aislado a disfunción urinaria ocasionada por la avulsión del MEA 39. Sin embargo, el objetivo inicial de este trabajo era describir si existía asociación entre la IUE aislada y las lesiones del MEA, por ello, y para evitar factores de confusión, descartamos a la paciente con prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de esfuerzo.
No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medidas del hiato del elevador del ano entre las pacientes con y sin IUE asilada. No obstante, en estudios con mujeres embarazadas han observado que el aumento del área del hiato del elevador del ano y la disminución del espesor del MEA favorece los síntomas clínicos de la IUE 40. Además, Stachowicz et al. describió que existían diferencias del espesor del MEA entre las mujeres con y sin IUE 41. Sin embargo, nosotros no hemos encontrado diferencias en al área del MEA entre las pacientes con y sin IUE aislada.

Este estudio es el primero que describe la importancia que tiene las lesiones del MEA (microtrauma o macrotrauma) a los 36 meses en relación a la aparición de la IUE, llegando a dilucidar una cues-

tión planteada en estudios previos que cuestionaban si la avulsión o el microtauma influye en la aparición de IUE aislada postparto 35-37. Pese a esto, nuestro trabajo podría tener un aspecto criticable por el número de pacientes incluidos con IUE. Debido a esto, creemos en la necesidad de aumentar el número de pacientes con IUE para futuros estudios.

En conclusión, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en pacientes con y sin IUE aislada y la presencia o no de lesiones del MEA (microtrauma o macrotrauma) a los 36 meses después del parto.

Bibliografía:

- *Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:108-115.*
- *Anger JT, Saigal CS, Litwin MS. Urologic Diseases of America Project. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. J Urol 2006; 175: 601–604.*
- *Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol 2000; 53: 1150–1157.*
- *Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. Obstet Gynecol 1998; 92: 613–618.*
- *Dannecker C, Anthuber C. The effects of childbirth on the pelvic-floor. J PerinatMed 2000; 28: 175–184.*
- *Dietz HP, Simpson JM. Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse. BJOG. 2008; 115: 979–84.*
- *DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2003; 101: 46–53.*
- *Meyer S, Hohlfeld P, Achtari C, Russolo A, De Grandi P. Birth trauma: short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters. BJOG 2000; 107: 1360–1365.*
- *Peschers UM, Schaer GN, DeLancey JO, Schuessler B. Levator ani function before and after childbirth. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 1004–1008.*
- *Sze EH, Sherard GB, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 2002; 100: 981–986.*
- *Dolan LM, Hosker GL,Mallett VT, Allen RE, Smith AR. Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. BJOG 2003; 110: 1107–1114.*
- *Lee SJ, Park JW. Follow-up evaluation of the effect of vaginal delivery on the pelvic floor. Dis Colon Rectum 2000; 43:1550–1555.*
- *Shek K, Dietz HP. Intrapartum risk factors for levator trauma.. BJOG. 2010; 117: 1485–92.*
- *Dietz HP, Lanzarone V. Levator trauma after vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2005; 106: 707–12.*
- *García-Mejido JA, Gutierrez-Palomino L, Borrero C, Valdivieso P, Fernandez-Palacin A, Sainz-Bueno JA. Factors that influence the development of avulsion of the levator ani muscle in eutocic deliveries: 3-4D transperineal ultrasound study. J Materm Fetal Neonatal Med. 2015; 4:1-4.*
- *Bai SW, Choe BH, Kim JY, Park KH. Pelvic organ prolapse and connective tissue abnormalities in Korean women. Int J Surg. 2006; 4:242-50.*
- *Salter SA, Batra RS, Rohrer TE, Kohli N, Kimball AB. Striae and pelvic relaxation: two disorders of connective tissue with a strong association. J Invest Dermatol. 2006; 126: 1745-8.*
- *Albrich S.B, Laterza R.M, Skala C, Salvatore S, Koelbl H, Naumann G. Impact of mode of delivery on levator morphology: a prospective observational study with three-dimensional ultrasound early in the postpartum period. BJOG. 2012; 119(1):51-60.*
- *Falkert A, Endress E, Weigl M, Seelbach-Göbel B. Three-dimensional ultrasound of the pelvic floor 2 days after first delivery: influence of constitutional andobstetric factors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010;35(5):583-8.*
- *Shek K, Dietz H. The effect of childbirth on hiatal dimensions. Obstet Gynecol. 2009; 113: 1272–8.*
- *Steensma AB, Konstantinovic ML, Burger CW, de Ridder D, Timmerman D, Deprest J. Prevalence of major levator abnormalities in symptomatic patients with an underactive pelvic floor contraction. Int Urogynecol J. 2010;21(7):861-7.*
- *Unger CA, Weinstein MM, Pretorius DH. Pelvic floor imaging. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011; 38(1):23-43.*
- *Kruger JA, Heap SW, Murphy BA, Dietz HP. Pelvic floor function in nulliparous women using three-dimensional ultrasound and magnetic resonance imaging. Obstet Gynecol. 2008; 111: 631–8.*
- *Schwertner-Tiepelmann N, Thakar, Sultan AH, Tunn R. Obstetric levator ani muscle injuries: current status. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012; 39(4):372-83. doi: 10.1002/uog.11080.*
- *Dietz HP, Shek C, Clarke B. Biometry of the pubovisceral muscle and levator hiatus by three-dimensional pelvic floor ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005; 25: 580–85.*
- *Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Test-retest reliability of pelvic floor muscle contraction measured by 4D ultrasound. Neurourol Urodyn 2009; 28: 68–73.*
- *Dietz HP, Shek C. Validity and reproducibility of the digital detection of levator trauma. Int Urogynecol J Pelvic Floor. Dysfunct 2008; 19: 1097–1101.*
- *Guaderrama NM, Liu J, Nager CW, Pretorius DH, Sheean G, Kassab G, et al. Evidence for the innervation of pelvic floor muscles by the pudendal nerve. Obstet Gynecol. 2005; 106: 774–81.*
- *Braekken IH, Majida M, Ellstrom-Engh M,Dietz HP, Umek W, Bo K. Test–retest and intra-observer repeatability of two-, three- and four-dimensional perineal ultrasound of pelvic floor muscle anatomy and function. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008; 19:227–35.*
- *Yang JM, Yang SH, Huang WC. Biometry of the pubovisceral muscle and levator hiatus in nulliparous Chinese women. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006; 28:710–6.*
- *Dietz HP, Shek KL. Tomographic ultrasound imaging of the pelvic floor: which levels matter most?. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009; 33: 698-703.*
- *Timmermans L, De Mol J, Mélot C, Falez F. Correlation between ICIQ-UI-SF score and personality testing results over a urinary incontinent population. Prog Urol. 2016 Mar;26(4):230-6. doi: 10.1016/j.purol.2015.11.003. Epub 2015 Dec 31.*
- *Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neurourol Urodyn 2004;23 (4):322–30.*
- *Van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Bothersome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and effect of childbirth. BJU Int. 2006; 98: 89–95.*
- *Dickie KJ, Shek KL, Dietz HP. The relationship between urethral mobility and parity. BJOG. 2010;117(10):1220-4.*
- *Falkert A, Willmann A, Endress E, Meint P, Seelbach-Göbel B. Three-dimensional ultrasound of pelvic floor: is there a correlation with delivery mode and persisting pelvic floor disorders 18–24 months after first delivery?. Ultrasound Obstet Gynecol 2013; 41: 204–9.*
- *Oversand S, Kamisan Atan I, Shek KL, Dietz HP. The association of urinary and anal incontinence with measures of pelvic floor muscle contractility. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015; 19. doi: 10.1002/uog.14902.*
- *Santoro GA, Wieczorek AP, Dietz HP, Mellgren A, Sultan A, Shobeiri SA, et al. State of the art: an integrated approach to pelvic floor ultrasonography. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 381–96.*

- *Eisenberg VH, Chantarasorn V, Shek KL, Dietz HP. Does levator ani injury affect cystocele type?.Ultrasound Obstet Gynecol 2010; 36: 618–623.*
- *Wu QK, MAO XY, Luo LM, Ying T, Li Q, Teng YC. Characteristics of pelvic diaphragm hiatus in pregnant women with stress urinary incontinence detected by transperineal three-dimensional ultrasound. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2010;45(5):326-30.*
- *Stachowicz N, Stachowicz S, Smolen A, Morawska D, Kotarski J. Sonographic evaluation of the levator ani muscle in women with stress urinary incontinence. Ginekol Pol. 2012;83(9):669-73.*

Table 1. Características obstétricas e intraparto del grupo de estudio según el tipo de lesión del muscular del suelo pélvico.

	Media (± DT) o %			
	Sin lesión (n=52)	Avulsión (n=24)	Microtraumas (n=29)	P
Edad	29.29 (±5.17)	33.04 (±3.75)	29.14 (±5.46)	P=0.014
Edad gestacional	39.40 (±1.11)	38.33 (±1.20)	39.10 (±1.21)	NS
IMC	23.28 (±3.49)	24.10 (±3.10)	25.03 (±4.41)	NS
Epidural	94.23% (49/52)	91.67% (22/24)	82.76% (24/29)	NS
Tiempo de epidural (min)	368.82 (±165.19)	383.18 (±150.26)	364.25 (±209.13)	NS
Tiempo de 2° etapa del parto (min)	102.56 (±70.76)	120.42 (±107.95)	102.48 (±57.69)	NS
Episiotomía	67.31% (35/52)	91.67% (22/24)	51.72% (15/29)	P=0.007
Desgarro perineal	40.38% (21/52)	54.17% (13/24)	34.48% (10/29)	NS
Grado I	15.38% (8/52)	12.5% (3/24)	24.13% (7/29)	
Grado II	15.38% (8/52)	25% (6/24)	6.9% (2/29)	NS
Grado III	9.62% (5/52)	16.67% (4/24)	3.45% (1/29)	
Peso neonatal (kg)	3241.7 (±409.59)	3409.79 (±408.55)	3185.69 (±357.11)	NS

NS: No estadísticamente significativo.

Tabla 2. Tipo de lesión muscular según el tipo de parto, las medidas de hiato del elevador y la incontinencia urinaria de esfuerzo aislada.

		Media (± DT) o %		
	Sin lesion (n=52)	Avulsión (n=24)	Microtraumas (n=29)	P
Tipo de parto				
Eutócico	54.9%(28/51)	9.8%(5/51)	35.3%(18/51)	P=0.006
Vacuum	44.4%(24/54)	35.2%(19/54)	20.4%(11/54)	
DAP del hiato del MEA en reposo (mm)	64.56±7.41	68.28±7.83	61.79±6.50	P=0.007
DAP del hiato del MEA en valsalva (mm)	65.19±8.01	72.88±7.22	68.84±7.93	P=0.001
DAP del hiato del MEA en contracción (mm)	61.46±6.96	65.59±7.80	58.97±7.35	P=0.005
DT del hiato del MEA en reposo (mm)	38.74±5.23	51.23±10.62	37.27±4.67	P<0.0005
DT del hiato del MEA en valsalva (mm)	39.27±5.42	54.71±10.23	41.83±4.00	P<0.0005
DT del hiato del MEA en contraction (mm)	38.54±5.87	51.77±9.17	37.89±4.53	P<0.0005
Área del hiato del MEA en reposo (cm2)	17.16±2.91	20.29±4.41	15.60±2.69	P<0.0005
Área del hiato del MEA en valsalva (cm2)	17.72±3.65	23.79±4.41	20.40±3.63	P<0.0005
Área del hiato del MEA en contracción (cm2)	16.28±3.35	20.14±4.10	15.65±2.87	P<0.0005
Área del MEA (cm2)	12.68±3.06	13.30±2.90	12.44±2.78	NS
Incontinencia urinaria	19.2%(10/52)	13.8%(4/29)	25%(6/24)	NS
ICIQ-SF IU	12.7±2.21	12.5±4.23	13.25±4.86	NS

DAP: Diámetro Anteroposterior; TD: Diámetro Transverso; MEA: Músculo Elevador del Ano; NS: No estadísticamente significativo.

Tabla 3: Mediciones del hiato del músculo elevador del ano según la presencia o no de incontinencia urinaria de esfuerzo aislada.

	Media (± DT) o %		
	Sin IUE aislada (n:85)	Con IUE aislada (n:20)	P
Tipo de parto			
Eutócico	88.2%(45/51)	11.8%(6/51)	NS
Vacuum	74.1%(40/54)	25.9%(14/54)	
DAP del hiato del MEA en reposo (mm)	64.2±7.36	66.6±8.3	NS
DAP del hiato del MEA en valsalva (mm)	67.5±8.2	69.8±8.9	NS
DAP del hiato del MEA en contracción (mm)	61.7±7.4	61.9±8.5	NS
DT del hiato del MEA en reposo (mm)	41.7±8.5	39.2±9.1	NS
DT del hiato del MEA en valsalva (mm)	44.0±8.9	41.3 ±8.9	NS
DT del hiato del MEA en contraction (mm)	41.9±8.6	38.9 ±8.3	NS
Área del hiato del MEA en reposo (cm2)	17.5±3.7	17.3±3.4	NS
Área del hiato del MEA en valsalva (cm2)	19.9±4.5	19.8±4.5	NS
Área del hiato del MEA en contracción (cm2)	17.1±3.7	16.4±4.1	NS
Área del MEA (cm2)	12.5±3.0	13.7±2.5	NS

DAP: Diámetro Anteroposterior; TD: Diámetro Transverso; MEA: Músculo Elevador del Ano; NS: No estadísticamente significativo.

Imagen 1. Se representa las mediciones obtenidas en el plano de mínimas dimensiones. A. Muestra el diámetro anteroposterior del hiato del área del elevador (1), definida como la distancia entre la región posterior de la sínfisis del pubis y la región anterior del músculo elevador del ano, y diámetro transverso del hiato del área del elevador (2) que es la distancia comprendida entre los bordes más internos del músculo elevador del ano a nivel de su inserción pubiana. B. Medición el área del hiato del elevador (3), definido como el área que limita en su parte anterior con la región posterior de las ramas inferiores de los huesos púbicos, y sus límites laterales y posterior son el borde interno que describe el músculo elevador del ano. C. Área del músculo elevador del ano (4) a nivel del plano de mínimas dimensiones.

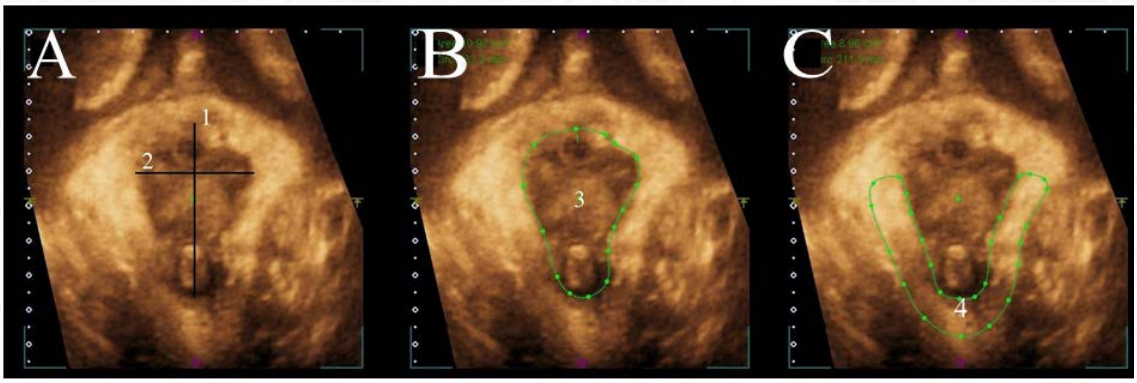
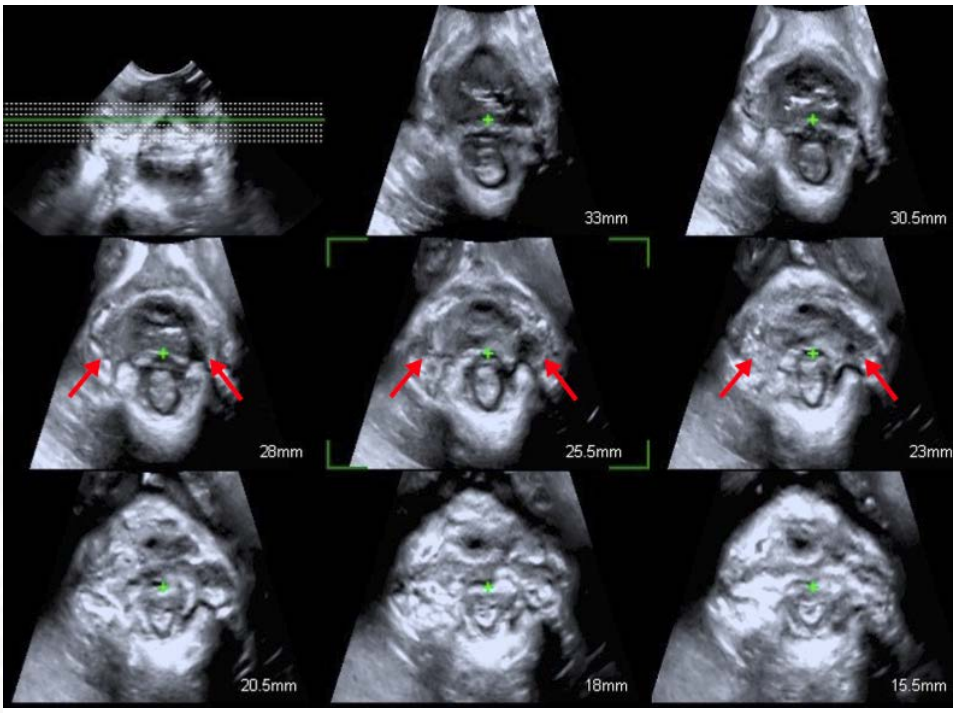


Imagen 2. Se muestra la avulsión bilateral, mostrándose un defecto en la inserción del músculo a nivel pubiano en tres planos centrales (marcado con las flechas).


33mm
30.5mm
28mm
25.5mm
23mm
20.5mm
18mm
15.5mm

Accésit Premio de Investigación SAGO:

217/53. ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA REDUCIR LOS COSTES ASOCIADOS A LA INDUCCIÓN DEL PARTO EN FETOS CIR? UN ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD

Autores:
(1) Duro Gómez, J.; (2) Rodríguez Marín, A.; (2) Zapata Muñoz, M.; (2) Espinar Barbero, E.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Montilla.córdoba; (2) Médico Interno Residente Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Introducción

La inducción del parto es una práctica común en la obstetricia actual. La rotura prematura de membranas, la gestación prolongada, el oligohidramnios, la patología materna o el retraso del crecimiento intrauterino (CIR) se incluyen entre las indicaciones más comunes. Existen diferentes métodos para dicha práctica. Entre ellos, los farmacológicos como las prostaglandinas (dinoprostona, misoprostol) o los métodos mecánicos como el balón intrracervical de Cook o la sonda de Foley. Entre las ventajas de las prostaglandinas se incluyen una mejor duración comparada con los métodos mecánicos, pero con una frecuencia mayor de taquisistolia y efectos secundarios. Por otra parte, los métodos mecánicos tienen bajo riesgo de hiperestimulación con similar riesgo de cesárea1, 2. En general, la inducción se ha asociado tradicionalmente a una mayor estancia hospitalaria, mayor necesidad de medicación y de complicaciones postparto3, 4. Por estos motivos, es razonable un incremento de los costes hospitalarios con la inducción del parto.

Existen pocos estudios que describan los costes asociados a la inducción según el método empleado. Dada la frecuencia de la técnica en cuestión, hemos creído oportuno este estudio de costo-efectividad. Sus resultados, pensamos pueden acarrear una repercusión importante dentro de la práctica obstétrica con numerosas implicaciones socioeconómicas.

Obejtivos

Establecer el coste asociado a la inducción del parto en fetos CIR según el método empleado.

Metodología

indicación de inducción del parto por CIR tipo 1 (Peso fetal estimado <p3 y Doppler normal) entre enero de 2014 y mayo de 2016. 24 de ellas se indujeron con misoprostol, 24 con dinoprostona y 77 con doble balón intracervical de Cook. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: gestantes nulíparas con indicación de inducción del parto por encima de las 37 semanas de gestación con presentación cefálica. Son criterios de exclusión un Bishop>6, la gestación múltiple, presentación no cefálica, líquido amniótico disminuido, rotura prematura de membranas, antecedentes de cesárea o cirugía mayor uterina, sangrado vaginal activo, signos de infección materno-fetal, patología materna y la ausencia de bienestar fetal.

Se requiere el consentimiento informado previo a la inducción. Tras realizar registro cardiotográfico (RCTG) de unos 20-30 minutos se aplicaba el método de inducción. En el grupo del misoprostol (GM) se administró un comprimido de 25mcg cada 4 horas hasta un máximo de 4. En el grupo de la dinoprostona (GD) se introducía un dispositivo de liberación vaginal de 10mg cada 24 horas. Por último en el grupo del doble balón intracervical (GB), este se introducía mediante tacto bimanual quedando uno de los balones entre presentación fetal y cérvix y otro en vagina, con 50ml cada uno de suero fisiológico. Tras la aplicació,n se mantenía el RCTG durante 30 minutos, repitiéndose el mismo cada 4 horas en el caso del GM y cada 6 en el GD y BG. Siguiendo los protocolos del Centro, a las 24 horas de comenzar la inducción y, en caso de no comenzar la fase activa del parto (3-4cm de dilatación y dinámica uterina regular), se procedía a la amniorrexis artificial y administración de oxitocina.

Para el cálculo del coste de la inducción, se consideraron las siguientes variables: método de inducción empleado, medicación intraparto, analgesia epidural, tipo de parto, complicaciones mayores (desgarro III o IV grado, histerectomía postparto) e ingreso materno y neonatal. De acuerdo a los protocolos y, en ausencia de contraindicación, las puerperas por parto vaginal eran dadas de alta entre las primeras 24-48 horas y en caso de cesárea a las 72 horas. Los costes se expresaron en euros.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Centro.

Los datos fueron recogidos en una base de datos informatizada. Para el cálculo muestral se empleó la calculadora Granmo (Version 7.12 abril 2012). De acuerdo a estudios previos y, aceptando un error alfa de 0.05 y un error beta de 0.2, en un contraste bilateral eran necesarios al menos 95 sujetos para encontrar una diferencia estadísticamente significativa igual o mayor a 300 euros. Se realizó el test de ANOVA para las variables cuantitativas y Chi-cuadrado o Fisher para las cualitativas. Se consideró un valor de $p<0.05$ como estadísticamente significativas.

Resultados

No existieron diferencias entre los tres grupos en cuanto a la edad materna, la edad gestacional, la paridad previa o el Bishop. Las características demográficas y los resultados perinatales se exponen en la Tabla 1.

Atendiendo a los costes del método de inducción, el misoprostol 25mg fue el método más económico (8.60 ± 1.38 euros) comparado con la dinoprostona 10mg o el balón intracervical de Cook (37.91 ± 0 euros y 54.45 ± 0 euros respectivamente $p<0.01$). Los costes relacionados con la estancia hospitalaria fueron superiores en el GB (432.23 ±133.68 euros) que en el GD (368.17 ± 123.49 euros) o en el GM (389.33 ± 102.48 euros) ($p=0.03$). También el coste del ingreso neonatal fue superior en el GB (276.94±410.35 euros) y en el GD (228.78±393.74 euros) comparado con el GM (73.08±247.60 euros) ($p=0.02$). El empleo de analgesia epidural y costes relacionados fue superior en el GM (170.58 ± 36.33 euros) que en el GD (154.78 ± 61.29 euros) o en el GB (124.13 ± 82.31 euros) ($p=0.01$). No existieron diferencias en cuanto a los costes asociados al parto o medicación empleada. El coste total en el GM (2531.17 ± 453.13 euros) fue inferior que en el GD o en el GB (2869.68±823.07 y 3022.06±844.94 euros respectivamente). Tabla 3.

Tablas (se anexan en la presentación):

Tabla 1. Características demográficas y resultados perinatales (n=150) a.

Tabla 2. Coste de medicación, procedimientos médicos y resultados perinatales.

Tabla 3. Coste total de la inducción del parto según el método empleado (euros) a

Discusión y Conclusiones

La evaluación económica de la inducción del parto depende de un gran número de variables donde se incluyen, principalmente, el tipo de parto y la estancia materno-neonatal. Sin embargo, en menor medida también influirá el método empleado, el empleo de anestesia epidural y la medicación empleada. Para conocer los costes de cada una de estas variables, se consultaron los costes asociados a los Servicios de Salud Pública proporcionados por los centros Sistema Andaluz de Salud adaptados a nuestro Centro5.

Son pocos los estudios sobre el costo de la inducción del parto. Allen y cols., por ejemplo, sugieren que el coste de la inducción del parto se incrementa comparado con el inicio espontáneo del parto (1715 vs 1474 dollars $p< 0.001$)6. Como señalamos con anterioridad, uno de los costes más importantes depende del tipo de parto7. Finalizar el parto por cesárea tras una inducción del parto, como es de esperar incrementa el gasto comparado con un parto vaginal. Más aún, cuando este parto se acompaña de complicaciones postquirúrgicas o infecciones8, 9. Existen otros factores que también deben de considerarse. Por ejemplo, la raza materna (africana, americana), la comorbilidad materna asociada donde se incluye la diabetes, la hipertensión o la infección, puede aumentar los gastos considerablemente6. En nuestro trabajo y, con el fin de unificar criterios y aportar mayor validez interna, se excluyeron las gestaciones con comorbilidad asociada.

La estancia hospitalaria materna es otra variable de interés. El tiempo a la fase activa del parto, el tipo de parto o las complicaciones asociadas pueden alargar esta estancia. Nadia y cols10., comparó el misoprostol con la dinoprostona en fetos a término. En contraste con nuestro estudio, la mujer del GM requiso menos tiempo hasta el parto. En este trabajo, el uso del misoprostol en lugar de dinoprostona, podría reducir el coste en 242500 dólares anuales. Según nuestros resultados, empleando misoprostol y con una media de 60 fetos CIR al año, podría reducir 25263 euros anuales comparado con el balón de Cook y 16953 comparado con la dinoprostona. Esto podría deberse a un mayor porcentaje de parto vaginal en el GM. En otro trabajo, Van Baaren y cols.11, también encontraron un incremento de los costes usando la sonda de Foley comparado con las prostaglandinas. Esto se debió, probablemente al mayor tiempo al parto que se dio con la sonda de Foley.

Se podría pensar en una reducción de los costes asociados a la estancia, con el empleo de los métodos mecánicos de forma ambulatoria. Austin y cols., comparan los costes de la inducción con gel de prostaglandinas frente a la sonda de Foley12. Los costes de la estancia se redujeron en el grupo del método mecánico. Sin embargo, en este grupo se requiso más horas hasta el parto. En definitiva y, teniendo en cuenta todas las variables, ambos métodos derivaron en los mimos gastos.

Una tercera variable es el ingreso y estancia neonatal. Teniendo en cuenta que se trata de fetos CIR, se espera una tasa mayor de ingreso y mayor periodo de estancia neonatal13. De acuerdo a otros estudios, en nuestra muestra no existen diferencias en cuanto a los resultados perinatales entre los distintos grupos10. En el GM, aunque sin diferencias significativas, se observó mayor estancia neonatal. En el estudio de Van Baaren, sin embargo, el grupo del la sonda tuvo menor ingreso neonatal, asfixia y hemorragia postparto, algo que no es consistente con nuestros estudios11.

En menor medida, también debe de considerarse el precio de las prostaglandinas o del balón de Cook. En nuestro Centro, el misoprostol es más económico que el balón. En cualquier caso, una alternativa para disminuir el coste se podría ser asociar la amniotomía al método en cuestión14. En este sentido, estamos a favor de realizarla una vez que el método se ha extraído, en post de no aumentar la tasa de infecciones materno-fetales durante el periodo de maduración cervical, asociadas principalmente a métodos mecánicos15.

Como podemos observar, el coste asociado a la anestesia epidural fue mayor en el GM. Esto se puede justificar por distintos motivos como la técnica empleada, la dosis requerida o el personal empleado. En nuestro estudio, un anestesista era responsable de su aplicación empleando una técnica y fármacos estándares. En concordancia, el coste fue mayor en el GM debido a un mayor número de mujeres que la requirieron.

En nuestra opinión, es importante a la hora de analizar los datos, conocer a que población hacen referencia. Nuestro estudio, es una muestra de fetos CIR, en un hospital de tercer nivel con una tasa de cesáreas del 20%. Estos fetos son más vulnerables a tener RCTG no tranquilizadores en la inducción del parto. Aunque utilizamos protocolos similares a otros centros de nuestra área, los datos pueden presentar variaciones dependiendo de la región, del tipo de hospital, de la experiencia obstétrica, del porcentaje de cesáreas, de la paridad, la raza predominante…Por ejemplo, un mayor numero de mujeres primíparas con cesárea tras parto iniciado o tras inducción, puede hacer incrementar el coste comparado con la cesárea programada16, 17. En consecuencia, el costo-efectividad debe evaluarse dentro del contexto de una población determinada.

Este trabajo presenta algunas limitaciones. Entre ellas, el tratarse de una muestra muy seleccionada donde se excluyeron gestantes con cesárea anterior. Además, aunque los grupos son homogéneos, existe un número mayor de pacientes en el GB. Además, para futuros trabajos, pensamos que también deberían de considerarse los costes relacionados con las implicaciones psicosociales, las consultas en urgencias por las pacientes, los reingresos o el empleo de medicación extra.

Los resultados nos permiten estimar el coste de la inducción en fetos CIR. De acuerdo a las distintas variables que pueden influir, podemos concluir que la inducción de fetos CIR con misoprostol 25mg es menos costosa que con el balón intracervical de Cook o la dinoprostona 10mg.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- *1. Heimstad R, Romundstad PR, Hyett J, et al. Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86:950.*
- *2. Jozwiak M1, Bloemenkamp KW, Kelly AJ, Mol BW, Irion O, Boulvain M. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14; 3.*
- *3. Parkes I, Kabiri D, Hants Y, Ezra Y. The indication for induction of labor impacts the risk of cesarean delivery. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014 Dec 23:1-5.*
- *4. National Collaborating Centre for Women'sand Children's Health) Induction of labour, 2008. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.Public Health Services provided by Centers of Andalusia Public Health System. Orden 18 November 2015. BOJA 228.*
- *5. Allen VM, O´Connell CM, Farrell SA, Baskett TF. Economic implications of method of delivery. Am J Obstet Gynecol 2005;193(1):192-7*
- *6. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. Am J Perinatol 2010 Oct; 27(9): 675-83.*
- *7. Bost BW. Cesarean delivery on demand: what will it cost? Am J Obstet Gynecol 2003; 188 (6); 1418-23.*
- *8. Declercq E, Barger M, Cabral HJ, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, et al. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean birts compare with planned vaginal births. Obstet Gynecol 2007; 109(3).669-77.*
- *9. Kazandjian A, Chaulk CP, ogunbo S, Wicker K. Does a cesarean section delivery always cost more than a vaginal delivery? J Eval Clin Pract 2007 Feb; 13(1): 16-20*

- *10. Nadia et al. A comparison of obstetrical outcomes and costs between misoprostol and dinoprostone for induction of labor. J Matern Fetal Neonatal Med 2016 Feb 26: 1.5*
- *11. Van Baaren et al. Cost-effectiveness of induction of labour at term with a Foley catheter compared to vaginal prostaglandin E2 gel. (PROOBAT trial)BJOG 2013; 120: 987-995.*
- *12. Austin K et al. Cost-effectiveness of term induction of labour using inpatient prostaglandin gel versus outpatient Foley catheter. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2015 Oct; 55 (5). 440-5*
- *13. R. García-Simon et al. Economic implications of labor induction. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 133 (2016) 112-115*
- *14. Beckmmann M, Merollini K, Kumar S, Flenady V. Induction of lbor using prostaglandin vaginal gel: cost analysis comparing early amniotomy with repeat prostaglandin gel. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 Apr; 199:96-101.*
- *15. Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, Keeton KL. Methods of induction of labour: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2011 Oct 27;11:84*
- *16. Allen VM, Baskett TF, O´Connell CM. Type of Labour in the First Pregnancy and cumulative maternal morbidity. J Obstet Gynaecol Can 2015 Aug; 37 (8): 688-95*
- *17. Allen VM, O´Connell CM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery with labor compared with induction of labor at term. Obstet Gynecol 2006 Aug; 108 (2): 286-94.*

Tablas inducción

Tabla 1. Características demográficas y resultados perinatales (n=150)[a].

	Dinoprostona 10 mg (N=24)	Misoprostol 25 mcg (N=24)	Balón intracervical de Cook (N=77)	P
Edad maternal (años)	29.33±6.19	28.87±6.17	29.54±6.01	0.89
Edad gestacional (semanas)	38.25±1.39	39.04±1.39	38.01±1.45	<0.01
Paridad previa	0.50±0.72	0.50±0.72	0.47±0.59	0.98
Bishop	2.50±1.44	2.20±1.06	2.54±1.23	0.51
Tiempo al parto (horas)	19.60±7.39)	23.33±11.19	25.05±9.00	0.04
Parto <24horas	8 (75%)	10 (42.66%)	19 (38.66%)	<0.01
Ingreso materno (días)	2.52±0.84	2.66±0.70	2.96±0.91	0.03
Aenstesia epidural	20 (83.33%)	23 (95.83%)	60 (77.92%)	0.13
Oxitocina	12 (50%)	18 (75%)	47 (61.03%)	0.26
Taquisistolia	4 (16.66%)	6 (25%)	8 (10.39%)	0.19
RCTG no tranquilizador	6 (25%)	1 (4.17%)	6 (7.79%)	0.02
Meconio	3 (12.5%)	0 (0%)	3 (3.9%)	0.10
Parto vaginal	17 (70.83%)	20 (83.33%)	55 (71.42%)	0.55
Parto instrumental	3 (12.5%)	3 (12.5%)	7 (9.09%)	0.82
Cesárea	4 (16.66 %)	1 (4.17%)	15 (19.48%)	0.06
PH postparto	7.26 ±0.09	7.27±0.10	7.28±0.06	0.45
APGAR 5´	9.87±0.33	9.91±0.40	9.89±0.41	0.55
Peso neonatal (g)	2362.29±303.83	2538.75±311.87	2308.33±336.00	0.01
Ingreso neonatal	6 (25%)	2 (8.33%)	24 (31.16%)	0.02

a: los valores se expresan en medias +/- DS

Tabla 2. Coste de medicación, procedimientos medicos y resultados perinatales 13.

	Estimated total cost (euros)
Dispositivo intravaginal de dinoprostone 10 mg	37.91
Comprimido de misoprostol 25mg	3.00
Balón intracervical de Cook	54.45
Dosis de antibiótico periparto [a]	0.91±0.01
Oxitocina	0.36±0.01
Anestesia epidural [b]	178
Parto vaginal sin complicacionesc	1178.97±80.54
Parto vaginal con compliciones médicasc	2160.33±129.27
Parto instrumental[d]	2158.87±208.9
Cesárea sin complicaciones[e]	3293.78±124.32
Cesárea con complicaciones	4064.22±311.24
Estancia materna (por día) [f]	146
Estancia neonatal (mean) [g]	876.99654.04±

a: Ampicilina 2g y gentamicina 80mg

b: Drogas (bupivacaina 0.75%, fentanilo 5 µg/Kg) e instrumental.

c: Desgarro III y IV grado, atonía uterina que requiere transfusión y uterotónicos.

d: Medicas (atonía uterina que requiere transfusión y uterotónicos) o complicaciones quirúrgicas.

e: Matrona, obstetra, residente obstetricia, instrumental (fórceps Kielland, ventosa, espátulas de Thierry).

f: Obstetra, residente en obstetrician, matrona, drogas (suero salino, oxitocina, analgesia o antibiótico) e instumentos (cateter epidural)

g: Pediatra, residente en pediatría, enfermera, drogas (suero salino, drogas vasoactivas, prostaglandinas, surfactante o antibiótico) e instrumental.

Tabla 3. Coste total de la inducción del parto según el método empleado (euros) a

N	Dinoprostona 10 mg 24	Misoprostol 25 mg 24	Balón intracervial de Cook 77	p
Coste del método	37.91±0	8.60±1.38	54.45±0	<0.01
Costes del parto vaginalb	21061.63	23579.4	64843.35	
Costes del parto instumental	6476.91	6476.91	15112.79	
Costes de cesárea	13175.12	3293.78	49406.7	
Coste total del parto	39694.52	28066.91	129362.84	
Coste de analgesia epidural	154. 78±61.29	170.58±36.33	124.13±82.31	0.01
Medicaciónc	0.18±0.18	0.27±0.15	0.21±0.17	0.23
Estancia materna	368.17±123.49	389.33±102.48	432.23±133.68	0.03
Estancia neonatal	228.78±393.74	73.08±247.60	276.94±410.35	0.02
Coste total	2869.68±823.07	2531.17±453.13	3022.06±844.94	0.03

a: Valores dados en medias +/- DS

b: n * coste del parto (euros)

c: antibióticos periparto (ampicilina 2g y gentamicina 80mg) y oxytocin (10 UI/1ml)

217/270. SEXUALIDAD EN LA PACIENTE POSTMENOPÁUSICA CON HORMONOTERAPIA

Autores:
(1) Lubián López, D.; (2) Castillo Lara, M.; (3) Pozuelo Solís, E.; (4) Butrón Hinojo, C.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Especialista En Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Universitario Puerto Real . Cádiz.; (2) Mir 3° Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.; (3) Mir 4° Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.; (4) Médico. Departamento Materno-infantil Y Radiología. Uca.cádiz.

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados el 75% de los cánceres de mama (CM) ocurren en mujeres postmenopáusicas, siendo el 80% receptores estrogénicos positivo (RE+)[1]. En mujeres con CM-RE(+), la administración de tamoxifeno (TMX) durante 5 años reduce la recurrencia en un 41% y la mortalidad en un 34% respecto al placebo[2].Las GPC recomiendan en estas pacientes con estadios tempranos el uso de Inhibidores de la Aromatasa (IA) de tercera generación pues han demostrado mejores resultados en cuanto a la supervivencia que el TMX[3]. Sin embargo, el uso de cualquiera de los dos se asocia con efectos adversos sobre la calidad de vida (CV).

La disfunción sexual femenina (DSF) es un fenómeno altamente complejo compuesto por una variedad de dominios. El propio diagnóstico del CM, aspectos de la personalidad y de las relaciones personales y sexuales previas influyen en la función sexual (FS) de la paciente con CM[4,5] así como el tipo de cirugía y tratamiento adyuvante (QT)[5-11].

El impacto de la hormoterapia en la FS se ha estudiado incluso menos. Las mujeres con TMX han comunicado una disminución del interés sexual respecto a los controles[10,12-15], aunque otros estudios no lo han confirmado[5,6,17]. Hasta ahora, la FS en pacientes con IA solo ha sido estudiada con cuestionarios endocrinos o de CV genéricos, pero no mediante cuestionarios específicos de FS. Los resultados obtenidos, con estas limitaciones, indican que las mujeres con IA relatan un descenso del interés sexual en comparación con las usuarias de TMX[12,18-20], y que el tratamiento con IA tiene efectos negativos en la función sexual general[4,15,19]. Sin embargo, hay falta de estudios centrados en aspectos más específicos de la FS, y realizados con cuestionarios específicos para evaluar dicha función sexual, en las pacientes tratadas con IA.

Por otro lado, los síntomas de la atrofia vaginal (sequedad vaginal y dispareunia) han demostrado que se correlaciona con la disfunción sexual[12,13,16,21]. Estos síntomas están fuertemente asociados con el bajo nivel de estrógenos endógenos (comunes en las mujeres postmenopausicas sanas)[22], pero aún más frecuentes como efecto adverso de la HT adyuvante del CM[12,23-29]. Ya que el objetivo del tratamiento con IA es eliminar los niveles de estrógenos circulantes, existe consenso de que los estrógenos vaginales se deben evitar en mujeres bajo IA[30-34].

El impacto de cualquier tratamiento es importante en unas pacientes que sobrevivirán más tiempo a su cáncer. Así, sólo cinco estudios han evaluado la FS en mujeres con IA, y ninguno mediante un cuestionario específico de salud sexual y la prevalencia de DSF se compararon con controles sin cáncer de mama, lo cual creemos no nos informa si se debe al uso en sí de IA o a tener un CM.

OBJETIVOS

Investigar si las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama (CM) bajo tratamiento adyuvante con inhibidores de la Aromatasa (IA) presentan una mayor prevalencia de disfunción sexual femenina (DSF) que aquellas que no lo usan. Secundariamente, conocer la calidad de vida y el nivel de ansiedad entre las supervivientes postmenopáusicas con CM, según sean usuarias o no de IA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión

Estudio transversal prospectivo con 168 mujeres tratadas de CM. Criterios de inclusión: Postmenopáusicas con CM, entre 50-70 años, CM-RE(+) en tratamiento con IA (Grupo estudio) (al menos 12 meses) o sin tratamiento adyuvante en esos momentos (RE (-), exusuarias de más de 5 años de HT, no necesidad actual del mismo).(Grupo control) y afirmaban entender el objeto del estudio y firmaban el CI para participar. Se realizó según las directrices de la Declaración de Helsinki y la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud sobre la investigación que afecta a seres humanos.

Métodos

Se realizó en todas las pacientes una historia ginecológica detallada.

La CV se analizó mediante el cuestionario EORTC QLQ BR-23, un subapartado específico del cuestionario EORTC QLQ C-30, que mide aspectos más específicos del CM. Este test consta de 23 ítems.. Las preguntas del cuestionario se refieren a la semana previa. Se pueden dividir en dos áreas: 1) Área de funcionamiento; donde se valoran escalas de imagen corporal (ítems 9, 10, 11 y 12), funcionamiento sexual (ítems 14 y 15), disfrute sexual (ítem 16) y preocupación por el futuro, y 2) Área de síntomas, donde se valoran escalas de efectos del tratamiento sistémico (ítems 1, 2, 3 y 4), síntomas de la mama (ítems 20, 21, 22 y 23), síntomas del brazo (ítems 17, 18 y 19) y preocupación por la caída del pelo.

Por otra parte, el Índice de Función Sexual Femenina se evalúa con el cuestionario FSFI Este test abarca seis dominios que son: deseo (ítems 1 y 2), excitación (ítems 3, 4, 5 y 6), lubricación (ítems 7, 8, 9 y 10), orgasmo (ítems 11, 12, 13 y 14), satisfacción (ítems 15, 16 y 17) y dolor (ítems 18, 19 y 20). Un valor de $\leq$ 26,55 indica disfunción sexual 35. El FSFI ha sido validado para mujeres con cáncer 36.

Y se ha usado el cuestionario STAI para valorar el nivel de ansiedad, con 20 cuestiones cada una: 1) Ansiedad Estado (estado emocional transitorio), y 2) Ansiedad Rasgo (propensión ansiosa, relativamente estable). Ansiedad baja (< 30 puntos), media (30-44 puntos) y alta (> 44 puntos).

Análisis estadístico

Los datos se recogieron y se analizaron con el programa SPSS 23.0. Fueron analizadas las prevalencias de DSF, de alteración de la CV, la ansiedad estado y rasgo según uso de IA o no.

Se calcularon frecuencias, medias y desviaciones estándar. La Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher para comparar frecuencias y t-Student para comparaciones de medias. La significación estadística se estableció en una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Han participado 168 mujeres, 144 (85,7%) estaban con IA y 24 (14,3%), estaban sin él. (Tabla1). La edad fue de 52.33 años (sin IA) y 56.94 (con IA).(Tabla2). En esta tabla también se observan una serie de variables clínicas y demográficas de las pacientes.

La supervivencia media de estas mujeres desde la cirugía hasta la encuesta fue de 48,01 meses. (Tabla3). No se encontró diferencias en relación al tipo de cirugía realizada entre ambos grupos (Tabla4). Cerca de la mitad (80/168=47,6%) no eran sexualmente activas en el momento de la encuesta, fundamentalmente las del grupo bajo tratamiento con IA (50% vs 33,3%; p=0,124). (Tabla 5).

Calidad de vida: EORTC QLQ BR-23.

En general, las mujeres bajo IA tuvieron una peor CV. Los datos de este cuestionario se recogen en la Tabla 6. La puntuación total

en las pacientes con tratamiento adyuvante con IA es 37,67±7,38 frente a las que no lo recibían 39,00±1,44; p=0.053, en el límite de la significación estadística.

Las pacientes en tratamiento con IA tienen, significativamente, respecto a aquellas sin tratamiento: Peor imagen corporal (5,67±3,27 vs 9,00±2,50; p=0.000; peor función sexual- de entre las pacientes con actividad sexual (72 vs 16)- (3,39±1,53 vs 4,00±0.1; p=0.000; menor disfrute sexual (2,11±1,05 vs 3,00±0,83; p=0.000); más preocupación por el futuro (2,39±1,21 vs 1,67±0,48; p=0.005); mayor preocupación por la caída del pelo (1,61±1,11 vs 1,00±0,00; p=0.008) y mayor afectación a nivel mamario (6,67±3,61 vs 5,33±1,27; p=0.001). También, pero de manera no significativa, tienen mayores efectos del tratamiento sistémico (13,67±4,695 vs 12,00±3,00; p=0.095) y más síntomas en el brazo (4,28±1,86 vs 4,00±0,83; (p=0,235).

Función sexual femenina: FSFI

Solo 88/168 eran sexualmente activas, de las cuales 72 (81,8%) estaban con IA y 16 (18,2%) no (Tabla 7)

En general, las pacientes con IA presentan significativamente (p=0,000) una peor función sexual (23,40±5,26 vs 30,16±2,24). Como media las usuarias de IA están dentro de lo que se considera disfunción sexual (<26,55).

Las pacientes con IA, respecto a las que no, presentaron de manera significativa: Un menor deseo sexual (2,1±0,92 vs 4,17±0,83; p=0,000); menor nivel de excitación (3,90±1,23 vs 4,76±0,67; p=0,015); menos lubricación a la hora de las relaciones sexuales (4,20±0,61 vs 5,51±0,53;p=0,000), más dolor a la penetración (4,88±0,49 vs 3,60±1,23; p=0,001), y menos satisfacción en sus relaciones sexuales (5,40±0,61 vs 5,91±0,25; p=0,005).

Aunque sin significación estadística (p=0,094), las mujeres sin IA llegan con mayor facilidad al orgasmo que aquellas que lo toman (4,75±1,27 vs 4,20±0,61).

Ansiedad: Cuestionario STAI

Los resultados están recogidos en la Tabla 8.

Las pacientes bajo IA mostraron una puntuación significativamente más alta en el área de ansiedad estado (25,83±4,9 vs 19,00±7,12; p=0,000). No existieron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la ansiedad rasgo (29,33±12,40 NoIA vs 27,78±7,45 en IA; p=0,42).

DISCUSIÓN

A pesar de que la mayoría de los pacientes con CM que tienen pareja "son sexualmente activas en el año previo al tratamiento quirúrgico"37,38, a los 48,6 meses de seguimiento medio, la mitad (47,6%) de nuestras pacientes eran sexualmente inactivas.

Un comité de especialistas multidisciplinares comunicaron en 2010 que: "El cáncer y su tratamiento tiene un impacto significativo sobre la función y la satisfacción sexual de la paciente", que puede ser mejorado por la "comprensión de la actividad sexual prediagnóstica, la realización de tratamientos menos agresivos, y el uso de tratamiento farmacológico y psicológico adecuado"39. Ello es importante, pues, aunque no lo hayamos preguntado en nuestro estudio, la elevada prevalencia hallada probablemente podría disminuir si se les invita a nuestras pacientes a consultar sobre los motivos por lo que no mantienen una vida sexual activa.

Nuestras usuarias de IA son mayores que las no usuarias, datos que concuerdan con los encontrados en el artículo de Ates O. et al40. Hemos encontrado una peor CV entre las usuarias de IA. En el muy reciente (2016) estudio llevado a cabo por De Morais et al41 demuestran, como nosotros, una baja puntuación en el deseo, frecuencia y satisfacción sexual, pero, al contrario, una mejor imagen corporal en aquellas pacientes con IA.

En cuanto la mayor ansiedad estado entre nuestras pacientes bajo IA, no ha sido estudiada anteriormente; pero en el global de las pacientes con CM, nuestros datos coinciden con un estudio llevado a cabo en China42.

No hemos encontrado ningún estudio que analice diferencias entre ambas poblaciones (con y sin tratamiento con IA), aunque si existen estudios que observan una alta prevalencia entre usuarias de hormonoterapia (IA o TMX) de dichas DSF. Shover et al43, en 2014, comparando entre continuadoras de IA vs no continuadoras, encuentran puntuaciones más bajas (aunque no alcanzaron la significación estadística) del total y de todos los dominios del FSFI, salvo igual proporción de dolor en ambos grupos. Entre todas las usuarias de AI, encuentran un 93% en el rango disfuncional en el FSFI, y el 75% estaban angustiadas por este problema. Al igual que en nuestra muestra, sólo la mitad de las mujeres eran sexualmente activas, y casi el 80% de ese subgrupo experimentó nuevos problemas sexuales después de comenzar con los IA. Un 13% de las mujeres con problemas sexuales cambió su tipo de terapia endocrina adyuvante y el 6% añadió terapia con estrógenos vaginales, a pesar del riesgo potencial para el CM. Ellos concluyen que, en usuarias de IA (entre los 18-24 meses) la prevalencia de DSF sexual era muy grave.

El hecho de tener cáncer, aún sin sequedad vaginal, también se asocia a problemas en las relaciones sexuales como disminución del deseo sexual, la excitación, el orgasmo y la intensidad 44,45, lo que nosotros confirmamos en nuestro estudio.

El estudio realizado por Baumgart et al 46, encontraron resultados similares a los hallados por nosotros: El 42,4% de los pacientes con CM tratados con IA no estaban satisfechas con su vida sexual en general, y el 50% informó de bajo interés sexual (este fue significativamente más frecuente que en los pacientes tratados con TMX y los controles (p <0,05)). Las pacientes tratadas con IA informaron lubricación insuficiente en el 73,9% y dispareunia en el 56,5% de los casos, que fueron significativamente más frecuentes que en los controles, con independencia del uso hormonal (p <0,05). Las tratadas con TMX se quejaron de mayor dispareunia (31,3%; p <0,05), pero se parecían a los controles en todas las otras preocupaciones. Ellos concluyen que la DSF en las mujeres con IA es un problema subestimado en gran medida.

Se están llevando a cabo diferentes ensayos clínicos sobre la eficacia tanto de tratamiento hormonales, como no hormonales, locales y sistémicos, así como con psicoterapias sexuales para mejorar la sexualidad en estas pacientes con IA 47-51

Dahir et al52, en 2014, concluyen que el uso de una crema vaginal de testosterona mejora la calidad de la vida sexual de las mujeres con CM tratadas con IA medida mediante FSFI (mejoría del deseo, excitación), la lubricación, el orgasmo, la satisfacción, el dolor, y el total (p = 0,000).

Añadir intervenciones psicoterapéuticas a tratamientos hormonales y no hormonales puede mejorar en estas pacientes la excitación, la satisfacción y el bienestar general, mientras que disminuye la depresión53

Limitación del estudio

La potencial limitación de nuestro estudio es la propia de un estudio observacional y los posibles sesgos de respuesta al tratarse de un tema íntimo como es la sexualidad, pero este debería ser homogéneo entre todas las pacientes, y encontrar una mayor prevalencia de DSF con IA, apoyaría el papel del hipoestronismo más marcado en la génesis o mantenimiento de esa DSF.

Otra limitación del estudio es la baja representatividad del grupo sin IA (24 controles vs 144 casos),pero a estas edades la mayoría de los CM son RE(+).

Y la última limitación es que las mujeres con IA son ligeramente mayores que las que no están bajo hormonoterapia.

La misma proporción de cirugía mutilante (mastectomía radical) en ambos grupos aumenta el valor de los resultados, pues el efecto

de la cirugía no será un sesgo sobre el impacto en la calidad de vida, las posibles disfunciones sexuales y la ansiedad de estas pacientes.

CONCLUSIONES

Encontramos:

1) Una elevada prevalencia de inactividad sexual entre las pacientes postmenopáusicas supervivientes al CM, independientemente de si está bajo tratamiento con IA o no.

2) Una elevada prevalencia de DSF, significativamente mayor en el grupo de mujeres bajo tratamiento con IA.

3) Una peor calidad de vida entre las usuarias de IA.

4) Una ansiedad estado mayor entre las usuarias de IA.

Dada las tasas relativamente altas de DSF y de inactividad sexual entre las pacientes postmenopáusicas supervivientes al CM, especialmente, entre las usuarias de IA, la detección precoz mediante una adecuada entrevista clínica y/o el uso de cuestionarios específicos de función sexual, podría ser de gran utilidad para realizar una intervención de tipo conductual, farmacológica, o incluso psicoterapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

- *1. Anderson WF, Chatterjee N, Ershler WB, Brawley OW. Estrogen receptor breast cancer phenotypes in the Surveillance, Epidemiology, and End Results database. Breast Cancer Res Treat 2002;76:27-36.*
- *2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet 2005;365:1687-1717.*
- *3. Lao Romera J, Puertolas Hernandez TJ, Pelaez Fernandez I, et al. Update on adjuvant hormonal treatment of early breast cancer. Adv Ther 2011; 28(suppl 6):1-18.*
- *4. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. J Natl Cancer Inst 2004;96:376-387.*
- *5. Greendale GA, Petersen L, Zibecchi L, Ganz PA. Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. Menopause 2001;8:111-119.*
- *6. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 1998;16:501-514.*
- *7. Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. Maturitas 2010;66:397-407.*
- *8. Mok K, Juraskova I, Friedlander M. The impact of aromatase inhibitors on sexual functioning: current knowledge and future research directions. Breast 2008;17:436-440.*
- *9. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. J Clin Oncol 1999;17:2371-2380.*
- *10. Coster S, Fallowfield LJ. The impact of endocrine therapy on patients with breast cancer: a review of the literature. Breast 2002;11:1-12.*
- *11. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. J Sex Med 2011;8:294-302.*
- *12. Morales L, Neven P, Timmerman D, Christiaens MR, Vergote I, Van Limbergen E, et al. Acute effects of tamoxifen and third-generation aromatase inhibitors on menopausal symptoms of breast cancer patients. Anticancer Drugs 2004;15:753-760.*
- *13. Day R, Ganz PA, Costantino JP, Cronin WM, Wickerham DL, Fisher B. Health-related quality of life and tamoxifen in breast cancer prevention: a report from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. J Clin Oncol 1999;17:2659-2669.*
- *14. Chin SN, Trinkaus M, Simmons C, Flynn C, Dranitsaris G, Bolivar R, et al. Prevalence and severity of urogenital symptoms in postmenopausal women receiving endocrine therapy for breast cancer. Clin Breast Cancer 2009;9:108-117.*
- *15. Buijs C, de Vries EG, Mourits MJ, Willemse PH. The influence of endocrine treatments for breast cancer on health-related quality of life. Cancer Treat Rev 2008;34:640-655.*
- *16. Mourits MJ, Bockermann I, de Vries EG, van der Zee AG, ten Hoor KA, van der Graaf WT, et al. Tamoxifen effects on subjective and psychosexual well-being, in a randomised breast cancer study comparing highdose and standard-dose chemotherapy. Br J Cancer 2002;86:1546-1550.*
- *17. Fallowfield L, Fleissig A, Edwards R, West A, Powles TJ, Howell A, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: psychosocial impact on women participating in two randomized controlled trials. J Clin Oncol 2001;19:1885-1892.*
- *18. Fallowfield L, Cella D, Cuzick J, Francis S, Locker G, Howell A. Quality of life of postmenopausal women in the Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination (ATAC) Adjuvant Breast Cancer Trial. J Clin Oncol 2004;22:4261-4271.*
- *19. Antoine C, Vandromme J, Fastrez M, Carly B, Liebens F, Rozenberg S. A survey among breast cancer survivors: treatment of the climacteric after breast cancer. Climacteric 2008;11:322-328.*
- *20. Jones SE, Cantrell J, Vukelja S, Pippen J, O'Shaughnessy J, Blum JL, et al. Comparison of menopausal symptoms during the first year of adjuvant therapy with either exemestane or tamoxifen in early breast cancer: report of a Tamoxifen Exemestane Adjuvant Multicenter trial substudy. J Clin Oncol 2007;25:4765-4771.*
- *21. Mortimer JE, Boucher L, Baty J, Knapp DL, Ryan E, Rowland JH. Effect of tamoxifen on sexual functioning in patients with breast cancer. J Clin Oncol 1999;17:1488-1492.*
- *22. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2006:CD001500.*
- *23. Whelan TJ, Goss PE, Ingle JN, Pater JL, Tu D, Pritchard K, et al. Assessment of quality of life in MA.17: a randomized, placebo-controlled trial of letrozole after 5 years of tamoxifen in postmenopausal women. J Clin Oncol 2005;23:6931-6940.*
- *24. Cella D, Fallowfield L, Barker P, Cuzick J, Locker G, Howell A. Quality of life of postmenopausal women in the ATAC (BArimidex,[Tamoxifen, Alone or in Combination) trial after completion of 5 years' adjuvant treatment for early breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2006;100: 273-284.*
- *25. Fallowfield LJ, Leaity SK, Howell A, Benson S, Cella D. Assessment of quality of life in women undergoing hormonal therapy for breast cancer: validation of an endocrine symptom subscale for the FACT-B. Breast Cancer Res Treat 1999;55:189-199.*
- *26. Fallowfield LJ, Bliss JM, Porter LS, Price MH, Snowdon CF, Jones SE, et al. Quality of life in the intergroup exemestane study: a randomized trial of exemestane versus continued tamoxifen after 2 to 3 years of tamoxifen in postmenopausal women with primary breast cancer. J Clin Oncol 2006;24:910-917.*
- *27. Baumgart J,Nilsson K, Stavreus-Evers A, Kask K, Villman K, Lindman H,et al. Urogenital disorders in women with adjuvant endocrine therapy after early breast cancer. Am J Obstet Gynecol 2011;204:26 e21-e27.*
- *28. Kendall A, Dowsett M, Folkerd E, Smith I. Caution: vaginal estradiol appears to be contraindicated in postmenopausal women on adjuvant aromatase inhibitors. Ann Oncol 2006;17:584-587.*
- *29. Pfeiler G, Glatz C, Konigsberg R, Geisendorfer T, Fink-Retter A, Kubista E, et al. Vaginal estriol to overcome side-effects of aromatase inhibitors in breast cancer patients. Climacteric 2011;14:339-344.*
- *30. Swedish Breast Cancer Group. Nationella riktlinjer fo¨r behandling av bro¨stcancer. Available at: http://www.swebcg.roc.se. Accessed February 11, 2012.*
- *31. Loprinzi CL, Abu-Ghazaleh S, Sloan JA, vanHaelst-Pisani C, Hammer AM, Rowland KM Jr, et al. Phase III randomized double-blind study to evaluate the efficacy of a polycarbophil-based vaginal moisturizer in women with breast cancer. J Clin Oncol 1997;15:969-973.*

- *32. Parsons A, Merritt D, Rosen A, Heath H III, Siddhanti S, Plouffe L Jr. Effect of raloxifene on the response to conjugated estrogen vaginal cream or nonhormonal moisturizers in postmenopausal vaginal atrophy. Obstet Gynecol 2003;101:346-352.*
- *33. Nachtigall LE. Comparative study: Replens versus local estrogen in menopausal women. Fertil Steril 1994;61:178-180.*
- *34. Biglia N, Peano E, Sgandurra P, Moggio G, Panuccio E, Migliardi M, et al. Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cáncer survivors with urogenital atrophy: a preliminary study. Gynecol Endocrinol 2010;26:404-412.*
- *35. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. J Sex Marital Ther. 2005; 31:1–20. [PubMed: 15841702]*
- *36. Baser RE, Li Y, Carter J. Psychometric validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in cancer survivors. Cancer. 2012; 118:4606–4618. [PubMed: 22359250]*
- *37. S.T. Lindau, E.M. Abramsohn, A.C. Matthews, A manifesto on the preservationof sexual function in women and girls with cancer, Am. J. Obstet. Gynecol. 213(2015) 166–174.*
- *38. E.K. Hill, S. Sandbo, E. Abramsohn, et al., Assessing gynecologic and breastcancer survivors' health care needs, Cancer 117 (2011) 2643–2651.*
- *39. R. Sadovsky, R. Basson, M. Krychman, et al., Cancer and sexual problems, J.Sex. Med. 7 (2010) 349–373*
- *40. Ates O, Soylu C, Babacan T, Sarici F, Kertmen N, Allen D, Sever AR, Altundag K. Assessment of psychosocial factors and distress in women having adjuvant endocrine therapy for breast cancer: the relationship among emotional distress and patient and treatment-related factors.2016; 19:5-486*
- *41. De Morais FD, Freitas-Junior R, Rahal RM, Gonzaga CM. Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast cancer.2016; 25 (11-12):1557-65.*
- *42. Zhang JY, Zhou YQ, Feng ZW, Fan YN, Zeng GC, Wei L. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors.2016; 7:0.*
- *43. Schover LE, Baum G, Fuson L, et al. Sexual problems during the first two years of adjuvant treatment with aromatase inhibitors. J Sex Med. 2014 December ; 11(12): 102–3111.*
- *44. S.A. Kingsberg, M.L. Krychman, Resistance and barriers to local estrogentherapy in women with atrophic vaginitis, J. Sex. Med. 10 (2013) 1567–1574.*
- *45. T.G. Hopkins, C. Stavraka, H. Gabra, et al., Sexual activity and functioning inovarian cancer survivors: an internet-based evaluation, Climacteric 18 (2015)94–98.*
- *46. Baumgart L, Nilsson K, Evers AS, Kallak TK, Poromaa IS. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. Menopause. 2013 Feb; 20 (2):162-8*
- *47. Ekin M, Yasar L, Savan K, Uhri M, Genser I, Kevanç E. The comparison of hyaluronic acid vaginal tablets with estradiol vaginal tablets in the treatment of atrophic vaginitis: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet. 2011; 283:539–543.*
- *48. Markowska J, Madry R, Markowska A. The effect of hyaluronic acid (Cicatridine) on healing and regeneration of the uterine cervix and vagina and vulvar dystrophy therapy. Eur J Gynaecol Oncol. 2011; 32:65–68.*
- *49. Soe LH, Wurz GT, Kao C-J, DeGregorio MW. Ospemifene for the treatment of dyspareunia associated with vulvar and vaginal atrophy: potential benefits in bone and breast. Int J Women's Health. 2013; 5:605–611.*
- *50. Cuzick J, Sestak I, Bonanni B, Costantino JP, Cummings S, DeCensi A, Dowsett M, Forbes JF, Ford L, LaCroix AZ, Mershon J, Mitlak BH, Powles T, Veronesi U, Vogel V, Wickerham DL, the SERM Chemoprevention of Breast Cancer Overview Group. Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: an updated meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2013; 381:1827–1834.*
- *51. Berga SL. Profile of ospemifene in the breast. Reprod Sciences. 2013; 20:1130–1136.*
- *52. Dahir M and Travers-Gustafson D.Breast cancer, aromatase inhibitor therapy, and sexual functioning: A pilot study of the effects of vaginaltestosterone therapy. Sex Med 2014;2:8–15.*
- *53. E.S. Ratner, K.A. Foran, P.E. Schwartz, M.J. Minkin, Sexuality and intimacy aftergynecological cancer, Maturitas 66 (2010) 23–26.*

COMUNICACIONES ELEVADAS A PONENCIAS

217/256. COMITÉ DE TUMORES GINECOLÓGICOS ANDALUZ.

Autores:
(1) Velasco Sánchez, Esther; (2) Guisado López, Ramón; (3) Espinar Barbero, Elvira; (4) Medina Pérez, Manuel.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. H. U. Reina Sofía. Córdoba; (2) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. H.u Reina Sofía. Córdoba; (3) Medico Residente En Ginecologia Y Obstetricia. H.u.reina Sofía. Córdoba; (4) Medico Especialista En Anatomía Patológica. H.u Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos

Presentar el proyecto que estamos desarrollando para poner en marcha un comité de tumores ginecológicos en la web, en el que pueda participar cualquier profesional, de los centros SAS, implicado en la oncología ginecológica. Se pretende contribuir a la homogenización de la práctica clínica en ginecología oncológica en toda Andalucía, aprovechar la riqueza de conocimiento que proporciona el comité multidisciplinar y compartirlo con profesionales que no tienen posibilidad de acceder a ello. Todo con el fin de una mejora en la atención a la paciente con cáncer ginecológico.

Los tres objetivos fundamentales son:

• Constitución y desarrollo de un Comité de Tumores Ginecológicos en el ámbito de los hospitales de la red sanitaria pública de Andalucía que potencie la homogeneidad en la práctica clínica de la Ginecología Oncológica.

• Facilitar la discusión constructiva en temas relevantes que necesiten de una práctica consensuada entre los diferentes campos de conocimiento (Ginecología, Oncología, Radiología, Cirugía, Anatomía Patológica, etc).

• Puesta en común multidisciplinaria y multicentro de casos clínicos concretos que se beneficien de este tipo de abordaje

Material y métodos

Utilizando la plataforma de software libre "BigBlueButton" en intranet SSPA, se establecerán video-conferencias múltiples para presentar, analizar y recomendar actuaciones sobre casos clínicos procedentes de cualquier centro andaluz.

Se dispondrá una plataforma web libre instalada en régimen de intranet corporativa en el SSPA, que permite la conexión simultanea de voz, presentaciones, documentos e imagen digital (BigBlueButton).

Las reuniones serán telemáticas, sin perjuicio de que, si se estima oportuno, pueda celebrarse alguna presencial.

En un centro de 3° nivel, que cuente con experiencia clínica elevada, soporte tecnológico y sala de sesiones adecuada, se centralizará el proceso para organizar la intervención del profesional que quiera participar, desde cualquier punto de la red hospitalaria. Podrá ser rotatorio

Las reuniones serán dos al mes, con una duración aproximada de 20 minutos.

La moderación correrá a cargo de un facultativo con experiencia en onco-ginecología.

Con antelación suficiente se conocerán los casos a tratar. Las reuniones tendrán carácter de acto clínico, y por lo tanto, estarán sujetas a la LOPD, buena práctica clínica y la cortesía.

El alcance serán todos los centros sanitarios de la red sanitaria pública de Andalucía que atiendan patología ginecológica oncológica, en cualquiera de sus aspectos, y que quieran participar.

Los requisitos para participar serán:

• Formar parte de la red de asistencia sanitaria pública del SSPA.

• Contar con ordenador en red que tenga instalados el navegador Internet explorer, Flash Player y Java, una cámara web, micrófono y altavoces, para el correcto seguimiento de las reuniones y poder participar. Se aconseja disponer de un paquete ofimático de software libre, tipo OpenOffice o LibreOffice. Puede utilizarse Power Point.

• El centro cabecera dispondrá, además, de imagen histológica y radiológica para compartir en tiempo real.

El comité consultivo estará constituido por un panel de expertos con representación de los hospitales de la red pública y de los respectivos comités de tumores ginecológicos. Básicamente de los centros con mayor casuística en ginecología oncológica.

Resultados

Se consideran tres tipos:

-El buen funcionamiento operativo de las reuniones, como una medida de éxito de la puesta en marcha del proyecto.

-El resultado sobre la satisfacción de los participantes, su incentivación a participar y su implicación en la oncología ginecológica. Será el resultado a conseguir en un primer paso y su medida se realizará mediante encuesta.

-El resultado sobre la mejora de la práctica clínica en oncología ginecológica y su homogenización a nivel andaluz. Sería el resultado final a conseguir.

Conclusiones y Comentarios

La aportación del enfoque multidisciplinar a procesos clínicos complejos está aceptada ampliamente y su manifestación principal en nuestro campo, son los comités de tumores ginecológicos. En estos comités se abordan los casos clínicos desde un punto de vista holístico, con la aportación de diferentes especialistas implicados: Ginecólogo, oncólogo, anatomo-patólogo, radiólogo, oncólogo radioterapeuta, cirujano oncológico, enfermero. Aprovechar la riqueza de esos comités para compartir el conocimiento y la práctica que desarrollan, debería redundar en beneficios de salud. Ya existen iniciativas que tratan de conseguir un comité de tumores mundial (1) para llevar el asesoramiento de profesionales expertos a casos particulares de cualquier punto del mundo.

A nivel andaluz, tenemos 8-10 grandes hospitales con asistencia oncológica completa, sin relación entre sí. Además de los comarcales y centros menores, con dotación insuficiente. La comunicación eficaz entre todos seria una manera eficaz de puesta en común, de prestar una asistencia homogénea en toda la región, y de tener conocimiento mutuo de la asistencia al cáncer ginecológico.

La plataforma libre BigBlueButton, insertada en la intranet del Servicio Andaluz de Salud, nos permite, sin ningún coste económico, realizar videoconferencias múltiples y aprovechar para realizar un "tumor board" ginecológico andaluz. Se requiere la participación de todos los centros con sus profesionales implicados para conseguir ese gran objetivo.

Bibliografía

- *(1).http://www.medscape.com/viewarticle/866035?nlid=108215_2043&src=WNL_mdplsnews_160715_mscpedit_obgy&uac=84853AY&spon=16&impID=1156599&faf=1*

217/260. VITAMINA D Y RIESGO DE PRE-ECLAMPSIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

Autores:
Serrano-Díaz, Norma; Quintero-Lesmes, Doris; Gamboa-Delgado, Edna; Dominguez-Urrego, Clara.

Centro de Trabajo:
Fundación Cardiovascular de Colombia FCV.

Resumen:

Objetivos

La Pre-eclampsia (PE), continúa siendo una enfermedad devastadora para el binomio madre-hijo; afecta el 2-8% de los embarazos, contribuye con el 15% de los partos pretérmino y causa el 15-26% de las muertes maternas (1). Esta patología conlleva un riesgo elevado para la salud materna y fetal, no sólo en el período periparto, sino a lo largo de vida. Mujeres que han desarrollo PE tienen un riesgo mayor de presentar posteriormente enfermedad cardiovascular (ECV) (2), y sus hijos un riesgo incremento para desarrollar síndrome metabólico, hipertensión arterial y ECV en edades más tempranas (3).

La PE es una patología multifactorial cuya etiología exacta es aún desconocida. Se proponen que ocurre debido a una combinación de disfunción endotelial, disfunción inmune, e insuficiente invasión trofoblástica. Bajos niveles séricos de vitamina D (VD), se han asociado a disfunción endotelial, disminución en la expresión de IL-10 e incremento en la expresión de citoquinas pro-inflamatorias mediadas por Th1 (IFN-γ, IL-2, y TNF-α), escenario inmunológico similar al observado cuando hay reducida invasión trofoblástica en las pacientes con PE (4); sugiriendo que la deficiencia de VD durante las primeras semanas de gestación puede ser un factor causal independiente para el desarrollo de PE (5). La deficiencia de VD se presenta en el 26-98% de las gestantes, siendo mayor en las mujeres de piel oscura, 66-100% (6).

El presente estudio tiene como objetivo conducir una revisión sistemática y meta-análisis para evaluar la asociación entre niveles séricos de VD y el desarrollo de PE.

Material y métodos

Se identificaron los artículos mediante búsqueda en Medline, PubMeb, Embase, base de datos de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos de Cochrane y Google académico hasta Mayo de 2015, usando las recomendaciones de la guía Cochrane para la elaboración de revisiones sistemáticas y la Guía MOOSE (Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology) para meta-análisis (7,8). La búsqueda incluyó tanto estudios observacionales como ensayos clínicos controlados, que evaluaran los niveles de vitamina D y la incidencia de pre-eclampsia. Se utilizaron palabras claves seleccionadas de la Medical Subject Headings (MeSH, por sus siglas en inglés), para las bases de datos en inglés y sus respectivos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), para las bases en español.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: reporte de datos originales con variables de interés, medición en sangre de VD, estudios con diseño observacional o ensayos clínicos. Se excluyeron estudios reportes de caso, comentarios, cartas, revisiones sistemáticas, síntesis, editoriales y meta-análisis. No se aplicaron restricciones en el lenguaje ni en el tiempo de publicación (Figura 1). Se desarrolló un formato para la extracción de datos de los artículos seleccionados para la revisión sistemática (Tabla 1). Se incluyó la medición inicial de los niveles de VD para el análisis de aquellos estudios que reportaron múltiples mediciones durante el seguimiento. Adicionalmente, se intentó contactar a los autores de aquellos estudios con datos incompletos.

Para asegurar la inclusión de la mayoría de estudios disponibles, los puntos de corte para los niveles de VD no se definieron a priori. En su lugar se utilizaron aquellos propuestos en los estudios. Las medidas de asociación usadas fueron aquellas reportadas con mayor ajuste debido a que los estudios controlan por potenciales confusores en diferentes formas y grados. Se utilizó el comando "metan" en Stata para el análisis de los estudios. Gráficos de Forest Plots se utilizaron para evaluar la agrupación de las estimaciones visualmente y los correspondientes intervalos de confianza del 95%. Para la evaluación de la heterogeneidad se utilizó la prueba Q de Cochran y el estadístico de I2. Se usaron modelos de efectos aleatorios y fijos. Se hizo análisis de sensibilidad con el fin de explorar el grado en que las inferencias puedan depender del diseño en particular. Todos los análisis fueron realizados con Stata 14.0.

Resultados

Los resultados de esta revisión sistemática y meta-análisis sugieren una asociación inversa entre los niveles de vitamina D y el desarrollo de pre-eclampsia, a pesar de la heterogeneidad que presenta la medida global de este tipo de análisis (meta-análisis). A pesar de ser biológicamente plausible la asociación positiva entre deficiencia de VD y el desarrollo de PE hallado en esta revisión, no podemos inferir la causalidad de estos hallazgos por la naturaleza observacional de los estudios analizados. Sin embargo, nuestros resultados se suman al argumento de plausibilidad biológica y muestran una coherencia en la asociación y una relación temporal adecuada entre la exposición (deficiencia de VD) y el resultado adverso (pre-eclampsia).

La mayoría de estudios se realizaron en países de América del Norte y Europa. Sólo se encontró un estudio (trabajo de tesis) en Latino América, por lo tanto, se hace necesario la evaluación del estado de VD en gestantes de otras regiones, en particular Latino América y el Caribe, donde la incidencia de PE es hasta siete veces mayor comparada con la incidencia en países de altos ingresos de América de Norte y Europa (9).

Esta revisión muestra que el metabolito que con mayor frecuencia se cuantificó para determinar el estado de VD, fue la 25-hidroxivitamina D [25(OH) D], que si bien, es un metabolito inactivo y en la mayoría de los casos se reporta como la sumatoria de 25(OH) D2 y 25(OH)D3, se sigue considerando el mejor biomarcador para evaluar el estado de la VD en la sangre (10), dado que refleja tanto la producción endógena de VD como el consumo por dieta y tiene una vida media larga (11).

El método utilizado para cuantificar los niveles de 25(OH)D puede ser un factor importante a la hora de evaluar la deficiencia real de VD. La cuantificación de 25(OH)D por inmunoensayo sigue siendo el método de elección. Sin embargo, estos ensayos, si bien, sencillos y de alto rendimiento, han sacrificado el rigor analítico de la cuantificación y, por lo tanto, sólo proporcionan datos para indicar el estado relativo de vitamina D en términos semicuantitativos (12). En contraste, pocos estudios utilizaron métodos de detección directa (HPLC o LC-MS/MS), los cuales emplean una separación cromatográfica (HPLC o LC) para aislar 25(OH)D2 y 25(OH)D3 y, un sistema para detectar y cuantificar estos compuestos específicos de manera individual (MS/MS). Esto es particularmente relevante, si se tiene en cuenta que existen diferencias en la actividad biológica y la toxicidad de las vitaminas D2 y D3, además permite cuantificar el metabolito activo, 1,25(OH)2D. Por consiguiente, este método es considerado hoy el recomendado para la medición del estado de VD, tanto en investigaciones como en la asistencia clínica (13).

Conclusiones y Comentarios

Comentarios: Nuestros resultados apoyan la necesidad de conducir ensayos clínicos aleatorizados para evaluar sí la suplementación adecuada con VD durante las primeras semanas de gestación contribuye a reducir la incidencia de PE.

Agradecimientos: Proyecto patrocinado por Colciencias – Colombia, según contrato No. CT-492-2012

Bibliografía (máximo 20 citas)

- *1. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet. 2010;376(9741):631–644.*
- *2. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2007; 10;335(7627):974.*
- *3. Wu CS, Nohr EA, Bech BH, Vestergaard M, Catov JM, Olsen J. Health of children born to mothers who had preeclampsia: a population-based cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2009;201(3):269.e1–269.e10*
- *4. Smith TA, Kirkpatrick DR, Kovilam O, Agrawal DK. Immunomodulatory role of vitamin D in the pathogenesis of preeclampsia. Expert Rev Clin Immunol. 2015;11(9):1055-63.*
- *5. Bodnar LM, Catov JM, Simhan HN, Holick MF. Powers, R.W.; Roberts, J.M. Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2007;92,3517-3522.*
- *6. Bakacak M, Serin S, Ercan O, Köstü B, Avci F, Kılınç M, Kıran H, Kiran G. Comparison of Vitamin D levels in cases with preeclampsia, eclampsia and healthy pregnant women. Int J Clin Exp Med. 2015;15;8(9):16280-6.*
- *7. Traductores CCI. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones [Internet]. Cochrane Library. 2012. 1-639 p. Available from: http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Manual+Cochrane+de+revisiones+sistemáticas+de+intervenciones#1*
- *8. Ferreira González I, Urrútia G, Alonso-Coello P. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. Rev Esp Cardiol. 2011;64(8):688–96.*
- *9. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006;1;367(9516):1066-7.*
- *10. Seamans KM, Cashman KD. Existing and potentially novel functional markers of vitamin D status: a systematic review. Am J Clin Nutr 2009;89:1997S–2008S.*
- *11. Albahrani AA, Greaves RF. Fat-Soluble Vitamins: Clinical Indications and Current Challenges for Chromatographic Measurement. Clin Biochem Rev. 2016;37(1):27-47.*
- *12. Holick MF. Vitamin D status: measurement, interpretation, and clinical application. Ann Epidemiol 2009;19(2):73-8.*
- *13. de la Hunty A, Wallace AM, Gibson S, Viljakainen H, Lamberg-Allardt C, Ashwell M. Br J Nutr. UK Food Standards Agency Workshop Consensus Report: the choice of method for measuring 25-hydroxyvitamin D to estimate vitamin D status for the UK National Diet and Nutrition Survey. 2010;104(4):612-9.*

217/297. TRATAMIENTO CON METROTEXATE DEL EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO: NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores:

(1) Diez Del Castillo, Natalia; (1) Garcia Ruiz, Carmen; (1) Campos Serrano, Araceli; (2) Gimeno Gimeno, Mª Joaquina.

Centro de Trabajo:

(1) Médico interno residente de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; (2) Médico especialista en obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos

El embarazo ectópico se define como todo aquel que se implanta fuera de la cavidad endometrial.El lugar de implantación más frecuente es la trompa (destacando por orden de frecuencia la porción ampular, seguida de istmo, intersticio y fimbrias). Otras localizaciones más raras son el ovario, el cérvix y el abdomen. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo. Su incidencia ha ido en aumento hasta alcanzar aproximadamente el 2% de las gestaciones. Avances tecnológicos como la reproducción asistida, el empleo de técnicas diagnósticas más sensibles y específicas, y la prevalencia de factores de riesgo pueden llegar a explicarlo. Dentro del tratamiento de esta patología, tenemos tres opciones: manejo expectante, tratamiento médico y tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico de elección lo constituye el metrotexate (ácido 4 amino 10 metilfolínico), un antagonista del ácido fólico por inhibición de la enzima dihidrofolatoreductasa (DHFR) implicada en la transferencia de los grupos metilos y timidínicos necesarios para la síntesis de purinas del DNA. Además, el metrotexate tiene una acción selectiva sobre las células que poseen una máxima multiplicación y crecimiento, como precisamente ocurre con las del sincitiotrofoblasto, deteniéndolas en fase S, lo cual conduciría a una destrucción suficiente de estas células como para interrumpir su señal endógena y producir la desintegración del embarazo. De modo adverso, puede alterar otros tejidos con alta velocidad de multiplicación como lo es la médula ósea.Por vía intramuscular, el metotrexate es bien absorbido alcanzando las concentraciones plasmáticas máximas en un plazo de 30 a 60 minutos. El volumen de distribución es similar al volumen total de agua. El metotrexate se une a las proteínas del plasma en un 50-60%, sobre todo a la albúmina. Este fármaco experimenta un metabolismo intracelular al poliglutamil-metotrexato (PG-MTX), pudiendo ser convertido de nuevo a metotrexate por las hidrolasas celulares. El PG-MTX puede quedar retenido en algunos tejidos durante períodos de tiempo considerables, dependiendo de la naturaleza de los tejidos. Una pequeña parte del metotrexate es metabolizado a 7-hidroximetotrexato, metabolito que supone entre el 7 y 33% de la excreción del fármaco en la fase terminal de eliminación. Adicionalmente, parte del metotrexate es metabolizado por la flora intestinal ocasionando un metabolito inactivo.

El objetivo de este estudio es averiguar la eficacia, así como los efectos secundarios que aparecen durante el seguimiento de las pacientes que han recibido tratamiento con metotrexate intramuscular por embarazo ectópico no complicado en nuestro hospital.

Material y métodos

Realizamos un análisis retrospectivo descriptivo sobre doce pacientes diagnosticadas en nuestro hospital de gestación ectópica, a las que se indicó la terapia con metrotexate. Las pacientes fueron seleccionadas al azar de una base de datos realizada por nosotros, teniendo como inicio julio de 2014 hasta julio de 2016, que

contaba con un total de 77 casos. Los datos fueron recogidos del Servicio de Documentación Clínica y Programa informático Diraya Atención Hospitalizada (DAH) y de un libro en el que registramos los datos de las mujeres diagnosticadas de gestación ectópica. Ante los resultados obtenidos con estas doce pacientes, y no pudiendo extrapolar los resultados a nuestra población por el pequeño número de casos que supone, hemos decido tomar este trabajo como un estudio preliminar y ampliarlo utilizando como muestra la base de datos ya mencionada, con el fin de aumentar el número de casos y poder exponer unos resultados más concluyentes.

Aunque los mejores resultados los obtenemos con un saco gestacional de diámetro menor de 4 centímetros, cifras de beta hcg por debajo de 5.000 UI/L y actividad cardiaca negativa, la ausencia de algunas de estas indicaciones no impide su utilización y debemos individualizar cada caso. Se consideran contraindicaciones relativas para la utilización de metrotexate algunas de las siguientes: mal estado general o paciente hemodinamicamente inestable, hemoperitoneo no limitado a Douglas, antecedente de gestación ectópica homolateral con tratamiento conservador, gestación heterotópica y las propias del metrotexate: leucopenia, anemia, plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticas, elevación de creatinina, úlcera péptica activa, lactancia materna y rechazo a transfusión sanguínea.

A la hora de comenzar con el metrotexate deberemos informar a la paciente de la terapia y los controles y seguimiento necesario, así como los síntomas de alarma por los que debe acudir a urgencias, finalizando con la entrega y firma de consentimiento informado. Realizar hemograma, coagulación, bioquímica, perfil hepático, grupo sanguíneo y Rh. Debemos tener en cuenta que no es imprescindible el ingreso para realizar este tipo de tratamiento. Así mismo, debemos informar de algunas de las precauciones o advertencias que la paciente debe asumir durante el tratamiento con este fármaco, como son: evitar relaciones y embarazo hasta que la beta hcg sea indetectable, evitar exposición al sol, evitar alimentos que contengan ácido fólico, evitar alimentos y bebidas que produzcan gases, evitar exploraciones pélvicas/ecografías durante la monitorización del tratamiento y evitar el alcohol hasta siete días postmetrotexate.

Resultados

Del total de las doce pacientes, diez de ellas (83%) respondieron favorablemente a la terapia con una única dosis.Los controles analíticos que se llevan a cabo en nuestro hospital son al cuarto y séptimo día de la administración de metrotexate, siendo necesaria una disminución del 15% de la fracción beta de gonadotropina coriónica para considerar el tratamiento eficaz. De nuestras pacientes, diez presentaban beta hcg inicial menor de 5.000 UI/L, presentando una beta hcg al cuarto día más elevada en ocho pacientes (siendo poco relevante por ser un efecto secundario de la medicación). El control de beta hcg en el séptimo día fue adecuado en diez pacientes. Posteriormente el control se hace semanalmente hasta alcanzar valores menores a 15 UI/L. La duración media de seguimiento de las pacientes con controles semanales de B-HCG fue de 35 días hasta alcanzar estos valores, con un mínimo de ocho días y un máximo de sesenta y seis días. La paciente que menos días requirió seguimiento presentaba unos niveles de 154 mUI al inicio, disminuyendo la cifra al séptimo día hasta los 12,66 mUI. El caso que se prolongó más comenzó con 2673,38 mUI de beta hcg y, a pesar de presentar al séptimo día 514,68 mUI, no alcanzó niveles menores de 1,20 mUI hasta el sexagésimo sexto día de haber comenzado el tratamiento.No obstante, dos pacientes (17%) precisaron una dosis adicional por respuesta inadecuada a la terapia. La primera de ellas, comenzó el tratamiento con unos niveles de beta hcg de 2.127mUI, al cuarto día de la administración de metrotexate presentaba una beta hcg de 6.323,74 mUI, alcanzando el valor de 7.840,30 mUI al séptimo día. Ante esta situación, se administró una segunda dosis del fármaco, siendo en esta ocasión la evolución favorable, alcanzando valores menores de 15 mUI a los 43 días de la primera dosis.La segunda paciente, comenzó el tratamiento con una beta hcg de 11.106,61 mUI. Al cuarto día los niveles eran de 17.756,8 mUI, y al séptimo día de 17.263,60 mUI. Se le administró una segunda dosis de medicación, siendo los controles a la semana de 10.710,06mUI y a las dos semanas de 4.039,78 mUI. A pesar de la disminución en los controles analíticos (Beta HCG), acudió al servicio de urgencias al decimoctavo día de la segunda dosis por fuerte dolor en hipogastrio, acompañado de sangrado abundante e hipotensión con unos niveles de beta hcg de 1.444,53mUI. Ante la inestabilidad hemodinámica de la paciente se decidió tratamiento quirúrgico (salpinguectomía izquierda).

La clínica inicial que nos debe hacer sospechar un embarazo ectópico no complicado se compone de la siguiente triada: amenorrea, dolor (que a diferencia del dolor de la amenaza de aborto suele localizarse en fosa ilíaca) y/o metrorragia. Estos síntomas pueden acompañarse de otros como náuseas y/o vómitos, mal estar general, síncope o dolor a la movilización cervical. Existen otros síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar de inestabilidad hemodinámica como son dolor brusco, hipotensión, taquicardia o shock. Si hacemos referencia a las manifestaciones clínicas de nuestras pacientes, el 100% presentaban amenorrea. El 75% presentaba metrorragia de diversa cuantía y duración, desde un manchado escaso hasta un sangrado de 5 días de evolución. El 83,3% presentaba dolor, desde unas ligeras molestias hasta un dolor brusco en hipogastrio, incluyendo dolor a la movilización cervical. Hay que destacar una de las doce pacientes que acudió a urgencias con estos síntomas de gravedad, sospechando rotura de gestación ectópica, requiriendo intervención quirúrgica de urgencia.

En relación a los efectos secundarios del tratamiento, pueden presentar metrorragia o spotting, elevación de beta hcg los primeros días, distensión y/o dolor abdominal, mielo y hepatotoxicidad, síntomas digestivos, alopecia irreversible y neumonitis. Siete de nuestras pacientes (58,3%) presentaron algunos de estos efectos. El más frecuente de los cuales fue el dolor pélvico, referido como un dolor abdominal bajo, tipo cólico, que requirió la hospitalización para tratamiento analgésico en cuatro casos, y solo un caso requirió intervención quirúrgica. Este dolor puede explicarse por dos razones sin tener que ser motivo de alarma por sospechar ruptura del embarazo ectópico: el efecto del metrotexate sobre la musculatura lisa del intestino pudiendo aparecer hasta diarrea, y la probabilidad de que la gestación ectópica se esté abortando a la cavidad abdominal y produzca el malestar por la irritación de fluidos sobre el peritoneo.

Como posibles factores de riesgo destacan: cirugía tubárica previa, esterilización tubárica, embarazo ectópico previo, exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES), uso de dispositivos intrauterinos (DIUs), cirugía pélvica previa, infertilidad previa, infección pelviana previa, promiscuidad sexual, tabaquismo, duchas vaginales y edad del primer coito < de 18 años.De nuestras doce pacientes,ocho de ellas (66,7%) presentaban alguno de dichos factores. Seis de ellas presentaban como antecedente personal cirugía abdominopélvica, de las cuales, dos eran cesárea anterior, dos habían sido intervenidas de apendicectomía, una había sido operada de hidrosálpinx y una había sido intervenida de salpinguectomía por embarazo ectópico anterior. En dos casos se consiguió gestación por técnica de fecundación in vitro, una de nuestras pacientes presentaba antecedente de embarazo ectópico, y dos presentaban hidrosálpinx previo, resolviéndose en un caso mediante tratamiento conservador y en otro con tratamiento quirúrgico.

Tabla 1. Del total de casos, ocho pacientes presentaban algún factor de riesgo. Destacan la cirugía previa, tanto tubárica como abdominopélvica, siendo seis pacientes las que presentaban este factor (una salpinguectomía por embarazo ectópico previo, una sal-

pinguectomía por hidrosálpinx, dos cesáreas y dos apendicectomizadas). Dos pacientes habían conseguido gestación por técnicas de reproducción (FIV) y dos estaban diagnosticadas de patología tubárica como es el hidrosálpix.

En cuanto a la edad materna, la mitad de las pacientes diagnosticadas tienen edades comprendidas entre los 30 y 39 años, este dato se ajusta a nuestro estudio, ya que la media de edad se corresponde con 35 años. Esta alta incidencia en mujeres de más edad puede reflejar el cúmulo de factores de riesgo que una mujer va sumando a lo largo de su vida. En nuestro estudio se observa que cuatro pacientes (33%) son nuligestas, cinco de ellas (42%) presentan un aborto previo y una de ellas tiene ectópico previo, dato señalado anteriormente como factor de riesgo.

La dosis de metrotexate varió en función del peso de las pacientes entre 85mg y 122mg. Se utilizan 50 mg/m2 de superficie corporal, por vía intramuscular, por una sola dosis, pudiendo repetirse excepcionalmente hasta tres veces más, dependiendo de la respuesta.

Conclusiones y Comentarios

Nuestros datos confirman que el tratamiento con metotrexate intramuscular en dosis única supone una terapia con una elevada eficacia a corto y largo plazo, en el tratamiento del embarazo ectópico no complicado, con un bajo índice de complicaciones graves. Es importante señalar, que en nuestro estudio, el único caso que acabó requiriendo intervención quirúrgica fue aquel que comenzó el tratamiento con los niveles de beta hcg más altos. Pero debemos recordar que cuando comentamos los criterios de inclusión para el tratamiento del embarazo ectópico con metrotexate para obtener los mejores resultados recomendábamos cifras de beta hcg por debajo de 5.000 UI/L, por tanto, esta paciente quizá debía haber recibido el tratamiento quirúrgico desde el principio.

Es importante resaltar que el factor desencadenante más evidente es la patología tubárica previa. Por ello, se recomienda realizar cirugía del hidrosálpinx previa a FIV para minimizar el riesgo de desarrollo de una gestación ectópica (grado de recomendación B). En nuestro estudio también observamos una clara asociación entre lesiones tubáricas y gestación ectópica. En dos casos se consiguió gestación por técnica de fecundación in vitro,como dato a destacar entre los factores de riesgo, ya que se cree que el aumento en la incidencia de esta patología puede deberse a las técnicas de reproducción, al igual que en la de las gestaciones heterotópicas.

Como caso curioso, la paciente intervenida de salpinguectomía bilateral por hidrosálpinx consiguió la gestación por fecundación in vitro, era nuligesta y tenía una edad de 36 años, datos que nos deben hacer sospechar una posible gestación ectópica si la paciente acude a urgencias con clínica compatible. Como hemos dicho con anterioridad, los progresos en la medicina, tanto de diagnóstico como de tratamiento, han convertido al embarazo ectópico en una de las patologías obstétricas que debemos saber manejar a la perfección. En países desarrollados como el nuestro, tenemos la opción de reducir desenlaces drásticos como la salpinguectomía, con una pronta detección y actuación para su resolución satisfactoria, reduciendo así la causa de mortalidad más frecuente en el primer trimestre de embarazo.

Como hemos dicho anteriormente, al seleccionar las pacientes al azar y siendo una muestra pequeña, no podemos extrapolar estos resultados a nuestra población. Por este motivo, actualmente estamos ampliando dicho estudio y expondremos los resultados en el XXI Congreso de la SAGO.

Bibliografía

- *1- T. Tulandi. Ectopic pregnancy: Choosing a treatment and methotrexate therapy. UpToDate 2016.*
- *2- T. Tulandi. Ectopic pregnancy: Incidence, risk factors, and pathology. UpToDate 2016.*
- *3- Lipscomb GH, Puckett KJ, Bran D, Ling FW. Management of separation pain after single-dose methotrexate therapy for ectopic pregnancy. ObstetGynecol 1999; 93:590.*
- *4- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. FertilSteril 2006; 86:S96.*
- *5- Perkins KM, Boulet SL, Kissin DM, et al. Risk of ectopic pregnancy associated with assisted reproductive technology in the United States, 2001-2011. ObstetGynecol 2015; 125:70.*
- *6- Marion LL, Meeks GR. Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors. ClinObstetGynecol 2012;55:376–86.*
- *7- Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. N Engl J Med 1997; 336:762.*
- *8- SowterMC,Farquhar CM. Ectopic pregnancy: an update. Current Opinion ObstetGynecol, 16 (2004), pp. 289-93.*

217/85. INFLUENCIA DEL TEST GENÉTICO EN LA MUTACIÓN BCRA 1/2 MÁS CARCINOMA DE MAMA PARA LA TOMA DE DECISIÓN TERAPÉUTICA.

Autores:
(1) Salmerón Mochón, Mónica; (2) De Haro Guerrero, Fabiola; (3) Jiménez Mazure, Carolina; (3) Ribeiro González, Marta.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Málaga; (2) Médico Especialista En Cirugía Plástica Y Reparadora. Hospital Materno Infantil. Málaga; (3) Médico Especialista En Cirugía General Y Del Aparato Digestivo. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Resumen:

Objetivos
Comprobar si existen diferencias, en pacientes con mutación BRCA 1/2, en cuanto a las complicaciones quirúrgicas de la cirugía profiláctica, con y sin carcinoma previo.

Metodología
Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de las pacientes de nuestro hospital con la mutación genética BRCA 1/2 en el periodo de enero de 2014 a julio de 2016.

Resultados
Se diagnosticaron de la mutación, y aceptaron el tratamiento quirúrgico reductor de riesgo, 30 casos. De ellos, 10 casos tuvieron cáncer de mama previo tratado con cirugía conservadora y radioterapia (grupo 1). Los otros 20 casos no tenían tumor previo (grupo 2). La edad media del grupo 1 fue 46,1. La edad media del grupo 2 fue 37,9. El IMC presentó una media de 29,8 para el grupo 1 y de 25,3 para el grupo 2. No hubo diferencia en cuanto al hábito tabáquico entre ambos grupos: una fumadora en el primer grupo (10%) y dos en el segundo (10%). Las complicaciones quirúrgicas que aparecieron tras realizar la mastectomía subcutánea bilateral con reconstrucción inmediata con expansor fue de 5 casos en el primer grupo y 1 en el segundo.

Conclusiones
Se producen más complicaciones en las reconstrucciones de las pacientes tratadas previamente con cirugía conservadora y radioterapia que en aquellas en las que se realiza directamente la mastectomía subcutánea bilateral. Por ello, es importante agilizar el diagnóstico genético en las pacientes con sospecha de cáncer hereditario para evitar dichas complicaciones.

Bibliografía

- *1.- Hartmann LC, Lindor NM. The Role of Risk-Reducing Surgery in Hereditary Breast and Ovarian Cancer. N Engl J Med 2016, 374: 454-68.*

2.- Nelson HD, Pappas M, Zakher B et al. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cáncer in women: a systematic review to update the U.S. Preventive Servicies Task Force recommendation. Ann Intern Med 2014; 160: 255-66.

3.- Giuliano AE, Boolbol S, Degnim A et al. Society of Surgical Oncology: position statement on prophylactic mastectomy: approved by the Society of Surgical Onocology Executive Council, March 2007. Ann Surg Oncol 2007; 14: 2425-7.

217/275. EFICIENCIA DEL USO DE PGE EN LA PREINDIUCCIÓN DEL PARTO : COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE MADURACIÓN CERVICAL (DISPOSITIVO VAGINAL DE DINOPROSTONA 10 MGR FRENTE A LA PGE1 COMPRIMIDOS VAGINALES 25 MCGR)

Autores:
(1) Rodríguez González, Nerea; (2) Galán Gutiérrez, María Jesús; (3) Sandino López, Myriam; (4) Navarrete Domínguez, Jessica.

Centro de Trabajo:
(1) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.; (2) Residente Hospital Juan Ramón Jiménez; (3) Facultativo de Área de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jimenez. Huelva.; (4) Facultativo Especialista de Área de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.

Resumen:

Objetivos
Valorar la eficiencia de dos tratamientos empleados en la preinducción del parto (PGE1 compr. vaginales de 25 mcg (Misofar©) PGE2 vaginal (Dinoprostona 10 mg) (Propess©).

Metodología
Estudio prospectivo aleatorizado sobre una muestra de 1106 casos de gestantes , test de Bishop desfavorable ≤ 6 , sin contraindicación para el parto vaginal y en ausencia de criterios de exclusión del estudio.

Resultados
ÉXITO/FRACASO DE LA MADURACIÓN/INDUCCIÓN CON PGE:

El 47´5% de los casos se consiguó el éxito de la maduración con Dinoprostona , frente al 62% con Misoprostol (diferencia estadísticamente significativa).

En relación al éxito/fracaso/interrupción de la Inducción ,los resultados son similares: 72´9% de éxitos con la Dinoprostona y del 86´6% con el Misoprostol y una interrupción del 15´8% frente al 8% . (p=0,000)

-ÉXITO/FRACASO SEGÚN TEST DE BISHOP INICIAL

Cuando el bishop inicial es de 0-1 y 4-6 la única variable estudiada que presenta diferencia estadísticamente significativa a favor del misoprostol fue el éxito en la terminación de la inducción (maduración + empleo de oxitocina),no encontrándose diferencia significativa cuando el bishop inicial era de 2-3.

La consecución del éxito con maduración y la vía vaginal del parto cuando el bishop inicial es de 2-6 presenta diferencia estadísticamente significativa a favor del misoprostol comparando ambos grupos, no encontrándose dicha diferencia cuando el bishop inicial era de 0-1.

-EFECTOS SECUNDARIOS

La hipertonía,polisistolia y la aparición de RPBF fue mayor en el grupo de dinoprostona (diferencia estadísticamente significativa) frente al misoprostol.

-Existieron más hemorragias postparto en el grupo de Misoprostol (11%) frente a Dinoprostona (7.3%)(diferencia estadísticamente significativa)

Conclusiones
-EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO:

El tiempo de maduración,tiempo hasta el parto y tiempo total de inducción , no presenta diferencias estadísticamente significativas comparando ambos grupos de prostaglandinas.

No hay diferencias entre la necesidad de oxitocina entre ambos grupos (p=0.48).

La interrupción de la maduración fue mayor en el grupo de la dinoprostona (diferencia significativa).

Bibliografía

- *Guía de asistencia práctica a la inducción al parto SEGO.*

COMUNICACIONES PÓSTERS

217/3. CÁNCER DE OVARIO EN GESTANTE. SEGUIMIENTO, CONDUCTA Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Zapata Muñoz, Miriam; (2) Espinar Barbero, Elvira; (3) Rodríguez Marín, Ana Belén.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente 4. Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba.Córdoba. España.; (2) Médico Interno Residente 4. Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba.Córdoba. España.; (3) Médico Interno Residente 4. Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba. Córdoba. España.

Resumen:

Objetivos
Exponer el seguimiento y tratamiento de cáncer de ovario durante la gestación a propósito de un caso

Metodología
Historia clínica de paciente diagnosticada de cáncer de ovario en la semana 11 de gestación, desde el momento del diagnóstico hasta la finalización de la gestación.

Resultados
MC. S. A., 36 años. Sin antecedentes médicos de interés. M: 13, FM: 4/28, FO: G2P1. FUR: 27/11/2015. 11/08/2015: en revisión: quiste ovario izquierdo de 64x48mm. Doppler negativo, con ecogenicidades en su interior. Marcadores tumorales negativos. 15/03/2016: laparotomía por persistencia de masa anexial izquierda de 12cm de eje mayor, en contacto con otra de 5cm, con varias papilas, Doppler negativo. Se realiza Quistectomía-Ooforectomía izquierda con rotura en campo aislado saliendo líquido mucinoso. Quistectomía respetando ovario derecho. Resultado Anatomopatológico: Ovario izquierdo: Cistoadenocarcinoma mucinoso. Infiltra cápsula ovárica sobrepasándola. Ovario derecho: Cistoadenocarcinoma mucinoso que infiltra cápsula. Lavado peritoneal: células mesoteliales, no atipias. 7/04/2016: se le propone realizar Quimioterapia durante la gestación empleando Carboplatino y Placlitaxel en ciclos de 21 días. En abril y Mayo realiza dos ciclos de quimioterapia. En la ecografía de las 20 semanas imagen de 53 x 34 en ovario derecho. RMN: persistencia vs recidiva de tumoración sólida, con implantes peritoneales. El día 19/07/2016, tras un 3er ciclo de quimioterapia, a las 33 semanas de gestación, tras maduración pulmonar fetal con corticoides, se realiza cesárea (recién nacido mujer de 2450 gr, Apgar 9/10, pH 7.35), histerectomía, anexectomía y peritonectomía.

Conclusiones
Las cirugías con objetivo terapéutico se deben realizar en cualquier momento de la gestación si hay peligro para la vida de la paciente. Durante el 2° y 3er trimestre, casi todos los antineoplásicos se pueden emplear con seguridad fetal.

Bibliografía

- *American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. Committee Opinion. Obstet Gynecol. 2004; 104: 647-51.*
- *Amant F, Brepoels L, Halaska MJ, et al. Gynaecologic cancer complicating pregnancy: an overview. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2010; 24:61*

217/4. DIAGNÓSTICO PRENATAL DE LISENCEFALIA

Autores:
(1) Zapata Muñoz, Miriam; (2) Rodríguez Marín, Ana Belén; (2) Espinar Barbero, Elvira.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente 4. Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba.Córdoba. España.; (2) Médico Interno Residente 4. Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba. Córdoba. España.

Resumen:

Objetivos
Describir el diagnóstico y seguimiento prenatal de lisencefalia, a propósito de un caso.

Metodología
Historia clínica gestacional y seguimiento neonatal de feto con sospecha de patología neurológica prenatal.

Resultados
Primigesta de 30 años, sin antecedentes de interés, FUM: 02/05/2014. En ecografía de cribado de cromosomopatías de primer trimestre: plexos coroideos pequeños, se deriva a la paciente a la consulta de Medicina Fetal. En semana 14: plexos coroideos pequeños con anatomía de SNC normal y crecimiento acorde. En semana 17: ventrículos laterales entre 9-10mm. Se realiza amniocentesis:normal y en semana 21 se realiza neurosonografía: ventrículos laterales cerebrales límites y plexos coroideos hipoplásicos. Se solicitan serologías y RM, que evidencia lo anteriormente descrito. En semana 24 se reevalua: serologías negativas y ecografía: ventrículos laterales límites, refuerzo periventricular e imagen de pseudoquiste en asta anterior de ventrículo lateral derecho. Tercer y cuarto ventrículo normales. Cisura de Silvio y parietooccipital normal. En la semana 35: ventrículos laterales inferiores a 10mm. No se aprecian con nitidez los surcos de la convexidad. Paredes de ventrículos laterales menos refringentes que en ecografías anteriores. Subjetivamente, surcación deficitaria. Al nacimiento, se observó en el recién nacido macrocefalia de 36,5cm. Ecografía transfontanelar postnatal: ventriculomegalia supratentorial con paredes de ventrículos laterales lobulados. Tabiques en ventrículo lateral a nivel de astas frontales. Ausencia parcial de cuerpo calloso. RM postnatal: lisencefalia parcial que afecta a ambos lóbulos frontales y temporales, donde se observa un patrón giral simplificado. Marcada hipogenesia de cuerpo calloso. Ventriculomegalia supratentorial. Se observan imágenes lineales en astas frontales de ventrículos laterales compatible con coartaciones ventriculares

Conclusiones
La lisencefalia tiene mal pronóstico;se manifiestan en el primer año de vida. En la mayoría de los pacientes causa epilepsia refractaria y retraso grave del desarrollo psicomotor. Es importante el estudio genético y con neuroimágenes de alta resolución para realizar un diagnóstico precoz, predecir evolución y ofrecer consejo genético.

Bibliografía

- *International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology Education Committee. Sonographic examination of the fetal central nervous system: guidelines for performing the 'basic examination' and the 'fetal neurosonogram'. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 29:109.*

217/5. TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN PACIENTE CON NEUMOTÓRAX CATAMENIAL RECURRENTE.

Autores:
(1) Dyachkova, Nataliya; (2) Presa Lorite, Jesús Carlos; (2) Gómez Fernández, Julia; (2) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén. España.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén. España.

Resumen:

Objetivos
Estudiar el tratamiento con anticonceptivos hormonales en paciente con neumotórax catamenial recurrente a propósito de un caso.

Metodología
Caso clínico

Resultados
Paciente de 47 años en seguimiento en Ginecología desde hace 15 años por endometriosis.

Como antecedente personales destaca intervención mediante laparoscopia de quiste endometriósico hace 10 años.

En 2009 presenta episodio de neumotórax catamenial precisando drenaje pleural, instaurando desde entonces tratamiento con danazol que abandona precozmente por mala tolerancia al mismo. Posteriormente presenta dos nuevos epidosios de neumotorax catamenial, por lo que se propone tratamiento quirúrgico: anexectomía bilateral que la paciente no desea, versus uso de con anticoncepción hormonal con sólo gestágenos, que se inicia con el consentimiento de la paciente. Tras instaurar dicho tratamiento la paciente no vuelve a presentar episodios de neumotorax, con buena tolerancia al mismo.

Conclusiones
El neumotórax catamenial es una rara entidad caracterizada por la aparición de aire en el espacio pleural durante la menstruación. Su presentación clínica es muy variada, asociándose a endometriosis, y estableciéndose el diagnóstico frecuentemente por las manifestaciones clínicas.

El tratamiento del neumotórax catamenial no se ha definido con claridad, debiendo ser individualizado para prevenir nuevas recurrencias. Los anticonceptivos hormonales son una opción válida que se debe tener en cuenta en estas pacientes.

Bibliografía

- *1. Hoffman BL, Achorge JO, Schaffer JI, et al. Williams Ginecología. 2ª edición. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2015.*
- *2. Marjański T, Sowa K, Czapla A, Rzyman W. Catamenial pneumothorax – a review of the literature. Polish Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 2016; 13(2):117-121.*

217/6. PROBLEMÁTICA CON DISPOSITIVO ESSURE

Autores:
(1) Zapata Muñoz, Miriam; (2) Rodríguez Marín, Ana Belén; (3) Duro Gómez, Jorge.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente 4. Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba.Córdoba. España.; (2) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Público De Montilla. Córdoba. España.

Resumen:

Objetivos
Estudiar la problemática aparecida en pacientes portadoras del dispositivo Essure y datos relacionados con el mismo.

Metodología
Base de datos de Essure de la consulta de Histeroscopia del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Resultados
Son 99 las pacientes que han acudido a Consulta de Histeroscopia solicitando la retirada del dispositivo Essure hasta el 7/8/16. 26 han sido ya intervenidas y el resto están en lista de espera quirúrgica.

De las 99 pacientes, 17 tenían alergias medicamentosas, 21 tenían alergia al níquel y 13 a metales a bisutería.

Respecto a las intervenciones previas, 14 pacientes tenían antecedente de cesárea, 8 apendicectomía, 2 de ellas quistectomía/ooforectomía por patología anexial.

En la muestra encontramos pacientes con 1 año desde que se le colocó el dispositivo hasta pacientes que llevaban 12 años. La media es de 5.60+/-0.33 años.

A los 3 meses de su colocación, en la revisión, 77.01% de pacientes no presentaban dolor, 13.79% un dolor leve y 8.05% de pacientes un dolor moderado. El grado de satisfacción en este momento en cuanto al método era en un 7.06% de pacientes no satisfechas, 20% de satisfechas y 72.94% de muy satisfechas. El 100% lo recomendarían.

Cuando se solicita la retirada, la sintomatología más frecuentemente referida era en un 62.24% de los casos el dolor pélvico, 10.20% hipermenorreas, en un 6.12% casos de alergia y 5.10% un dolor lumbar. La media de tiempo de aparición de síntomas es de 57.40 +/-3.99 meses.

El 45% de estas pacientes refieren que el motivo por el que desean la retirada es por la inmediatez entre la inserción y la aparición del síntoma asociado.

Tras la retirada, el 32% de las pacientes estaba muy bien, el 36% estaba bien, el 24% regular y el 8% mal.

En cuanto a dicha mejoría, 40% tenía una mejoría total, 44% parcial y el resto no presentaba mejoría.

Conclusiones
Es necesario continuar con el estudio para encontrar una asociación entre portador de dispositivo y sintomatologia

Bibliografía

- *Povedano B, Arjona JE, Velasco E, Monserrat JA,Lorente J, Castelo-Branco C. Complications of hysteroscopy Essure ® sterilisation: report on 4306 procedures performed in a single centre. BJOG 2012;*
- *119(7):795-9.*

217/7. CASO CLÍNICO: RETENCIÓN PLACENTARIA POR ÚTERO POLIMIOMATOSO

Autores:
(1) Galán Gutiérrez, María Jesús; (2) Rodríguez González, Nerea; (3) Montero Venegas, Francisco Manuel; (4) Granell Escobar, Mª Reyes.

Centro de Trabajo:
(1) Residente Ginecologia Y Obstetricia Hospital Juan Ramón Jimenez.Huelva.; (2) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.; (3) Residente de segundo año del Complejo Hospitalario de Huelva.; (4) Facultativo Especialista en el Area de Obstetricia y Ginecología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Resumen:

Objetivos
La retención placentaria es una importante causa de morbimortalidad materna en todo el mundo sin embargo, que este fenómeno tenga como causa miomas uterinos, es extremadamente raro, encontrándose solo un precedente publicado.

Metodología
Gestante primigesta de 22 semanas sin antecedentes personales de interés. Como antecedentes ginecológicos presenta útero polimiomatoso. Mediante ecografía se diagnostica artrogriposis por lo que la paciente solicita y efectúa ILE. Tras inducción del parto se produce expulsión de feto malformado quedando la placenta retenida en fondo uterino por lo que se realiza extracción bajo anestesia en quirófano y legrado que resulta muy dificultoso. En ecografía posterior se describe: utero polimiomatoso destacando 2 miomas de 12x10cm y 9x9cm en fondo, a cada lado de la cavidad endometrial observándose por encima y por detrás de estos, formación de ecogenicidad similar a tejido placentario de 74x51x85mm. Ante la estabilidad clínica y analítica de la paciente se decide alta con controles de beta-HCG seriados y antibioterapia domiciliaria. A los 5 dias la paciente reingresa por dolor abdominal y fiebre. Tras un segundo legrado evacuador con el que tampoco se consigue extraer la placenta, se administran de 75mg de metotrexate IM y se inicia tratamiento con acetato de ulipristal sin éxito.

Resultados
Ante la persistencia de la imagen ecográfica y de la clínica de la paciente, se decide realizar laparotomía con intención conservadora pero existiendo posibilidad de histerectomía. Durante la intervención se realiza miomectomías y se accede a cavidad para extraer la placenta que se encuentra necrosada, finalizando la intervención con éxito. El postoperatorio resulta favorable siendo dada de alta la paciente a los 3 días de la intervención.

Conclusiones
Se presenta un caso clínico de difícil manejo por lo que la intención de tratamiento ha sido de menos a más invasivo. Sólo debe ser considerada la miomectomía y el acceso a cavidad después de que otros métodos menos invasivos no hayan tenido éxito ya que esta intervención conlleva un alto riesgo de histerectomía.

Bibliografía

- *Mbamara SU, et al. Myomectomy for Retained Placenta Due to Incarcerated Fibroid Mass. Ann Med Health Sci Res. 2015 Mar-Apr; 5(2): 148-151. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4389334/*

217/8. HISTERECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA, EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL GENERAL SANTA MARÍA DEL PUERTO

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Vico De Miguel, Francisco Javier; (3) Pantoja Rosso, Francisco Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (3) Jefe Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital General Santa María Del Puerto. Puerto De Santa María. Cádiz. España.

Resumen:

Objetivos
Valorar el manejo de la histerectomía laparoscópica en nuestro servicio, y confirmar que el abordaje laparoscópico es seguro y reproducible para esta intervención

Metodología
Estudio observacional prospectivo de las 25 primeras histerectomías laparoscópicas realizadas en nuestro servicio (por el mismo equipo quirúrgico), dividiéndolas en 5 grupos de 5 en función de la fecha de realización. Se ha analizado variables como el tipo de histerectomía, indicación, técnica quirúrgica, complicaciones, edad, tiempo quirúrgico etc…

Resultados
De las 25 histerectomías (11 de ellas con laparotomía previa), 20 fueron totales y 5 subtotales (todas con salpinguectomía bilateral, menos 9 con doble anexectomía)

La edad media fue de 57 años (36-72) con un IMC medio de 27.2 (22-32)

Indicaciones: 17 útero miomatoso, 2 cáncer de endometrio, 2 hiperplasias endometriales, 2 hipermenorreas refractarias a tratamiento médico, 1 algias pélvicas y 1 displasia cervical severa

Se produjeron 3 complicaciones (12%): perforación intestinal, lesión vesical y dehiscencia de sutura. De las complicaciones, el 66% fueron en pacientes con laparotomía previa. Hubo 1 conversión a laparotomía y 2 de las complicaciones necesitaron reintervención (laparotómica: perforación intestinal y vaginal: sutura de dehiscencia)

La media de hospitalización fue de 3 días, y el tiempo quirúrgico medio fue de 105 minutos (60-180)

Conclusiones
La vía laparoscópica es un abordaje seguro para la realización de histerectomías en la actualidad

El grupo de las primeras 5 intervenciones tuvo el 66% de las complicaciones, y una media de tiempo quirúrgico de 150 minutos, mientras que el grupo de las 5 últimas, tuvo un 0% de complicaciones, con un tiempo quirúrgico medio de 75 minutos.

Bibliografía

- *Lete I et al. La histerectomía laparoscópica: un abordaje posible. Estudio retrospectivo de las histerectomías laparoscópicas realizadas en un hospital público. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(11):649-55*
- *Eduardo Serna A et al. Histerectomía laparoscópica total, curva de aprendizaje: experiencia de la clínica del Prado, Medellín, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(6): 367 – 374*

- *Navarro-Newball H. Histerectomía laparoscópica: Sistematización del procedimiento y propuesta para programas de capacitación. Colombia Médica Vol. 36 N° 2, 2005 (Abril-Junio)*
- *Campo R et al. Are you good enough for your patients? The European certification model in laparoscopic surgery. Facts Views Vis Obgyn. 2012; 4(2): 95–101.*

217/9. METOTREXATE EN PAUTA MULTIDOSIS. TRATAMIENTO MÉDICO EFICAZ DE LA GESTACIÓN ECTÓPICA CORNUAL.

Autores:

(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos

La localización extratubárica de la gestación ectópica es poco frecuente, lo que dificulta y retrasa el diagnóstico, pudiendo ocasionar una importante repercusión clínica sobre las pacientes.

El tratamiento de las formas cornuales habitualmente es quirúrgico ya que el diagnóstico se suele realizar de forma tardía, secundariamente a cuadros de hemoperitoneo con inestabilidad clínica. El manejo terapéutico con metotrexate es una buena opción para el tratamiento de este tipo de gestaciones cuando no se han accidentado aún, pudiendo utilizarse varias pautas para su resolución.

Metodología

Caso clínico de tratamiento con pauta multidosis de metotrexate con ácido folínico (el protocolo terapéutico comienza administrando vía intramuscular 50 mg de metotrexate los días 1, 3, 5 y 7 de tratamiento y 5 mg intramusculares de ácido folínico los días 2, 4, 6 y 8) , en gestación ectópica cornual izquierda con embrión de 3 cm de CRL sin actividad cardíaca y una determinación de β-HCG en sangre de 17656 mU/ml.

Resultados

A los 14 días del inicio del tratamiento se realizó un nuevo control de B-HCG que tuvo como resultado 2519 mU/ml, considerándose por tanto el tratamiento médico como satisfactorio. A partir de ese momento se realizaron controles semanales hasta que la β-HCG se negativizó 6 meses después, comprobándose ecográficamente la normalidad de la región cornual izquierda. Los controles ginecológicos posteriores resultaron normales.

Conclusiones

La gestación cornual es una forma poco frecuente de gestación ectópica pero que puede producir importantes efectos sobre la estabilidad hemodinámica de la paciente. Su diagnóstico se basa en criterios ecográficos y en la determinación seriada de β-HCG en sangre materna. El tratamiento quirúrgico actualmente, ha pasado a un segundo escalón terapéutico en beneficio de las formas conservadoras, basadas en la terapia con metotrexate que permiten obtener muy buenos resultados conservando la fertilidad materna.

Bibliografía

- *SEGO. Protocolo Embarazo Ectópico. Prog Obstet Ginecol. 2007; 50(6): 377-85*
- *Faraj R, Steel M. Management of cornual (interstitial) pregnancy. The Obstetrician & Gynaecologist www.rcog.org.uk/togonline 2007; 9: 249–255*
- *Emery A, Buentipo B. Sonographic Detection of Cornual Ectopic Pregnancy. JDMS 24:252–256 July/August 2008*
- *Stovall TG, Ling FW. Ectopic pregnancy: diagnostic and therapeutic algorithms minimizing surgical intervention. J Reprod Med 1993; 38: 807-12.*

217/10. MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS COMPLICACIONES PUERPERALES

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Gómiz Rodriguez, Guillermo; (4) Pantoja Rosso, Francisco Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (3) Médico Especialista En Medicina De Familia Y Comunitaria. Hospital General Santa María Del Puerto. Puerto De Santa María. Cádiz. España.; (4) Jefe Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital General Santa María Del Puerto. Puerto De Santa María. Cádiz. España.

Resumen:

Objetivos
La miocardiopatía postparto es una patología potencialmente letal y puede asociarse con una elevada morbimortalidad tanto materna como fetal. La mayoría de los pacientes la presentan en los primeros cuatro meses de puerperio o en el último mes de gestación, pasando desapercibida en muchas ocasiones por considerar los síntomas propios del embarazo. Como diagnóstico, nos apoyamos en el electrocardiograma, la radiografía de tórax, niveles de péptido natriurético auricular (BNP) y la ecocardiografía, como método fundamental para confirmar la disfunción ventricular. El tratamiento se basa en medidas de soporte para una miocardiopatía dilatada, evitando los fármacos teratogénicos durante el periodo de lactancia.

Metodología
Caso clínico en el que, en el puerperio inmediato, se produce un cuadro brusco de miocardiopatía postparto que evoluciona favorablemente

Resultados
Se instauró tratamiento con depleción de volumen con el cual evolucionó favorablemente. Tras la estabilización de la paciente, se pautó tratamiento con diuréticos, agentes inotrópicos, betabloqueantes e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. El alta hospitalaria fue entregada a los seis días del ingreso con tratamiento domiciliario de bisoprolol 5 mg cada 12 horas, ivabradina 5 mg cada 12 horas y ramipril 5 mg cada 12 horas.

Conclusiones
La miocardiopatía postparto es una entidad potencialmente mortal, asociada a una morbimortalidad maternofetal elevada. Los signos y síntomas de la misma pueden ser variados, por lo que debe prestarse atención tanto al postparto inmediato como al puerperio, ya que la incidencia está en continuo incremento. Los métodos diagnósticos resultan esenciales en el proceso; y el ecocardiograma imprescindible para evaluar la función sistólica. El tratamiento consiste en medidas de soporte para una miocardiopatía dilatada, con especial atención a la elección de los fármacos adecuados para el periodo puerperal.

Bibliografía

- *A.J. McGregor, R. Barron, K. Rosene-Montella.The pregnant heart: cardiac emergencies during pregnancy. Am J Emerg Med, 33 (4) (2015), pp. 573–579*
- *U. Elkayam. Clinical characteristics of peripartum cardiomyopathy in the United States: diagnosis, prognosis, and management. J Am Coll Cardiol, 58 (2011), 659–670*
- *Acosta Ussa KL. Uso de Bromocriptina en miocardiopatía Periparto: revisión de la literatura. Universidad de Bogotá. 2013.*
- *Hilfiker-Kleiner D, Bauersachs J. Cardiovascular disease in pregnancy. Dtsch Med Wochenschr. 2016 Jan;141(2): 110-4.*

217/11. ESTERILIDAD PRIMARIA EN PACIENTE CON SÍNDROME MALFORMATIVO POR ALTERACIÓN EN LA EMBRIOGÉNESIS DE LOS CONDUCTOS DE MÜLLER Y WOLFF

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Jiménez Sánchez, Cecilia.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (3) Investigadora Del Departamento De Farmacología De La Universidad De Granada. Granada. España.

Resumen:

Objetivos
El Síndrome Herlyn-Werner-Wunderlich es un trastorno congénito extremadamente raro, caracterizado por la presencia de útero didelfo, septo vaginal con hemivagina ciega y agenesia renal, producido por una alteración en la embriogénesis de los conductos de Müller y Wolff. Su mayor repercusión clínica afecta a la fertilidad de la paciente, siendo necesario recurrir con frecuencia a técnicas de reproducción asistida para conseguir descendencia.

Metodología
Caso clínico de gestación espontánea (con buenos resultados maternofetales) en una paciente con síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.

Resultados
Tras varias intervenciones quirúrgicas y técnicas de reproducción asistida fallidas; tuvo una gestación espontánea, con buenos resultados maternofetales.

Conclusiones
El diagnóstico se basa en la suma de la sospecha clínica y las técnicas de imágen, donde la combinación de ecografía, resonancia nuclear magnética e histerosalpingografía, permiten una adecuada descripción de este síndrome y una planificación de las opciones terapéuticas que pueden llevarse a cabo. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, basado en la corrección tanto de las alteraciones que producen los fenómenos de retención menstrual, como el de las malformaciones uterinas que derivan en los problemas de infertilidad, muy frecuentes en estas pacientes. El pronóstico de estas pacientes es bueno, sobre todo en aquellas diagnosticadas y tratadas de forma precoz, aunque en los casos en los que la obstrucción o atresia vaginal y/o cervical sea completa, los beneficios de las terapias serán mucho menores. Aún en pacientes con resultados reproductivos positivos, las gestaciones obtenidas se considerarán de alto riesgo, teniendo en cuenta la mayor tasa de partos pretérminos, abortos, distocias de posición, cesáreas, etc...

Bibliografía

- *Kumar Sen K, Balasubramaniam D and Kanagaraj V. Magnetic resonance imaging in obstructive Müllerian anomalies J Hum Reprod Sci. 2013 Apr-Jun; 6(2): 162–164.*
- *Iavazzo C, Kokka F, Sahdev A, Singh N and Reynolds K. Uterine Carcinosarcoma in a Patient with Didelphys Uterus. Case Rep Obstet Gynecol. 2013; 2013: 401962.*
- *Cipullo L, Milosavljevic S and van Oudgaarden ED. Uterus Didelphys: Report of a Puerperal Torsion and a Review of the Literatur. Case Rep Obstet Gynecol. 2012; 2012: 190167.*
- *Piccinini PS and Doski J. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a case report. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2015 Apr; 37 (4): 192-196.*

217/12. LINFADENECTOMÍA AORTOCAVA RETROPERITONEAL VS TRANSPERITONEAL EN EL HUV MACARENA DE SEVILLA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) De La Chica Rubio, Verónica; (3) Peláez Marín, Gonzalo; (4) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (3) Médico Residente De 3° Año del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (4) Médico Residente De 4° Año Del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos
Comparación entre el abordaje transperitoneal y el extraperitoneal en la linfadenectomía paraaórtica laparoscópica, mediante el análisis de una serie de variables

Metodología
Hemos analizado una muestra de 24 pacientes intervenidas por la unidad de Oncología Ginecológica del HUV Macarena de Sevilla entre los meses de Enero de 2015 y Febrero de 2016. Se han clasificado en dos grupos: transperitoneal (n= 15) y retroperitoneal (n=9).

Hemos realizado un análisis observacional retrospectivo mediante Test exacto de Fisher y test X2 en las univariables cualitativas y la T de Student en las cuantitativas y se ha tenido en cuenta un nivel de significación del 5%. Las variables comparadas han sido la duración en minutos de la intervención, el número de ganglios paraaórticos obtenidos, la pérdida hemática, la necesidad de reconversión a cirugía laparotómica, las complicaciones, la estancia hospitalaria en días, la necesidad de reintervención y la de reingreso.

Resultados
Existen diferencias significativas en cuanto a la duración de la intervención, (con una media de 357 minutos en retroperitoneal frente a los 311 en transperitoneal); también en el IMC de las pacientes, más alto en retroperitoneal (32.2 de media, frente al 27.9 del grupo transperitoneal).

No hay diferencias significativas en las otras variables.

La pérdida hemática es similar en ambos abordajes, 2.6g/dL de hemoglobina de media el grupo retro y 2 el grupo transperitoneal.

Conclusiones
No hay diferencias significativas en las complicaciones entre ambos grupos.

Las únicas diferencias significativas se dan en la mayor duración del abordaje extraperitoneal y el mayor IMC de las pacientes.

Pérdidas de hemoglobina y días de ingreso hospitalario similares.

Tendencia a conseguir mayor número de ganglios con vía extraperitoneal

Bibliografía

- *Díaz-Feijoo B1 et al. Prospective Randomized Trial Comparing Transperitoneal Versus Extraperitoneal Laparoscopic Aortic Lymphadenectomy for Surgical Staging of Endometrial and Ovarian Cancer: The STELLA Trial. Ann Surg Oncol. 2016 Sep;23(9):2966-74.*
- *Naoura I et al. A propensity score evaluation of single-port or multiport extraperitoneal para-aortic lymphadenectomy and the transperitoneal approach for gynecological cancers. Bull Cancer. 2016 Apr;103(4):320-9.*
- *Beytout C et al. Single-Port Extra- and Transperitoneal Approach for Paraaortic Lymphadenectomy in Gynecologic Cancers: A Propensity-Adjusted Analysis. Ann Surg Oncol. 2016 Mar;23(3):952-8.*

217/13. VALORACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) De La Chica Rubio, Verónica; (4) Peláez Marín, Gonzalo.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (3) Médico Residente De 4° Año. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (4) Médico Residente de 3° Año. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos
Queremos observar si el nivel de dificultad de la intervención presumible, previo a la misma, y la experiencia quirúrgica del cirujano y el ayudante influyen en el número de complicaciones, tasa de reintervención, reingreso, etc… en la cirugía ginecológica laparoscópica.

Metodología
Estudio retrospectivo de laparoscopias realizadas en el HUV Macarena de Sevilla durante 1 año por patología benigna (195). Las variables son:

- Complicaciones
  - Intraoperatorias
  - Intrahospitalarias
  - Tardías
- Reintervenciones
- Conversión a laparotomía
- Reingreso
- Pérdida hemática
- Tiempo quirúrgico
- Estancia hospitalaria
- IMC

Resultados
El nivel de dificultad previo a la cirugía más frecuente fue el 3 (49.2%) y el menos frecuente el 1 (6.2%)

La media del tiempo quirúrgico fue de 90 minutos (Intervalo de 15 a 280 minutos)

Se produjeron

- 18 complicaciones intraoperatorias (9.2%)
- 14 complicaciones intrahospitalarias (7.2%)
- 5 complicaciones tardías tras el alta (2.6%)

La pérdida hemática media fue de 2 puntos de hemoglobina

Estancia hospitalaria de 1 día en el 45.1% de las cirugías

En función de la pareja de cirujanos

- La cirugía más frecuente fue la de nivel 2
- La pareja con más complicaciones intraoperatorias e intrahospitalarias fue la formada por Adjunto experto/Adjunto no experto con un 22.3%
  - La pareja con más complicaciones tardías fue la formado por Adjunto no experto/Adjunto no experto con un 6.3%

- La pareja con mayor tiempo quirúrgico medio fue la formada por Adjunto experto/Adjunto experto
- La pareja con mayor pérdida hemática media fue la formada por Adjunto experto/Adjunto no experto
- Respecto al nivel de dificultad previo a la cirugía, sólo fue estadísticamente significativo el tiempo quirúrgico medio

Conclusiones

Tanto la pérdida hemática como el tiempo quirúrgico aumenta proporcionalmente con el nivel de dificultad, con significación estadística.

La experiencia quirúrgica del cirujano principal parece influir en la tasa de complicaciones

Bibliografía

- *Agarwal P et al. Risks and Benefits of Total Laparoscopic Hysterectomy and the Effect of Learning Curve on Them. J Obstet Gynaecol India. 2016 Oct;66(5):379-84.*
- *Dolanbay M et al. Laparoscopically-assisted vaginal hysterectomy for enlarged uterus: operative outcomes and the learning curve. Ginekol Pol. 2016;87(5):333-7.*
- *Mavrova R et al. Learning curves for laparoscopic hysterectomy after implementation of minimally invasive surgery. Int J Gynaecol Obstet. 2016 Aug;134(2):225-30.*

217/14. MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS PERIPARTO; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TRASTORNOS CARDIACOS EN GESTANTES

Autores:

(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Gómiz Rodriguez, Guillermo; (4) Pantoja Rosso, Francisco Javier.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena .Sevilla. España.; (3) Médico Especialista En Medicina De Familia Y Comunitaria. Hospital General Santa María Del Puerto. Puerto De Santa María. Cádiz. España.; (4) Jefe Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital General Santa María Del Puerto. Puerto De Santa María. Cádiz. España.

Resumen:

Objetivos

La miocardiopatía Takotsubo, o miocardiopatía por estrés, se define como una disfunción del segmento apical del ventrículo izquierdo, aguda, transitoria y reversible. Normalmente se relaciona con algún tipo de agente estresante, ya sea físico o emocional, pudiendo confundirse este cuadro con un síndrome coronario agudo. Se considera una patología rara, pero que es importante incluir en el diagnóstico diferencial de los trastornos cardiacos. Nuestro objetivo es aportar nuestra experiencia en el manejo de esta rara patología, a través de nuestra experiencia en un caso que atendimos en nuestro centro.

Metodología

Caso clínico de un parto instrumentado, en el que se manifiesta un cuadro compatible con una miocardiopatía Takotsubo, posiblemente relacionado con un procedimiento invasivo como factor desencadenante.

Resultados

La evolución es favorable en la mayoría de los casos y el cuadro remite por completo, por lo que el pronóstico en líneas generales se considera bueno, como en nuestro caso.

Conclusiones

La miocardiopatía Takotsubo o, también llamada, miocardiopatía por estrés es una entidad típica de mujeres postmenopaúsicas, con carácter reversible y transitorio, caracterizada por ausencia de estenosis importantes de las arterias coronarias. La base etiológica se encuentra en la hiperactividad simpática, la descarga de catecolaminas, la posterior disfunción microvascular y la consecuente cardiotoxicidad inmediata. El pronóstico, en general, es muy bueno y el cuadro clínico remite por completo en un periodo máximo de tres meses. No obstante, hay que tener en cuenta que las mujeres en el postparto inmediato representan un grupo susceptible de padecer dicho cuadro, variante peculiar de la miocardiopatía periparto. Por lo tanto, se considera esencial el diagnóstico precoz de esta entidad, ya que tanto el tratamiento como el pronóstico depende en gran medida del reconocimiento de la miocardiopatía.

Bibliografía

- *Santos Pérez A es al. Miocardiopatía de Takotsubo. Claves para su diagnóstico. Gaceta médica espirituana 2011; 13(1)*
- *Sharkey SW et al. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. Ciruclation 2005; 111:472-9*
- *Akashi YJ et al. Reversible ventricular dysfunction takotsubo cardiomyopathy. Eur J Heart Fail 2005; 7: 1171-6*

217/15. CONECTIVOPATÍAS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA INTRAPARTO

Autores:
(1) Malvido Garcia, Ana; (1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España.; (2) Médico Residente De 4° Año. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos
El síndrome de Ehlers Danlos se define como un desorden hereditario del tejido conectivo asociado a una mutación en el gen del colágeno, muy poco frecuente en nuestro medio. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, con posterior confirmación mediante estudio genético. Se divide en varios tipos en función de su forma de presentación clínica, con síntomas que pueden variar desde las manifestaciones cutáneas, hasta alteraciones vasculares, digestivas, neurológicas o articulares. Nuestro objetivo es aportar nuestra experiencia en el manejo de esta patología, a través del caso acontecido en nuestro centro.

Metodología
Caso clínico de muerte materna por shock hemorrágico tras parto instrumental, en una gestante no diagnosticada previamente de Síndrome de Ehlers Danlos tipo IV vascular, acontecido en nuestro centro hospitalario.

Resultados
Se considera una enfermedad de alto riesgo obstétrico por lo que es necesario un seguimiento exhaustivo de la paciente durante el embarazo, con especial atención a la vía del parto, que deberá ser consensuada por un equipo multidisciplinar dada la morbimortalidad de dicha patología. En nuestro caso, los resultados obstétricos no fueron satisfactorios.

Conclusiones
El Síndrome de Ehlers Danlos es una patología muy poco frecuente en nuestro medio y con un incidencia baja entre las gestantes. Se divide en varios tipos, siendo el tipo IV unos de los más letales debido a las complicaciones digestivas y hemorrágicas que puede producir. El diagnóstico es clínico, confirmándose mediante estudio genético de las mutaciones producidas en los genes que codifican el colágeno. El tratamiento es sintomático, teniendo importancia capital el manejo profiláctico de la patología, sobre todo en pacientes sometidos a cirugía. El asesoramiento genético es crucial para valorar el riesgo-beneficio de futuras gestaciones, y proponer diferentes alternativas a la pareja portadora, en caso de deseo genésico incumplido.

Bibliografía

- *Dutta I, Wilson H, and Oteri O. Pregnancy and Delivery in Ehlers-Danlos Syndrome (Hypermobility Type): Review of the Literature. Obstet Gynecol Int. 2011; 2011: 306413.*
- *Castori M . Ehlers-Danlos Syndrome, Hypermobility Type: An Underdiagnosed Hereditary Connective Tissue Disorder with Mucocutaneous, Articular, and Systemic Manifestations. ISRN Dermatol. 2012; 2012: 751768.*
- *Germain DP. Ehlers-Danlos syndrome type IV. Orphanet J Rare Dis. 2007; 2: 32.*

217/16. MIOMA PARASITARIO DE ORIGEN DIGESTIVO. TUMORACIÓN A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS PÉLVICAS

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Alcalá Alcalde, María Del Mar; (3) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Poniente. El Ejido. Almería. España.; (3) Médico Residente De 4° Año Del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos
Los miomas uterinos son los tumores sólidos, de características benignas y de origen pélvico, más frecuentes en la mujer. Su localización más habitual es en el cuerpo uterino, cérvix y ligamento ancho, sin embargo, pueden presentar localizaciones más infrecuentes a nivel extragenital y/o incluso de forma parasitaria. Los miomas parásitos son aquellos que se encuentran separados del útero recibiendo perfusión de otro órgano o estructura abdomino-pélvica. Nuestro objetivo es informar sobre el manejo de este tipo de masas e introducirla en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones pélvicas, sobre todo en pacientes con antecedentes de morcelación no estanca.

Metodología
Caso clínico de una paciente sin antecedentes de cirugía ginecológica en la que, durante la realización de la histerectomía laparoscópica por diagnóstico de útero miomatoso se descubre una tumoración intestinal que, finalmente se filia como mioma intestinal primario tras su estudio anatomopatológico.

Resultados
Fueron satisfactorios, consiguiéndose la resección de la masa conjuntamente al servicio de cirugía general y extrayendo la misma vía vaginal, tras histerectomía laparoscópica sin complicaciones intra ni postoperatorias.

Conclusiones
Los miomas parásitos son muy infrecuentes, en especial aquellos localizados en el intestino delgado, algo totalmente opuesto a los miomas de origen uterino, considerados como el tumor benigno más frecuente de la mujer. Su incidencia está en aumento debido a las técnicas de resección y morcelación de miomas vía laparoscópica. No obstante, puede asociar la aparición iatrogénica de nódulos en la cavidad abdominal, incluso una diseminación peritoneal de implantes miomatosos. Por lo tanto, podemos decir que es importante contemplar la posibilidad de un mioma parásito en el diagnóstico diferencial de una tumoración sólida abdomino-pélvica, con especial interés en aquellas mujeres que han sido intervenidas previamente por patología ginecológica miomatosa.

Bibliografía

- *Kho KA, Nezhat C. Parasitic myomas. Obstet Gynecol 2009;114:611-615.*
- *Moon HS et al. Parasitic leiomyoma in the abdominal wall after laparoscopic myomectomy. Fertil Steril 2008;90:1201.*
- *Kelly, H.A. and Cullen, T.S. Myomata of the uterus. WB Saunders, Philadelphia;1909 (13).*

217/17. TEJIDOS CICATRICIALES UTERINOS, ¿LOCALIZACIÓN DE RIESGO DE GESTACIONES ECTÓPICAS?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Vico De Miguel, Francisco Javier; (3) Pantoja Rosso, Francisco Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (3) Jefe Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital General Santa María Del Puerto. Puerto De Santa María. Cádiz. España.

Resumen:

Objetivos
El embarazo molar es una forma anormal de gestación poco frecuente en nuestro medio. Su diagnóstico se suele producir como consecuencia de manifestaciones clínicas, que se confirman posteriormente, utilizando la determinación de beta-gonadotropina coriónica humana (B-HCG) en sangre y la ecografía transvaginal. El tratamiento se basa en la evacuación del tejido trofoblástico anómalo mediante legrado uterino aspirativo bajo control ecográfico.

Nuestro objetivo es informar acerca del manejo de los cuadros de implantación trofoblástica en tejidos cicatriciales uterinos, ya que es un fenómeno poco usual y escasamente descrito en la literatura, y que dificulta el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este tipo de patologías.

Metodología
Caso clínico de gestación ectópica molar con imagen ecográfica anómala persistente, en cicatriz de cesárea anterior tras tratamiento; diagnósticada, tratada y actualmente en seguimiento en nuestro centro.

Resultados
Fueron satisfactorios con la pauta multidosis de metotrexate, con un seguimiento normal; pero finalmente fue necesario realizar una histerectomía de urgencia por shock hemorrágico cuando la B-HCG ya se había casi negativizado

Conclusiones
El diagnóstico basado en la determinación de B-HCG en sangre y la ecografía, es básico también para el seguimiento terapéutico de esta patología. Es importante descartar la enfermedad trofoblástica maligna si tras el tratamiento persisten niveles altos de hormona, pero tener en cuenta también la posibilidad de desarrollo de gestaciones ectópicas molares en otras localizaciones, incluso en tejidos cicatriciales uterinos, más aún cuando las imágenes ecográficas puedan ser sugestivas de ello. Por último destacar que el seguimiento debe realizarse hasta la negativización de la B-HCG en sangre en varias muestras, ya que pueden producir clínica importante incluso a títulos muy bajos.

Bibliografía

- *Amin Abdi, Shannon Stacy, Thomas Mailhot, and Phillips Perera,. Ultrasound Detection of a Molar Pregnancy in the Emergency Department. West J Emerg Med. 2013 Mar; 14(2): 121–122.*
- *M. De Vos, M. Leunen, C. Fontaine and Ph. De Sutter. Successful Primary Treatment of a Hydatidiform Mole with Methotrexate and EMA/CO. Case Rep Med. 2009; 2009: 454161*
- *Ben Temime R, Chechia Abdellatif, HW, Attia L, Makhlouf T and Koubaa A. Clinical Analysis and Management of Gestational Trophoblastic Diseases: A 90 Cases Study. Int J Biomed Sci. 2009 Dec; 5(4): 321–325*

217/18. LOCALIZACIÓN ATÍPICA RETROPERITONEAL DE LEIOMIOMA VAGINAL GIGANTE

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos
La patología miomatosa del tracto genital inferior es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Ginecología, sin embargo, la localización vaginal de los mismos r esulta una situación infrecuente de difícil diagnóstico, el cual se lleva a cabo en muchas ocasiones tras un hallazgo casual intraoperatorio. Las manifestaciones clínicas que producen los leiomiomas en esta localización son inespecíficas y el tratamiento quirúrgico es el de elección, generalmente mediante un abordaje por la vía vaginal. Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de masas, e incluirla en el diagnóstico diferencial de tumoraciones pélvicas.

Metodología
Caso clínico de leiomioma vaginal gigante de crecimiento hacia cavidad abdominal en espacio retroperitoneal, intervenido con éxito en nuestro centro.

Resultados
Fueron satisfactorios, pudiéndose realizar una resección completa laparotómica de la masa, sin complicaciones y con una mejoría importante de la sintomatología incapacitante que producía a la paciente.

Conclusiones
La localización vaginal de los leiomiomas es sumamente atípica. Su diagnóstico resulta complejo ya que la mayoría no producen sintomatología alguna y suele llevarse a cabo de forma eminentemente clínica, auxiliado por técnicas de imagen como la ecografía o la RNM. El hallazgo casual durante la cirugía sin sospecha previa es relativamente frecuente. El tratamiento de elección es la exéresis en bloque de la masa por vía vaginal, reservándose el abordaje laparotómico para las ocasiones, muy poco frecuentes en las que se produce el crecimiento de la tumoración hacia la cavidad pélvica, como en nuestro caso.

Bibliografía

- *Waagner W, Liu H, Picon AI. Giant Perineal Leiomyoma: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Surg. 2014; 2014: 629672.*
- *Dane C, Rustemoglu Y, Kiray M, Ozkuvanci U, Tatar Z, Dane B. Vaginal leiomyoma in pregnancy presenting as a prolapsed vaginal mass. Hong Kong Med J 2012 Dec; 18:533-5*
- *Bennett HG Jr, Erlich MM. Myoma of the vagina. Am J Obstet Gynaecol 1941; 42:314-20.*

217/19. TUMOR NEUROECTODÉRMICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel; (3) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España.; (3) Médico Residente De 4º Año. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos
El Sarcoma de Ewing es un grupo de neoplasias derivadas de células redondeadas de pequeño tamaño, de origen neuroectodérmico. El sarcoma de Ewing extraóseo se considera un subtipo dentro de este tipo de tumores que, por lo general, afecta a tejidos blandos de la pared torácica, pelvis, región paravertebral, pared abdominal, región retroperitoneal y las extremidades de los niños y adultos jóvenes, considerándose excepcional la aparición en el tracto genital femenino.

Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de esta infrecuente patología.

Metodología
Caso clínico de una paciente en tratamiento con tamoxifeno por cáncer de mama con posterior diagnóstico de Sarcoma de Ewing extraóseo cervicovaginal, con infiltración masiva de estructuras pélvicas.

Resultados
No fueron satisfactorios, ya que el diagnóstico fue tardío, y sólo se puedo ofertar tratamiento paliativo a la paciente con quimioradioterapia.

Conclusiones
El tumor de Ewing extraóseo o tumor neuroectodérmico periférico primitivo es una lesión extremadamente rara, más aún en localizaciones de origen ginecológico, como la cervical o vaginal. El diagnostico se basa, principalmente, en el estudio de la morfología histopatológica, el examen inmunohistoquímico y las pruebas genéticas, siendo el análisis inmunohistoquímico el medio de diagnóstico de mayor efectividad. Desde el punto de vista terapéutico, el diagnóstico precoz del sarcoma es el principal factor para la supervivencia de estas pacientes; asociado al manejo multidisciplinar, en el que se incluye la combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia, aumentando así la efectividad de la terapia. El pronóstico del tumor neuroectodérmico primitivo de cuello de útero es actualmente desconocido, debido a que se reportan muy pocos casos en la literatura, por lo que se considera difícil de determinar.

Bibliografía
- *Kelleher FC and Thomas DM. Molecular pathogenesis and targeted therapeutics in Ewing sarcoma/primitive neuroectodermal tumours. Clin Sarcoma Res. 2012; 2: 6.*
- *Li B et al. Primary primitive neuroectodermal tumor of the cervix. Onco Targets Ther. 2013; 6: 707–711.*
- *Khosla D, Patel FD, Kumar R. Sarcomas of the uterine cervix: a united and multidisciplinary approach is required. Women's Health (2013) 9(6), 501–504.*

217/20. FOTOCOAGULACIÓN LÁSER MEDIANTE FETOSCOPIA EN STFF, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Marchena Román, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Médico Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.; (3) Médico Residente De 2º Año. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España.

Resumen:

Objetivos
El síndrome de transfusión feto fetal (STFF) es una complicación grave de las gestaciones gemelares monocoriales; consecuencia de la transfusión crónica de sangre del feto donante, al feto receptor, a través de las anastomosis vasculares entre los territorios placentarios de ambos. Nuestro objetivo es informar sobre el manejo multicentro de esta infrecuente patología, en nuestra comunidad autónoma.

Metodología
Caso clínico de una paciente diagnosticada y tratada de un STFF, en los servicios de diagnóstico prenatal y medicina fetal de nuestra comunidad autónoma, con buenos resultados perinatales.

Resultados
Tras el tratamiento con fotocoagulación láser por fetoscopia, se interrumpieron las anastomosis vasculares entre los territorios placentarios de ambos fetos, consiguiendo una remisión del cuadro. Posteriormente se tuvo que practicar una cesárea a las 32 semanas por coriamnionitis y RPBF, con buenos resultados maternofetales.

Conclusiones
El STFF se considera una enfermedad rara (1 de cada 2000 gestaciones) y con un mal pronóstico para los fetos sin tratamiento (mortalidad del 80-100%). El diagnóstico es fundamentalmente ecográfico, basándose en el binomio oligoamnios/polihidramnios, la no visualización de la vejiga, alteraciones en el doppler asociadas a insuficiencia cardiaca por hipervolemia, crecimiento intrauterino retardado, etc… El estadiaje más utilizada por las unidades de medicina fetal en la actualidad se realiza a través de los estadios de Quintero. Actualmente el tratamiento de elección es la fotocoagulación láser de las anastomosis vasculares mediante fetoscopia. La elección del tratamiento dependerá del estado de los fetos y de la edad gestacional. El pronóstico es generalmente bueno con tratamiento, precisando un seguimiento muy estrecho de la gestación. En el 85% de los casos sobrevivirá al menos un feto, y ambos en el 60%. En un 5-6% de casos los fetos sufren lesiones neurológicas, sobre todo asociadas a la prematuridad.

Bibliografía
- *Thia E, Thain S, Yeo GS. Fetoscopic laser photocoagulation in twin-to-twin transfusion syndrome: experience from a single institution. Singapore Med J 2016, Apr 8: 1-17.*

Baud D et al. Twin-twin transfusion syndrome: a frequently missed diagnosis with important consequences. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014 Aug;44(2):205-9.

Van Mieghem T et al. Amniotic fluid markers of fetal cardiac dysfunction in twin-to-twin transfusion syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2010 Jan;202(1):48.

217/21. A PRÓPOSITO DE UN CASO: LABIO LEPORINO

Autores:
(1) Perez-Bryan Padilla, Maria; (2) Rodríguez García, Raquel Laura; (2) Utrera Jiménez, Almudena; (3) Ponce Muñoz, Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras. España.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras. España.; (3) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras. España.

Resumen:

Objetivos
Describir un caso diagnosticado en nuestro centro y presentar un breve resumen sobre ésta patología.

Metodología
Paciente de raza oriental, 45 años de edad, que presenta como único antecedente obstétrico de interés: G7P4A2. Durante la ecografía morfológica de semana 20 se diagnostica un feto varón que presenta defecto central en labio superior, compatible con labio leporino. No llega a visualizarse anomalía en el paladar.

La paciente ingresa a las 39 semanas de gestación, para inducción de parto por diabetes gestacional insulino-dependiente. Durante su estancia en paritorio se diagnostica un RPBF acompañado con metrorragia abundante por lo que se decide realizar cesárea urgente por sospecha de desprendimiento parcial de placenta. Nace un varón vivo con Apgar 9/10 que es valorado por el pediatra de guardia, y se constanta la presencia del defecto ecográficamente diagnosticado.

Resultados
Se denomina labio leporino al defecto congénito que consiste en una hendidura o separación en el labio superior. Se origina por la fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial del embrión y es uno de los defectos de nacimiento más frecuentes (aproximadamente, constituye el 15% de las malformaciones congénitas). Se presenta, frecuentemente, acompañado de paladar hendido o fisura palatina.

En nuestro caso, no se acompañaba de fisura palatina.

Conclusiones
El tratamiento del labio leporino y el paladar hendido depende de la severidad de la malformación. La mayoría de los niños son atendidos por equipos de cirujanos craneofaciales durante su desarrollo, y su tratamiento puede durar toda la vida.

Nuestro paciente será derivado a nuestro Hospital de referencia, para el tratamiento quirúrgico del defecto congénito.

Bibliografía
- *Ecografía en Obstetricia y Ginecología de P. W. Call*

217/22. DIU ABDOMINOPELVICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Martínez Rodríguez, Eva; (2) Romero Garri, Cristina; (3) Ponce Muñoz, Javier; (3) Perez-Bryan Padilla, Maria.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Punta Europa. Algeciras. España.; (2) Médico Especialista En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Punta Europa. Algeciras. España.; (3) Médico Residente En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Punta Europa. Algeciras. España.

Resumen:

Objetivos
Presentación de caso clínico de migración de DIU a cavidad abdominopélvica, resultado de una perforación uterina inadvertida durante su colocación.

Metodología
La perforación uterina es una seria complicación siendo su frecuencia es de 1 de cada 1000 casos y esta puede ocurrir en el momento de la inserción, siendo su mayor incidencia en el puerperio inmediato o como consecuencia de un proceso gradual de migración hacia la cavidad pelviana en caso que el DIU haya quedado parcialmente incrustado y puede comprometer órganos adyacentes, tales como epiplón, vejiga, apéndice y recto-sigmoides.

Si bien la migración abdominal puede ser asintomática, la mayoría de casos producen clínica variable de dolor abdominal

Resultados
Mujer de 36 años con parto eutócico hace 9 meses y colocación de DIU cobre (T-380A) cuya inserción transcurrió sin incidencias hace 6 meses que acude a revisión del mismo.

La exploración física reveló un útero de morfología normal, imposibilidad de visualizar los hilos del DIU sin dolor hipogástrico a la palpación y sin signos de irritación peritoneal. La paciente niega haber expulsado dispositivo por lo que se solicita Rx abdominopélvica donde se visualiza imagen hiperrefrigente en hipocondrio izquierdo.

Ante de duda de compromiso de estructuras vecinas se solicita TAC abdominopélvico localizándose el mismo próximo a colon transverso y sin lesiones.

Se realiza laparoscopia exploradora a la semana extrayéndose DIU sin incidencias. El postoperatorio es favorable dándose alta hospitalaria a las 24 horas.

Conclusiones
Ante la sospecha de migración de DIU se recomienda confirmar diagnóstico con radiografía y realizar laparoscopia para su extracción inmediata, incluso en casos asintomáticos, con el fin de evitar las complicaciones derivadas de su desplazamiento.

Bibliografía
- *1.Lopez L, Bernholc A, Zeng Y, Allen R, Bartz D, O'Brien P, Hubacher D. Intervenciones para el dolor debido a la inserción de dispositivos intrauterinos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 7. Art. No.: CD007373. DOI: 10.1002/14651858. CD007373.*
  Disponible en web: http://www.bibliotecacochrane.com/BCP-GetDocument.asp?SessionID=%2010996820&DocumentID=CD007373
- *2. Voulgaris AM, Lee T, Habib A, Kavia R. The case of the migrating IUD.Practitioner. 2015 Dec;259(1788):25-7, 3.*
  Disponible en web: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26882776

- *3. Huisartspraktijk Jacobs/Lappenschaar, Ballum.Alderlieste WC(1), Jacobs JJ. Ned Tijdschr Geneeskd. No visible strings during an IUD check-up. 2015;159:A8413.*
- *4.http://www.fertilab.net/ginecopedia/anticoncepcion/dispositivos_intrauterinos_diu/articulos.aspx?id_nivel=87&id_articulo=746&id_articulo_padre=746*

217/23. PIELONEFRITIS SECUNDARIA A MASA ANEXIAL GIGANTE

Autores:

(1) Ruiz Alfonso, María de los Ángeles; (2) Ponce Muñoz, Javier; (1) Rodríguez García, Raquel Laura; (2) González Sánchez, Lucía.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras. España.; (2) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras. España.

Resumen:

Objetivos

Describir un caso diagnosticado en nuestro Centro de un quiste anexial gigante que provoca pielonefritis por compresión.

Metodología

- MC: Paciente de 25 años sin AP de interés que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de un mes de evolución que en las últimas horas se ha hecho más intenso en flanco derecho; malestar general, fiebre de hasta 39ºC, vómitos y diarrea.

- Exploración: Abdomen aumentado de tamaño por tumoración pseudosólida que alcanza un través de dedo bajo el ombligo, ligeramente doloroso.

- PPCC:

* Eco abdominal: en la zona dorsocaudal de la vejiga urinaria, creciendo hacia su interior, masa compleja, solidoquística (tabiques gruesos e irregulares) de 10x9x8 cm, poco vascularizada, de naturaleza indeterminada. D/D: foco endometrial ectópico o neoplasia (sarcoma). Se visualiza globo vesical secundario a problema de vaciado por la masa, así como discreta dilatación de la vía urinaria derecha.

* EcoTV: útero en AVF. OD aparentemente normal. Retrouterina, probablemente en región anexial izquierda, gran masa irregular de bordes bien definidos, de 193x115x160 mm con contenido heterogéneo (sólido-quístico), tabiques finos y discreta vascularización Doppler +. No líquido libre.

* TAC con contraste: en el centro de la pelvis lesión quística compleja de 19x15x11 cm que en su parte caudodorsal presenta una zona esférica con numerosos quistes y tabiques más gruesos, sugerente de neoplasia ovárica. Está comprimiendo el uréter derecho en su tercio medio y produciendo uropatía obstructiva derecha. Riñón derecho con defectos de captación cuneiformes (extensa pielonefritis derecha). Útero y vejiga comprimidos y desplazados ventrocaudalmente.

Resultados

Se decide ingreso para tratamiento ATB iv y cirugía urgente. Durante la IQ se visualiza OD aumentado de tamaño a expensas de quiste de contenido mixto de 20 cm. Se realiza salpingooforectomía derecha con drenaje de contenido de quiste (900 cc) y toma de muestra de líquido peritoneal.

Posteriormente la paciente recibe antibioterapia intravenosa (meropenem+gentamicina), normalizándose la función renal rápidamente. Finalmente es alta dada la evolución favorable.

La AP informa de cistoadenoma mucinoso borderline. Actualmente se encuentra en revisiones periódicas en nuestro Servicio.

Conclusiones

Las masas anexiales pueden sufrir complicaciones, entre las cuales se encuentra la compresión de estructuras vecinas (vejiga, riñones, uréteres, intestino).

217/24. TUMOR DE KRUKENBERG. NEOPLASIA MALIGNA DE PRONÓSTICO DESALENTADOR.

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (1) Vaquerizo García, Jose Carlos.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Resumen:

Objetivos
Los tumores de Krukenberg se definen como metástasis ováricas de adenocarcinomas de origen normalmente digestivo. Aparece frecuentemente en pacientes relativamente jóvenes, por lo que las terapias son muy agresivas, incluyendo cirugías radicales como la peritonectomía, asociada a tratamientos quimioterápicos para tratar la carcinomatosis acompañante, como las técnicas hipertérmicas intraperitoneales. La supervivencia varía en función de las series, pero se considera una patología de muy mal pronóstico, consiguiendo los grupos más especializados y con terapias óptimas, medias de supervivencia entorno a los 30 meses, que disminuye hasta los 3-10 meses en las pacientes con enfermedad más agresiva o extendida. Nuestro objetivo es hacer una revisión de lo publicado acerca de este tipo de neoplasias, utilizando un caso diagnosticado y tratado en nuestro servicio.

Metodología
Caso clínico de una paciente intervenida de cáncer de mama hace 10 años como único antecedente ginecológico de interés, que es diagnosticada de metástasis ováricas de adenocarcinoma gástrico primario, tratada con cirugía radical más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal con una supervivencia mayor a la media para este tipo de neoplasias.

Resultados
Los resultados pueden considerarse satisfactorios en el sentido de que la supervivencia de la paciente fue de 24 meses desde el diagnóstico, que es un cifra muy alta considerando el estadio avanzado en e l momento del mismo.

Conclusiones
Las técnicas quirúrgicas de citoreducción mediante peritonectomía han demostrado mejorar la supervivencia de las pacientes con diseminación peritoneal. Actualmente son necesarios más estudios para confirmar la utilidad de la quimioterapia hipertérmica intraperitoneal en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal, aunque ha demostrado ser efectiva en algunos tipos histológicos de tumores abdominales.

Bibliografía

- *Sahin S et al. Krukenberg tumor presenting with amenorrhea as the sole initial symptom: Case report and review of the literature. J Cancer Res Ther. 2015 Oct-Dec;11(4):1024.*
- *Hiremath R et al. Bilateral Krukenberg Tumours Diagnosed Primarily by Transabdominal Sonography- A Case Report. J Clin Diagn Res. 2015 Dec;9(12):TD01-3.*
- *Kumar M et al. Postmenopausal vaginal bleeding as initial presentation of gastric cancer: a case report with literature review of prognostic factors and treatment of krukenberg tumor. Ann Transl Med 2016;4(4):84.*

217/25. MUERTE MATERNA POR SHOCK HEMORRÁGICO TRAS CESÁREA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Vaquerizo García, Jose Carlos.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Jerez De La Frontera (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Las coagulopatías son una de las principales causa de muerte asociado a las cirugías obstétricas, pudiendo ser consecuencia de un desgaste de factores secundario a hemorragias masivas, como por ejemplo por una atonía uterina; o primarias derivadas de trastornos de la coagulación desconocidos en el momento de la gestación. Nuestro objetivo es informar sobre nuestra experiencia, para introducir la embolia de líquido amniótico como una patología rara, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los trastornos de coagulación durante el parto y puerperio inmediato.

Metodología
Caso clínico de una paciente sextigesta, que durante una cesárea electiva programada por transversa sin incidencias, sufre un shock hemorrágico fulminante, consecuencia de un trastorno de coagulación severo, de causa desconocida.

Resultados
Los resultados no fueron satisfactorios, ya que tras ser derivada a la UCI para iniciar el protocolo de soporte tras hemorragia masiva, la paciente falleció a las 4 horas de la intervención. En la autopsia posterior se diagnostico como causa del trastorno de coagulación que produjo el exitus, una embolia de liquido amniótico.

Conclusiones
La embolia de líquido amniótico es una de las complicaciones más raras pero catastróficas de la gestación, producida por el paso a la circulación pulmonar materna de líquido amniótico, pelo o células fetales, produciendo el colapso de la misma.

El pronóstico de esta patología es nefasto, ya que el 66% de las pacientes que lo sufren, fallecen en las primeras 5 horas postembolia (50% en la primera hora).

No presenta factores de riesgo claros, destacando que aunque el 70% de los fetos sobreviven, muchos presentan secuelas neurológicas severas.

Bibliografía

- *Kiranpreet Kaur et al. Amniotic fluid embolism. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2016 Apr-Jun; 32(2): 153–159.*
- *Yusuke Todo et al. Therapeutic application of C1 esterase inhibitor concentrate for clinical amniotic fluid embolism: a case report. Clin Case Rep. 2015 Jul; 3(7): 673–675.*
- *Xiuting Mo et al. Amniotic Fluid Embolism (AFE) in China: Are maternal mortality and morbidity preventable?. Intractable Rare Dis Res. 2014 Aug; 3(3): 97–99.*

217/26. TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, TUMOR DE LOS CORDONES SEXUALES DEL OVARIO POTENCIALMENTE MALIGNO

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
Los tumores de células de la granulosa son el tipo más común de tumores de los cordones sexuales del ovario potencialmente malignos (2-5%), aunque su diagnóstico global es muy infrecuente.

Se divide en dos subtipos: adulto (50-54 años) 95% y juvenil, previo a pubertad 5%. Nuestro objetivo es informar acerca de manejo de este tipo raro de patologías, a través de la experiencia en nuestro servicio con un caso diagnosticado y tratado de esta neoplasia.

Metodología
Caso clínico de una paciente de 68 años sin antecedentes ginecológicos de interés, sometida a una histerectomía con anexectomía bilateral por útero miomatoso 30 años antes, en la que se observa en el contexto de un estudio por dolor renal una tumoración quística retroperitoneal a filiar.

Resultados
Se realizó una extirpación de la tumoración retroperitoneal y adenopatías periaórticas con resultado histológico de: "Patrón de expresión inmunohistoquímico compatible con Tumor de Células de la Granulosa tipo Adulto"

"Ganglio linfático infiltrado por continuidad por el tumor". La paciente rechazó tratamiento quimioterápico adyuvante, siendo diagnosticada posteriormente mediante TAC abdominopélvico de posible recidiva ganglionar iliaca izquierda, confirmada anatomopatologicamente tras su exéresis quirúrgica.

Conclusiones
El diagnóstico se basa en el estudio histológico y de marcadores como el estradiol, inhibina y hormona antimülleriana.

El tratamiento de elección en pacientes con deseos genésicos y estadio I, confinado a ovario, es la anexectomía uni/bilateral. En pacientes que no cumplan dichos criterios, el tratamiento de elección es la histerectomia total + anexectomía bilateral y linfadenectomía pélvica/paraaórtica (NO sistemática). La tasa de supervivencia a 5 años es del 90% en estadio IA, con una mediana de tiempo de recidiva de 4-6 años,

Bibliografía

- *Dogan A et al. Cytoreductive surgery followed by hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for recurrent adult granulosa cell tumor: A case report. Gynecol Oncol Rep. 2016 Mar 16;16:21-3.*
- *Sonoyama A et al. Aggressive Granulosa Cell Tumor of the Ovary with Rapid Recurrence: a Case Report and Review of the Literature. Kobe J Med Sci. 2016 Feb 17;61(4):E109-14.*
- *Anandpara KM et al. Juvenile Granulosa Cell Tumour of the Ovary with Unilocular Pure Cystic Presentation: A Case Report and Review of Literature. Pol J Radiol. 2016 Mar 21;81:120-4.*

217/27. MENINGOCELE DE 20 CM, CAUSA INFRECUENTE A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA ANEXIAL

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Arnaez De La Cruz, Marta; (4) Gómez-coronado Vinuesa, José Antonio.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Residente De 2° Año Del Huv Macarena (sevilla); (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
Nuestro objetivo es que se pueda considerar dentro del diagnóstico diferencial de la patología anexial, otros orígenes de masas pélvicas; como las masas presacras de origen medular, a través de la experiencia en nuestro servicio de una paciente con dicha patología.

Metodología
Caso clínico de paciente en estudio por masa pélvica de 20 cm, derivada al servicio de ginecología por sospecha de tumoración anexial a filiar.

Resultados
Tras la realización de pruebas de imágen (ecografía y RNM pélvica), y relacionarla con una historia clínica detallada en la que se evidenció un antecedente de atresia anal, tratada en la infancia. Se observó que la masa pélvica a filiar correspondía a un meningocele gigante por un defecto vertebral presacro, que asociado al antecedente de atresia anal, permitió llegar al diagnóstico de síndrome de Currarino.

Conclusiones
El síndrome de Currarino es una rara enfermedad (sólo hay 300 publicaciones sobre el mismo en la literatura) de herencia autosómica dominante de origen neuroectodérmico, caracterizado por la asociación de defecto vertebral sacrococcígeo, masa presacra y malformación anorectal.

Su diagnóstico se basa en la historia clínica y las pruebas de imágen (sobre todo RNM).

El tratamiento de los defectos necesita corrección quirúrgica con colaboración multidisciplinar.

Debe considerarse la patología medular como posible causa de diagnóstico diferencial, en aquellas masas pélvicas gigantes donde no se puede distinguir con facilidad el origen ginecológico.

Bibliografía

- *Sevgi Buyukbese Sarsu et al. A Very Rare Cause of Anal Atresia: Currarino Syndrome. J Clin Med Res. 2016 May; 8(5): 420–423.*
- *Soo-Hong Kim et al. Currarino triad with Müllerian duct anomaly in mother and daughter without MNX1 gene mutation. Ann Surg Treat Res. 2016 Jan; 90(1): 49–52.*
- *Sinan Akay et al. Complete Currarino Syndrome Recognized in Adulthood. J Clin Imaging Sci. 2015; 5: 10.*

217/29. NEOPLASIA CUTÁNEA MAMARIA SECUNDARIA A RADIOTERAPIA, EN PACIENTE INTERVENIDA QUIRÚRGICAMENTE DE CÁNCER DE MAMA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
Los angiosarcomas de mama corresponde a un porcentaje inferior al 1% del total de neoplasias mamarias. Las formas primarias son extremadamente raras, siendo algo más frecuente la aparición de angiosarcomas cutáneos en el contexto del tratamiento radioterápico mamario postcirugía. Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de patologías a partir de un caso clínico diagnosticado y tratado en nuestra unidad.

Metodología
Caso clínico de angiosarcoma cutáneo de mama secundario a tratamiento radioterápico, en paciente intervenida 7 años antes de tumorectomía + linfadenectomía axilar unilateral por cáncer de mama.

Resultados
La lesión fue tratada con exéresis local, apareciendo una nueva recidiva dos años después, tratándose mediante mastectomía bilateral y quimioterapia. A los 6 meses de la cirugía volvieron a aparecer recidivas múltiples en el tejido cicatricial, por lo que se decidió tratamiento paliativo, falleciendo la paciente pocos meses después de complicaciones derivadas de su proceso.

Conclusiones
El angiosarcoma cutáneo de mama postradioterapia es una complicación muy poco frecuente (7/100000 pacientes al año intervenidas de cirugía conservadora de cáncer de mama) de la cirugía neoplásica mamaria.

El tratamiento se basa en la exéresis de la lesión asociada a quimioterapia adyuvante.

El tiempo medio de aparición de esta complicación va de los 72 meses a los 7-10 años posteriores a la radioterapia.

Parece ser que el riesgo de lesiones cutáneas se multiplica en pacientes que reciben tratamiento postquirúrgico del tumor primario combinado (RT/QMT), con respecto a las que reciben tratamiento único radioterápico.

El pronóstico del angiosarcoma cutáneo es muy poco esperanzador, con tasas de supervivencia bastante ínfimas, y con pocas estrategias terapéuticas que puedan ser efectivas para su resolución.

Bibliografía

- *Depla AL et al. Treatment and prognostic factors of radiation-associated angiosarcoma (RAAS) after primary breast cancer: A systematic review. European Journal of Cancer 2014; 50: 1779–88*
- *Pawlik TM, Paulino AF, McGinn CJ, Baker LH, Cohen DS,Morris JS, et al. Cutaneous angiosarcoma of the scalp: a multidisciplinary approach.Cancer. 2003;98:1716–26*
- *Uryvaev A, et al. Post-irradiation angiosarcoma of the breast: clinical presentation and outcome in a series of six cases. Breast Cancer Res Treat. 2015; 153:3–8*

217/30. SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A CARDIOPATÍA CONGÉNITA MATERNA SEVERA, DURANTE CESÁREA ELECTIVA PROGRAMADA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4 Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
Las cardiopatías congénitas maternas durante la gestación necesitan un manejo multidisciplinar, siendo en la mayoría de los casos, contraindicado el embarazo, por el elevado riesgo de mortalidad materna periparto. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia en el manejo de estas infrecuentes patologías, a partir de un caso clínico desarrollado en nuestro servicio.

Metodología
Caso clínico de una paciente con un parto eutócico previo 5 años antes (no vigilado), portadora de una grave cardiopatía congénita que contraindica la gestación (de la que no aporta ningún informe, ya que no es española).

Resultados
La paciente tiene como únicos antecedentes de interés, un hermano con dextrocardia. Acude a la consulta de AR donde se objetiva en la ecografía de las 32 semanas un feto con CIR tipo I (percentil 2 con doppler normales), Se solicita ecocardiografía materna que tiene como resultado: Cardiopatía congénita cianótica con dextrotransposición de grandes arterias con doble salida de ventrículo derecho y comunicación interventricular subpulmonar (Taussig-Bing) e hipertensión pulmonar (Sd de Eisenmenger). Ante dicho cuadro cardiología indica cesárea electiva más bloqueo tubárico bilateral y profilaxis de endocarditis a las 38 semanas, por cardiopatía congénita severa más CIR fetal tipo I.

Durante la cesárea, tras la extracción fetal, la paciente se descompensa gravemente requiriendo masaje cardíaco, medidas de soporte y fármacos inotrópicos. Posteriormente en la UCI sufre un shock hemorrágico por coagulopatía y atonía uterina, requiriendo histerectomía subtotal laparotómica de urgencia. La paciente fallece por parada cardiorespiratoria 6 horas después de la cesárea.

Conclusiones
La anomalía de Taussig- Bing es una cardiopatía congénita muy grave, que contraindica la gestación por la enorme morbimortalidad asociada a la misma.

La vía del parto es muy controvertida, pues parece que la cesárea electiva, no evita los trastornos de volemia causantes de la descompensación cardiaca asociada a esta anomalía en la gestación.

De hecho esta paciente tenía un antecedente de parto eutócico sin complicaciones.

Bibliografía

- *Gu J et al. Anesthetic management for cesarean section in a patient with uncorrected double-outlet right ventricle. Springerplus. 2016 Apr 6;5:415.*
- *Dai SY et al. Three- and four-dimensional volume-rendered imaging of fetal double-outlet right ventricle using inversion mode. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006 Sep;28(3):347-9.*

217/31. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL MANEJO DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, VAGINAL Y LAPAROSCÓPICA EN EL HU JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ). REPORTE DE 60 CASOS.

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (2) Pantoja Garrido, Manuel.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De 2° Año De Ginecología Y Obstetricia. Hu Jerez De La Frontera (cádiz); (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu Jerez De La Frontera (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Valorar las distintas vías de abordaje quirúrgico para la realización de histerectomías en la UGC del hospital de Jerez de la Frontera.

Analizar qué vía presenta mayor índice de complicaciones y tiempo quirúrgico, relacionándolo con las características de la paciente y las derivadas de la intervención.

Metodología
Se han recogido de forma observacional retrospectiva las histerectomías realizadas durante el primer semestre de 2016 en nuestro servicio de forma programada (60). Se han dividido en cuatro grupos en función de la vía de abordaje quirúrgico, siendo estos: histerectomía laparoscópica o vaginal asistida por laparoscopia, histerectomía vaginal, histerectomía radical laparoscópica y la vía laparotómica. Posteriormente se han analizado múltiples variables, destacando algunas como la indicación quirúrgica, tiempo quirúrgico, pérdida hemática, días de ingreso, complicaciones...

Resultados
El 78% de las histerectomías se realizaron vía laparoscópica (incluyendo las asistidas vía vaginal)

Las indicaciones más frecuentes fueron patología oncológica (46%) y útero miomatoso (28%)

Hubo un 16,6% de complicaciones (siendo las urológicas las más frecuentes). La vía con menor porcentaje de complicaciones fue la laparotómica (0%), seguido de la vía vaginal (10%).

De las complicaciones, el 60% se produjeron en cirugía radical laparoscópica

La vía con el tiempo quirúrgico medio menor fue la vaginal, con 70 minutos de media, siendo la de mayor duración, la vía laparotómica con 226 minutos de media.

Conclusiones
Actualmente la vía laparoscópica y la vaginal deben ser de elección en el tratamiento de la patología ginecológica.

La vía vaginal presenta una tasa de complicaciones muy baja (10%) con el menor tiempo de cirugía.

La cirugía laparotómica presenta el mayor tiempo de cirugía y un 0% de complicaciones en nuestro estudio, aunque hay que tener en cuenta que sólo se realizó en 3 intervenciones.

La cirugía radical oncológica sigue siendo la vía con mayor número de complicaciones debido a la dificultad técnica de la intervención.

Bibliografía

- *Saceanu S et al. Hysterectomy for benign uterine pathology: comparison between robotic assisted laparoscopy, classic laparoscopy and laparotomy. Chirurgia (Bucur). 2013 May-Jun;108(3):346-50.*
- *Koehler C et al. From laparoscopic assisted radical vaginal hysterectomy to vaginal assisted laparoscopic radical hysterectomy. BJOG. 2012 Jan;119(2):254-62.*
- *Shin JW et al. Total laparoscopic hysterectomy and laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. JSLS. 2011 Apr-Jun;15(2):218-21.*

217/32. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE CARDIOPATÍA FETAL A PROPÓSITO DE UN CASO DE HIDROPS FETAL

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (2) Chacon Romero, Marta; (3) Vivas Flores, Claudia Isabel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De Jerez De La Frontera; (2) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez De La Frontera; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
Se pretende presentar un caso clínico de diagnóstico y estudio de Hidrops Fetal presentada en gestación de 34 semanas y su resolución mediante colaboración interhospitalaria.

Metodología
Acude a Urgencias de nuestro servicio gestante de 34 semanas derivada de centro privado por sospecha de hidrops fetal e hidrotórax. Tras confirmar el diagnóstico mediante ecografía obstétrica se deriva a Unidad de Medicina Materno-Fetal de nuestro hospital para seguimiento y estudio. La gestante no presenta anemia, siendo su Grupo y Rh 0 positivo. Se amplía el estudio mediante Amniocentesis para estudio de metabolopatías y para PCR en DNA de Parvovirus B19, Toxoplasma, Coxackie, Arenavirus, Enterovirus, CMV y Herpes Simple, presentando todas ellas resultado negativo

Resultados
Se diagnostica mediante ecocardiografía miocardiopatía dilatada fetal con contractibilidad ventricular disminuida no efectivas y flujo reverso A-V, coartación preductal de Aorta con flujo de Ductus Venoso reverso en diástole.

Conclusiones
Mediante un diagnóstico generalizado de hidrops fetal, ampliamos el diagnostico de una cardiopatía fetal, se decide conjuntamente con servicio de Cardiología pediátrica, derivar el caso a Hospital Reina Sofía para poder realizar un tratamiento postnatal precoz.

Las causas no inmunes del Hidrops fetal representan el 90% de estos casos, se deben principalmente a la incapacidad del organismo para manejar los líquidos corporales. De ellos, pueden deberse a tres entidades principalmente: problemas cardiotorácicos, anemia grave (talasemias o infecciones) y problemas genéticos (Sd. Turner). Por tanto, concluimos que la ecografía obstétrica es un método diagnóstico fundamental para esta entidad.

Bibliografía

- *Sohan K, Carroll SG, De La Fuente S, et al. Analysis of outcome in hydrops fetalis in relation to gestational age at diagnosis, cause and treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:726.*
- *Bellini C, Hennekam RC. Non-immune hydrops fetalis: a short review of etiology and pathophysiology. Am J Med Genet A 2012; 158A:597.*
- *Braun T, Brauer M, Fuchs I, et al. Mirror syndrome: a systematic review of fetal associated conditions, maternal presentation and perinatal outcome. Fetal Diagn Ther 2010; 27:191.*

217/33. DIAGNÓSTICO PRENATAL Y SEGUIMIENTO DE CORIOANGIOMA PLACENTARIO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (1) Chacon Romero, Marta; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel; (1) Romero Lozano, Azahara.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez De La Frontera; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
Se pretende presentar un caso clínico de diagnóstico prenatal ecográfico de Corioangioma placentario y su posterior confirmación mediante estudio anatomopatológico.

Metodología
Primigesta de 32 años sin antecedentes de interés con embarazo de curso fisiológico que es derivada a la Unidad de Medicina Materno Fetal de nuestro hospital tras el hallazgo en el control ecográfico del tercer trimestre a las 38+3 sg de una imagen anómala de 50x60 mm dependiente de placenta. La paciente no refiere sangrado ni dolor abdominal, los controles ecográficos anteriores han sido informados como normales. El hallazgo se confirma observándose placenta en cara posterior con una imagen de 60 x 65 mm con aspecto de hematoma encapsulado vs coriohemangioma placentario.

Resultados
A las 39 sg ingresa por rotura prematura de membranas, desencadenándose trabajo de parto en las consiguientes horas. La finalización del mismo es mediante vacuo por fase de expulsivo prolongada. Nace una mujer de 3400gr, Apgar 8/10/10. El examen macroscópico de la placenta muestra una tumoración de consistencia sólida en cara fetal de unos 7 cm de diámetro. El resultado del estudio anatomopatológico informa de Corioangioma necrosado de 8 x 7 cm, resto de placenta, membranas ovulares y cordón sin alteraciones.

Conclusiones
El corioangioma o hemangioma placentario es un tumor de origen vascular benigno formado por vasos unidos por tejido conjuntivo, siendo el único tumor placentario no trofoblástico. Estas tumoraciones suelen presentarse de forma única y asintomática. Rara vez, cuando son mayores de 5 cm pueden presentar complicaciones como polihidramnios, prematuridad e hídrops fetal. En nuestro caso, se ha presentado de forma asintomática en una gestación de curso fisiológico sin presentar complicaciones durante la gestación ni el parto a pesar de medir 7-8 cm.

Los corioangiomas grandes con manifestaciones clínicas son relativamente raros, pero los pequeños se han puesto de manifiesto, tras un examen patológicos cuidadoso de la placenta en un 1%. El diagnóstico prenatal es posible mediante examen ecográfico de la placenta

Bibliografía

- *Altshuler G (1984) Chorangiosis: an important placental sign of neonatal morbidity and mortality. Arch Pathol Lab Med 108:71–74*
- *Redline RW. Placental pathology and cerebral palsy. Clin Perinatol 2006; 33:503.*

217/34. DIAGNÓSTICO DE TUMORACIÓN VULVAR EN ESTADIO AVANZADO A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISNEA AGUDA.

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (2) Pantoja Garrido, Manuel; (3) Romero Lozano, Azahara.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez De La Frontera. Jerez De La Fronter; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez De La Frontera; (3) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
Se pretende presentar un caso compatible con Carcinoma vulvar estadio IV diagnosticado en una paciente de 77 años derivada de urgencias generales por episodio de disnea aguda.

Metodología
Mujer de 77 años, sin antecedentes de interés, histerectomizada con doble anexectomía por útero polimiomatoso que acude a urgencias generales por mareos, sudoración y disnea de horas de evolución. Presenta taquipnea y taquicardia con una FC:130 y SATO2:96%, crepitantes en bases y roncus en ambos campos pulmonares y radiografía de tórax con patrón en suelta de globos compatible con metástasis pulmonares. Tras ampliar anamnesis, refiere masa a nivel de genitales con sangrado esporádico desde hace 1 año. Es derivada a urgencias de ginecología, observándose a la exploración gran masa de unos 20 cm aproximadamente que prolapsa a través de introito vaginal, necrosada, sangrante al roce, indolora, parametrios no infiltrados. No es posible tomar biopsia vulvar debido a la importante necrosis y sangrado.

Resultados
Se expone el caso en Comité de oncología y se explica proceso actual, compatible con carcinoma Vulvar Estadio IV por la presencia de metástasis pulmonares. Se indica posibilidad de Tumorectomía con fines higiénicos-hemostáticos o realización de estudio histológico para valorar tratamiento con quimioterapia o radioterapia. La paciente no desea intervenirse por cual se indica seguimiento a demanda según aparición de nueva sintomatología.

Conclusiones
El cáncer vulvar es el cuarto cáncer ginecológico más frecuente. se corresponde con un 5% de los tumores malignos del tracto genital femenino. Se presenta generalmente entre los 60-70 años como una placa unifocal vulvar, úlcera, o masa (carnosa, nodular, verrugosa) sobre labios mayores, menores, perineo y en menor medida, sobre clítoris. En nuestro caso, aunque no se confirmara el diagnóstico histológico, se trata de una forma de presentación atípica ya que se encuentra en un estadio avanzado, con presencia de metástasis pulmonares cuya presentación clínica ha sido únicamente una masa vulvar.

Bibliografía

- *Madsen BS, Jensen HL, van den Brule AJ, et al. Risk factors for invasive squamous cell carcinoma of the vulva and vagina-population-based case-control study in Denmark. Int J Cancer 2008; 122:2827.*
- *Ansink A. Vulvar squamous cell carcinoma. Semin Dermatol 1996; 15:51.*

217/35. GESTACIÓN Y PARTO VAGINAL EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELFO

Autores:
(1) Ponce Muñoz, Javier; (2) Martínez Rodríguez, Eva; (2) Ruiz Alfonso, María de los Ángeles; (3) Sanahuja Bort, Silvia.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente De 2º Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.; (3) Médico Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.

Resumen:

Objetivos
Describir un caso de gestación en paciente con útero didelfo con tabique vaginal diagnosticado en nuestro centro.

Metodología
* AP: Primigesta de 35 años, 36+2 semanas de gestación, curso fisiológico. Diagnosticada de útero didelfo con tabique vaginal.

Intervenida de estenosis subaórtica en 2005 (Grado I NYHA asintomática).

* MC: Acude al servicio de Urgencias por rotura prematura de membranas con salida de líquido amniótico claro. Se procede a ingreso y se comienza antibioterapia.

Finalmente tiene lugar parto instrumentado (vacuum) por no progresión de parto y presencia de tabique vaginal. Se realiza episiotomía medio-lateral izquierda. Nace mujer viva en cefálica, APGAR 9/10, 2440g. Alumbramiento espontáneo a los 5 minutos. Se sutura episiotomía y desgarro en tabique vaginal.

Resultados
Cinco meses tras el parto, la paciente acude a nuestro servicio refiriendo molestias vaginales continuas y bulto en introito.

A la exploración se objetivan restos del tabique vaginal y excrecencia del mismo que probablemente sea el motivo de las molestias referidas.

Se decide realizar extirpación del tercio inferior del tabique por la sintomatología de la paciente. En este momento se encuentra en lista de espera quirúrgica.

Conclusiones
El útero didelfo es una anomalía uterina congénita producida por la ausencia de fusión de los dos conductos de Müller, lo que provoca la duplicación de las estructuras reproductivas y en ocasiones puede acompañarse de un tabique vaginal. Se estima que su prevalencia en la población general es del 0.3%. Suele tener resultados positivos en embarazos, aunque aumenta la frecuencia de parto pretérmino.

El tratamiento quirúrgico se suele limitar a aquellas mujeres con abortos de repetición, y a las pacientes con dolor pélvico crónico (habiéndose descartado la presencia de endometriomas).

En este caso se decide realizar solo una extirpación del tabique vaginal al no presentar la paciente ni abortos ni dolor pélvico crónico.

Bibliografía

- *Pentti K. Heinonen, Complete septate uterus with longitudinal vaginal septum. Fertil Steril. 2006 Mar;85(3):700-5.*
- *Sotirios H. Saravelos, Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. Hum. Reprod. Update (2008) 14(5): 415-429.*

217/36. ANEMIA EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y RESULTADOS PERINATALES

Autores:
(1) Martinez López, Linarejos; (2) Rodríguez García, Isabel; (1) Muñoz García, María; (1) Porcel Marín, Mª Carmen.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos
Valorar la prevalencia de anemia en el embarazo (II y III trimestre) y tratamiento en nuestra población y su influencia en los resultados perinatales.

Metodología
2709 gestantes controladas en el Hospital Universitario san Cecilio de Granada del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Diseño: estudio observacional analítico de cohorte prospectiva.

Se realiza estadística descriptiva y se utiliza el test $\chi 2$ o el test exacto de Fisher para comparación entre variables cualitativas. Significación estadística $p < 0.05$

Se considera anemia en el embarazo cuando la cifra de hemoglobina (hgb) <11g/dl.

Resultados
La anemia se diagnosticó en el 19,1% de las embarazadas en el II trimestre y en el 22,8% en el III trimestre.

El tratamiento con hierro oral se utilizó en todos los casos, salvo en 6 casos en el segundo trimestre, 5 que requirieron hierro iv y otra una transfusión; en el tercer trimestre en 9 casos, 6 que precisaron hierro iv y en 3 casos de transfusión.

El parto pretérmino ocurrió en el 6,8% de todos los embarazos, aumentando a 7,8% si presentaron anemia en el III trimestre, presentando diferencias estadísticamente significativas (p=0,01).

Los resultados perinatales globales han sido: los recién nacidos (RN) presentaron un peso medio de 3275,66±1209,65 g, cuando comparamos las medias de los pesos de los RN según si han presentado anemia o no en el III trimestre, no existen diferencias estadísticamente significativas (p=0,335).

No hubo ningún caso de muerte fetal en gestantes con anemia.

El 6,9% tuvieron un bajo peso (7,4% si presentan anemia).

No existen diferencias entre las gestantes que presentaban o no anemia del III trimestre con respecto a la vitalidad fetal (p=0,224) y el bajo peso (p=0,281).

Conclusiones
En nuestro medio, la anemia del embarazo presenta una baja prevalencia.

Sólo influye en la presentación de parto pretérmino.

Bibliografía

- *1.-JM. Lailla Vicens, E.Pérez Picañol, T.Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate. Monografía de actualización Clínica. Anemia ferropénica del embarazo. Profármaco. 2010.*

217/37. UTILIZACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO COMO TRATAMIENTO EN LA ANEMIA DEL EMBARAZO

Autores:
(1) Muñoz García, María; (1) Martinez López, Linarejos; (1) Porcel Marín, Mª Carmen; (2) González Vanegas, Otilia.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia.complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos
Analizar las características y factores de riesgo durante el embarazo que han ocasionado la necesidad de administrar hierro intravenoso (IV) en condiciones de práctica clínica habitual.

Metodología
Mujeres gestantes que requirieron hierro IV, durante el embarazo controladas en el Hospital San Cecilio del Complejo Hospitalario Universitario de Granada durante el período de abril 2012 a junio de 2016.

Las indicaciones de hierro IV han sido anemia moderada (Hemoglobina (Hb): 7-9.0 g/dl) o anemia grave (Hb < 7g/dl), que rechazan transfusión sanguínea o en casos de anemia leve-moderada con sintomatología y con intolerancia al hierro oral.

Se realiza estadística descriptiva. (SPSS 15.0)

Resultados
Se administró hierro IV en 11 mujeres.

Presentaron una edad media de 31.09 ± 4,20.

La gestación gemelar fue el factor de riesgo más frecuente identificado en el embarazo.

En el segundo trimestre en 2 casos se utilizó en anemia grave, que rechazaron, transfusión.

En el tercer trimestre, no se utilizó en ningún caso de anemia grave.

No hemos tenido efectos secundarios adversos, ni complicaciones con su administración.

En el control analítico postratamiento se observaron aumentos de Hb de 3,29 g/dL cuando se utilizó en el segundo trimestre y de 2,86 g/dL cuando se utilizó en el tercer trimestre.

En la mayoría de los casos se utilizaron 3 dosis de 200mg.

Conclusiones
La utilización de hierro IV para el tratamiento de la anemia en el embarazo ha resultado una medida segura y eficaz.

Bibliografía

- *1.-JM. Lailla Vicens, E.Pérez Picañol, T.Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate. Monografía de actualización Clínica. Anemia ferropénica del embarazo. Profármaco. 2010.*
- *2.-Á. Remacha Sevilla. Curso Experience. Módulo 3: Patología en el embarazo. Un abordaje multidisciplinar. Anemia y Embarazo. 2014.*

217/38. UTILIZACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO COMO TRATAMIENTO EN LA ANEMIA DEL PUERPERIO

Autores:
(1) Porcel Marín, Mª Carmen; (1) Martinez López, Linarejos; (1) Muñoz García, María; (2) Cruz Martínez, Milagros.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia.complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos
Analizar las características y factores de riesgo durante el puerperio que han ocasionado la necesidad de administrar hierro intravenoso (IV) en condiciones de práctica clínica habitual.

Metodología
Mujeres que requirieron hierro IV, durante el puerperio, asistidas en el Hospital San Cecilio (Granada) durante el período de abril 2012 a junio de 2016.

Las indicaciones de hierro IV han sido anemia moderada (Hemoglobina (Hb): 7-9.0 g/dl) o anemia grave (Hb < 7g/dl), que rechazan transfusión sanguínea.

Se realiza estadística descriptiva.

Resultados
Se administró hierro IV en 277 mujeres.

Presentaron una edad media de 30.93 ± 5.24 años.

El 81.9% eran nulíparas.

Los factores de riesgo asociados con la presencia de anemia en el puerperio fueron fundamentalmente los relacionados con la asistencia al parto; de estos la más frecuente fue la cesárea (63.7%), siendo el 75,7% realizadas de modo urgente.

El parto fue vaginal espontáneo en el 21,2 % de los casos y el 15,1% fueron tocúrgicos, 12 de ellos tocúrgicos (15.8%). En el 57.7% de los partos vaginales se realizó episiotomía y el 49.6% presentó algún tipo de desgarro perineal. No hubo casos de desgarros tipo IV y sólo 6 casos fueron de tipo III

La metrorragia durante el embarazo (19.5% de los casos) fue el factor de riesgo más frecuente que condicionó la anemia y utilización de hierro IV en el puerperio, seguido de la gestación múltiple (6.1%).

No hemos tenido efectos secundarios adversos, ni complicaciones con su administración.

En el control analítico realizado a los 15 días se observaron aumentos de Hb de 4.68 g/dL. En la mayoría de los casos se utilizaron 3 dosis de 200mg.

Conclusiones
La utilización de hierro IV como tratamiento de la anemia durante el puerperio ha resultado una medida segura y eficaz.

Bibliografía

- *1.-JM. Lailla Vicens et al. Monografía de actualización Clínica:Anemia ferropénica del embarazo. Profármaco. 2010.*
- *2.-Á. Remacha Sevilla. Anemia y Embarazo. Curso Experience. 2014.*

217/39. PROTOCOLO DE UTILIZACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO

Autores:
(1) Martinez López, Linarejos; (2) Cruz Martínez, Milagros; (2) González Vanegas, Otilia; (1) Muñoz García, María.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos
Establecer y aplicar un protocolo de administración de hierro intravenoso (IV) para las gestantes o puérperas con anemia moderada o grave (pero que no deseen transfusión). Se pretende: a) mejorar la sintomatología clínica de la anemia, sin tener que recurrir a la transfusión de hematíes; b) disminuir el gasto sanitario; c) aumentar la seguridad para la paciente

Metodología
Protocolo:

1.- Diagnóstico y grado de anemia: leve (hemoglobina (HB)>9g/dL), moderada (HB:7- ≤9g/dL) y grave (HB <7g/dL).

2.- Información a la paciente y oferta de las distintas opciones terapéuticas.

3.- Pautas de administración:

- Embarazo (sólo en 2º y 3er trimestre): 100mg/día. Nunca más de 600 mg semanales.
- Cesárea: hierro IV 200 mg/día/2-3 días consecutivos. Nunca más de 600 mg semanales.
- Parto vaginal: hierro IV 200 mg/día/2 días consecutivos y si la situación clínica lo permite, se procede a alta hospitalaria. Si es necesario se administra una nueva dosis de hierro IV a los 2-3 días del alta en régimen ambulatorio.

4.- Seguimiento:

-Si HB de 8-9 g/dL, sólo se administran 400-600 mg de hierro. Se realiza hemograma a los 10-15 días de la última dosis de hierro en Atención Primaria, valorando la necesidad de completar con tratamiento con hierro oral.

-Si HB <8 g/dL, tras la administración de 400-600 mg (según días de estancia), se administrará tras el alta hospitalaria y de modo ambulatorio 200mg/días alternos (máximo de 600 mg semanales). Antes de la 6ª dosis, se realiza hemograma, si HB > 10 g/dL y sin sintomatología, no se administran más dosis.

Resultados
Se ha utilizado en 289 casos desde su aplicación protocolizada. 11 en el embarazo y 278 en el puerperio. Sin efectos adversos.

Conclusiones
La utilización de hierro IV en el embarazo y el puerperio es una medida eficaz y segura de tratamiento de la anemia.

Bibliografía

- *1.- Preparados de hierro de administración intravenosa y reacciones de hipersensibilidad: nuevas recomendaciones. AEMPS,2013.*

217/40. ISOINMUNIZACIÓN RH-D DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Sanahuja Bort, Silvia; (2) Moreno Gómez, Alegría; (2) Anasagasti Crespo, Carmen Valle; (3) Ponce Muñoz, Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Cuarto Año De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta De Europa; (2) Médico Especialista De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta De Europa.; (3) Médico Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta De Europa.

Resumen:

Objetivos
Conocer, a propósito de un caso clínico, el proceso y el manejo de la isoinmunización antiRh-D de debut en el tercer trimestre de gestación.

Metodología
Paciente de 24 años, gestante de 37 semanas. Antecedente de un aborto espontáneo del primer trimestre y fumadora de 5-7 cigarrillos/ día. Grupo y Rh A negativo. Correcto seguimiento obstétrico. Dos controles de anticuerpos irregulares negativos a lo largo de su gestación. El estudio analítico del tercer trimestre mostró una titulación de anticuerpos Anti-D de 1/ 4096 que se reconfirmó posteriormente. Dada la posibilidad de provocar reacciones transfusionales y enfermedad hemolítica del recién nacido se realizaron titulaciones semanales de anticuerpos Anti-D y se realizaron ecografías con estudio Doppler descartando afectación fetal mediante el cálculo del pico de velocidad sistólica en la arteria cerebral media (VS-ACM), descartando la presencia de signos de hidrops o hidrops ya establecido y valorando una adecuada cantidad de líquido amniótico.

Resultados
La paciente fue programada en la semana 38 para finalizar su gestación mediante la inducción medicalizada del parto. Finalmente, la paciente fue sometida a una cesárea en curso de parto por fallo de inducción. Nació una niña de 2774g, APGAR 9 /10/10, Ph 7.35, grupo y Rh A positivo.

Conclusiones
La isoinmunización consiste en la producción materna de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los hematíes fetales, ausente en la madre (y por tanto de origen paterno), como respuesta a una sensibilización previa. Los hematíes son destruidos por el sistema retículo-endotelial fetal después de producirse una reacción antígeno-anticuerpo. Dicho proceso, puede desembocar en una anemia fetal o neonatal secundaria a una hemólisis de origen inmunológico, la Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP) o ,antiguamente, Eritroblatosis Fetal.

Bibliografía

- *Guía clínica. Isoinmunizaciçon. Unidad Clínica de Hematología Fetal, Area de Medicina Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.*
- *Guía de asistencia práctica en medicina perinatal de la SEGO actualizada en 2008. Isoinmunización eritrocitaria.*

217/41. EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA EN EL HU DE JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ). REPORTE DE 18 MESES DE ESTUDIO.

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Romero Lozano, Azahara; (3) Toucedo Carmona, Maria de los Ángeles.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 1er Año De Ginecología Y Obstetricia. Hu Jerez De La Frontera (cádiz); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu Jerez De La Frontera (cádiz).

Resumen:
Objetivos
Evaluar la efectividad de la VCE en nuestro servicio y confirmar tanto la utilidad de la técnica, como su seguridad, rediciendo el nº de presentaciones podálicas y cesáreas.

Metodología
Estudio observacional prospectivo con 27 gestantes que aceptaron someterse al procedimiento, durante un tiempo correspondiente a 18 meses.

Resultados
Tasa de éxito del 37%. Siendo posible en la mayoría de las veces en un segundo intento.

De las 10 versiones exitosas, se producen un total de 9 partos por vía vaginal y 1 cesárea.

La media de edad de gestantes fue de 33 años.

Se registraron un 30% de complicaciones. La más frecuente fue bradicardia fetal leve 13%, seguida de dolor materno con un 6%.

De los 27 casos estudiados solo un RCTG presentó dinámica uterina aislada, siendo el resto adinámicos y reactivos. Sólo en 1 caso (3.7%) hubo que finalizar la gestación mediante cesárea por RPBF, que además fue en un caso de VCE no exitosa.

El tiempo medio del procedimiento fue de 14 minutos y fue realizada por un único facultativo.

Todas las VCE se realizaron de manera farmacología, con ritodrine en un 88% (45% de tasa de éxito) y con salbutamol un 22% (20% de tasa de éxito).

Conclusiones
Podemos considerar que la VCE es una técnica segura y reproducible para evitar las cesáreas electivas por presentación podálica

La tasa de complicaciones graves fue inferior al 4%

La tasa de éxito de nuestra serie fue del 37% (inferior a la media de grupos especializados: 50-60%). Esto se puede explicar por el escaso número de casos de nuestra serie, ya que las pacientes de nuestra área, no son bien informadas de estos procedimientos en sus CAP y muchas no lo aceptan.

De las versiones exitosas, el 90% tuvo un parto vía vaginal (33.3% de las pacientes que aceptaron el procedimiento)

Es necesario seguir ampliado la muestra, para conseguir una tasa de éxito mayor

Bibliografía

- *Hofmeyr GJ, Kulier R. Versión cefálica externa para la presentación podálica a término. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo nº: CD000083.*
- *J. Burgos P et al. External cephalic version: A review of the evidenceCurr Womens Health Rev, 7 (2011), pp. 405-415.*

217/42. COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA DEL HU DE JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ)

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Romero Lozano, Azahara.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 1er Año De Ginecología Y Obstetricia. Hu Jerez De La Frontera (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Valorar los resultados de la colposacropexia en nuestro servicio en función de diferentes variables.

Confirmar que el abordaje laparoscópico es seguro y reproducible para este tipo de intervención.

Metodología
Estudio observacional retrospectivo de 6 colposacropexias recogidas durante un periodo de 21 meses.

Entre las variables observadas destaca: tipo de histerectomía, tiempo quirúrgico, tipo de prolapso de cúpula, tiempo entre histerectomía y prolapso de cúpula, complicaciones, reintervención o reingreso en el 1er mes etc...

Resultados
Las 6 colposacropexias fueron realizadas por vía laparoscópica.

De las histerectomías realizadas un 33% corresponde a HT total, 33% a HT+DA, 17% subtotales y el 17% restante a HT asistida vía vaginal.

La media de edad de las pacientes fue de 67 años y el IMC de 32.

El tiempo quirúrgico medio fue de 224 minutos.

Solo una paciente presentó una complicación intraoperatoria (lesión vesical). No se produce en ninguna intervención conversión a laparotomía.

La estancia hospitalaria media fue de 1 día y ninguna tuvo que reintervenirse.

El promedio de tiempo entre cirugía y diagnóstico de prolapso de cúpula es de 15 años.

Todas las pacientes fueron intervenidas con un prolapso vaginal de grado III.

La paridad media de las pacientes fue de 4 partos, ninguno instrumental, donde un 34% de las pacientes tuvieron fetos macrosómicos.

Conclusiones
La vía laparoscópica es una vía d abordaje segura para la realización de colposacropexias en la actualidad. Considerándola por lo tanto, la vía de elección.

De las 6 intervenciones registradas, en un 84% de los casos no se produce complicación, produciéndose solo en una paciente.

No se produjeron complicaciones postoperatorias. Tampoco se produjeron reintervenciones, ni ningún reingreso en el primer mes postintervención.

Bibliografía

- *Jone KA et al. Trends in inpatient prolapse in the United States, 1979-2006. Am J Obstet Gynecol 2010; 205:501.e1.*
- *Gómez Sugrañes MT, Del Pozo Roselló J. Colposacropexia por Laparoscopia en el tratamiento del prolapso genital. Prog Obstet Ginecol 2008;51:195-208.*
- *Hernán Braun B et al. Prolapso genital severo: Consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. Ev Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (2): 149-156.*

217/43. NUEVOS RETOS EN OBSTETRICIA: EL EMBARAZO TRAS TRASPLANTE HEPATICO

Autores:
(1) Vilches Jimenez, Jose Carlos; (2) Galvez Montes, Milagros; (3) Sanchez Perez, Belinda.

Centro de Trabajo:
(1) Residente Ginecologia Y Obstetrica. Hospital Materno Infantil. Malaga; (2) Residente Ginecologia Y Obstetrcia. Hospital Materno Infantil Malaga; (3) Medico Especialista En Cirugía General Y Digestiva. Hospital Regional Malaga.

Resumen:

Objetivos
Estudiar los embarazos producidos en mujeres con trasplante hepático en términos de complicaciones obstétricas, maternales, resultados neonatales y función del injerto tras embarazo

Metodología
Estudio descriptivo retrospectivo de los trasplantes hepáticos realizados en nuestro hospital desde Marzo de 1997 hasta Marzo de 2016. Variables: tiempo trascurrido desde el trasplante hepático hasta el embarazo, función hepática (previa, durante 1° , 2° y 3° trimestre de embarazo , post embarazo y RCA) tipo de inmunosupresión, complicaciones obstétricas (diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, preclamsia, eclamsia, Sd de HELLP, metrorragia, infección , trombosis venosa y rotura prematura de membranas pretermino), tipo de parto y complicaciones periparto (desprendimiento de placenta, parto prematuro) y resultados perinatales (Apgar, peso, distress respiratorio, presencia de malformaciones y estado actual del recién nacido)

Resultados
Incluimos 865 trasplantes hepáticos, de los cuales 62 (7'2%) han sido en mujeres de edad fértil (r: 18-45 años), de ellas 5 (8%) consiguieron 6 embarazos. La media de tiempo tras trasplante es de 8'4 años (r: 3-19). De los 7 embarazos: 4 partos a término, un parto prematuro tardío (semana 36+2), un aborto tardío en semana 22 y un embarazo en curso actualmente en semana 20 de curso normal. La inmunosupresión empleada fue en 3 casos Tacrolimus y en 4 Ciclosporina. Función hepática: normal en todas las pacientes salvo en el caso de Sd de HELLP. Complicaciones obstétricas: una hipertensión inducida por el embarazo, 2 metrorragias del primer trimestre, un Sd de HELLP (en una paciente diabética previa e hipertensa crónica y una rotura prematura de membrana pretérmino. Finalizaron 2 cesáreas (una de ellas pretermino tardío) y 4 partos vaginales. Resultados perinatales: 5 niños nacidos sanos sin complicaciones y un aborto

Conclusiones
Los resultados obstétricos, periparto y perinatales en las pacientes con trasplante hepático se acercan cada vez más a los observados en la población general. Así mismo, la finalización de la gestación parece seguir una evolución natural sin tener que recurrir a la cesárea electiva. Además el embarazo tampoco constituye un desencadenante mayor de RCA o de alteración de la función hepática en esta cohorte de pacientes

Bibliografía

- *1.Jabiry-Zieniewicz Z,Dabrowski FA, Pietrzak B,Wielgos M.Pregnancy complications after liver transplantation. Int J Gynaecol Obstet.2015*
- *2.Westbrook,R. H. ,Yeoman, A. D. ,Agarwal,K., Aluvihare,V. ,O'Grady, J. ,Heaton, N, Penna, L, Heneghan, M. A.(2015),Outcomes of pregnancy following liver transplantation: The King's College Hospital experience. Liver Transpl, 21:1153–1159.*

217/44. EMBARAZO ECTÓPICO. DATOS HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO 2015.

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Pérez Álvarez, Sara; (3) Fresneda Jáimez, María Dolores; (4) Heras Cañas, Daniel José.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario San Cecilio (chug); (2) Médico Residente En Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario Granada (husc); (3) ; (4) Licenciado En Farmacia.

Resumen:

Objetivos
Análisis de casos sospechosos de gestación ectópica atendidos en el área de Urgencias del Hospital Universitario San Cecilio.

Metodología
Datos de pacientes a las que se ha solicitado determinación de gonadotropina coriónica humana (β-HCG) por sospecha de gestación ectópica según el protocolo del servicio.

Resultados
Solicitada β-HCG en 84 pacientes: 30 diagnosticadas de gestación ectópica (35.7%), en 16 casos se confirmó gestación evolutiva (19%), hubo 35 abortos (41,7%) una gestación molar (1,2%) y dos casos perdidos (2,4%). En cuatro de los casos existía un antecedente de gestación ectópica.

El 70% de los casos fueron diagnosticados entre las semanas 6-8 de gestación siendo la clínica más frecuente de sangrado y dolor, concomitantes en el 50%.

La tendencia de la β-HCG en las gestaciones ectópicas es a mantenerse en meseta, aunque en 3 casos de gestaciones evolutivas y en 12 de abortos se mantuvo este patrón.

El tratamiento con Metotrexato fue eficaz en el 80,8%. En los otros 8 casos fue precisa intervención quirúrgica; programada en uno y de urgencia en 7 por gestación ectópica accidentada, ocurriendo este hecho con cifras de β-HCG variables. La técnica quirúrgica realizada fue la laparoscopia en 5 casos, de los cuales uno tuvo que reconvertirse a cirugía abierta, sumando esta técnica 4 casos.

Conclusiones
-La ecografía transvaginal es el primer método no invasivo para el diagnóstico del embarazo ectópico.

-Embarazo normal inicial: b-HCG aumenta en un 66% a las 48 horas aunque entre un 3-10% de embarazos normales presenta un patrón anormal (transitorio).

-Una única visita no es segura, control seriado de b-HCG (2- 3 visitas) y repetir exploración ecográfica. Zona discriminatoria 1500-2500mUI/ml.

Bibliografía

- *-Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. E. Kirk el all. Human Reproduction Update, 2014.*

-Diagnostic value of serum hCG on the outcome of pregnandy of unknown location: a systematic review and meta-analysis. N.M. Van Mello et all. Human Reproduction Update. 2012.

-Pearls and pitfalls in first-trimester obstetric sonography. Fernanda S. Mazzariol et all. Clinical imaging . March 2015.

-First trimester bleeding evaluation. Dogra, Vikram V. Ultrasound quarterly . June 2005.

217/45. ENTRADA DIRECTA CON TRÓCAR A NIVEL UMBILICAL, SIN NEUMOPERITONEO PREVIO. TÉCNICA QUIRÚRGICA SEGURA Y REPRODUCIBLE.

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Márquez Maraver, Francisco.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
Mostrar la técnica quirúrgica de la entrada directa con trócar sin neumoperitoneo previo , en la cirugía ginecológica

Metodología
Descrita por DINGFELDER EN 1978. Explicaremos paso a paso la técnica quirúrgica de este tipo de entrada laparoscópica.

Contraindicación, o al menos precaución en…

- Infrapeso
- Laparotomías previas medias infraumbilicales
- Hernia umbilical
- Embarazo

Resultados
La técnica consiste en:

- Incisión umbilical transversal o verticalSUFICIENTEMENTE GRANDE para acomodar fácilmente el primer trócar
- No incidir profundamente en la pared abdominal con el bisturí
- Introducir el trócar cargado hasta contactar con la fascia en un ángulo de 90° con la misma
- Traccionar hacia arriba de la pared abdominal por debajo del ombligo
-Insertar el trócar en la cavidad abdominal mediante un empuje suave (con la conexión a la INSUFLACIÓN abierta) y hacia la pelvis (45º), hasta escuchar el click del sistema de seguridad
- Comprobar con la óptica el acceso correcto

Conclusiones
La entrada directa es una técnica sencilla, rápida y segura para utilizar en cirugía laparoscópica ginecológica

En manos expertas, es al menos igual de segura que las demás técnicas de entrada

Puede ser una alternativa a la entrada con aguja de Veress o a la entrada abierta siempre que se respeten sus indicaciones

Bibliografía

- *Ahmad G et al. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Aug 31;8:CD006583.*
- *Kassir R et al. Laparoscopic entry techniques in obese patient: veress needle, direct trocar insertion or openentry technique?. Obes Surg. 2014 Dec;24(12):2193-4.*

217/46. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INSUFLACIÓN Y ENTRADA EN CAVIDAD ABDOMINAL, EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Fernández Alba, Juan Jesús.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Describir las complicaciones en cirugía laparoscópica ginecológica asociadas a las técnicas de insuflación y entrada en cavidad abdominal.

Comprobar si nuestras estadísticas, se ajustan a lo publicado en la literatura científica sobre esta misma temática.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de 600 laparoscopias recogidas en el HUV Macarena de Sevilla durante 34 meses. Se han analizado las complicaciones asociadas únicamente a la entrada e insuflación a nivel umbilical, en cirugía ginecológica benigna y oncológica.

Resultados
43 pacientes tuvieron al menos una complicación (7.2%)

- 4 lesiones intestinales (0.7%)
- 1 lesión vascular en grandes vasos (0.2%)
- 21 casos de enfisema subcutáneo (3.5%)
- 7 lesiones en vasos de la pared abdominal con hematoma asociado(1.2%)
- 2 complicaciones anestésicas (0.3%)
- 25 conversiones a laparotomía asociadas a la entrada (4.2%)

La tasa de complicaciones en las laparoscopias urgentes fue del 10,8 % (10/93) frente al 6,5% (33/507) hallado en laparoscopias programadas. Esta diferencia sin embargo no resultó estadísticamente significativa ($p>0,05$).

La tasa de complicaciones en mujeres sometidas a laparoscopia por patología oncológica fue del 3% (3/99) frente al 8% (40/501) encontrado en patología no oncológica. Esta diferencia, no obstante, no resultó estadísticamente significativa ($p>0,05$).

Conclusiones
La cirugía ginecológica laparoscópica es una vía de abordaje segura, con una tasa de complicaciones asociadas a la entrada e insuflación asumibles en la actualidad, teniendo en cuenta los grandes beneficios de esta vía para la paciente.

Se produjeron complicaciones en el 7.2% de las pacientes, con una tasa de complicaciones mayores (vasculares e intestinales) menor del 1%. Por lo tanto, presentamos unas estadísticas similares a las de los grupos más experimentados que observamos en la literatura.

Bibliografía

- *Nazik H et al. Complications of gynecological laparoscopy: experience of a single center. Clin Exp Obstet Gynecol. 2014;41(1):45-7.*
- *Ott DE. Subcutaneous emphysema--beyond the pneumoperitoneum. JSLS. 2014 Jan-Mar;18(1):1-7.*

217/47. ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO MÁS ÓPTIMO PARA LA MORCELACION MECÁNICA DE MIOMAS VIA HISTEROSCOPICA?

Autores:
López González, Elga; Forero Díaz, Carmen; Vidal Mazo, Cinta.

Centro de Trabajo:
Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Resumen:

Objetivos
Nuestro objetivo principal fue evaluar la tasa de resección total de los miomas mediante myosure y la seguridad del tratamiento , valorando la diferencias de los resultados en función del tratamiento realizado.

Metodología
Estudio prospectivo desde abril 2013 hasta diciembre de 2015. 144 pacientes. Los grupos de estudio fueron pacientes con mioma submucoso resecable tratados con UPA 5 mg / día (N=55), sin medicacion (N=33), con gestágenos (N=41) y con análogos de GnRH:decapeptyl 3,75mg (N=15) .

El tratamiento se realizó al menos durante tres meses.

Se analizaron las diferentes variables ; edad, tipo de mioma, tiempo quirúrgico, volumen de la pieza, tasa de altas en función del tratemiento previo.

Resultados
Los resultados en eficacia fueron un éxito; tan solo un 8,2%(N=10) se derivaron a cirugía mayor y un 6% (N=8)precisaron una segunda morcelación.

El tiempo medio de reseción de los miomas fue 265,5 en el grupo de UPA, y 366 en el grupo de análogos de GnRH.

En el análisis estadístico mediante el test de Kruskal Wallis, se observan diferencias significativas en el Volumen según el Tratamiento en los miomas (2KW = 15.928, p = .001), siendo el Rango del grupo sin tratamiento de 54.26, de Gestágeno 74.26, de ESMYA 84.70, y de Análogos 97.50 (el grupo sin tratamiento es el que menor volumen tiene, y Análogos y Esmya el que más).

NO se observan diferencias significativas en el Tiempo Quirúrgico según el tratamiento en los miomas (2KW = 2.084, p = .555), a pesar de las diferencias significativas de los volúmenes. Estos datos avalan la facilidad operatoria que aportan ambos tratamientos hormonales.

Si existe relación de dependencia entre la Tasa de Alta y el Tratamiento previo de mioma (2KW = 9.800, CC = .248, p = .020).El grupo de Esmya supera al de análogos.

Conclusiones
Es difícil calibrar con precisión el resultado de un procedimiento quirúrgico. Sin embargo, consideramos que estos datos proporcionan evidencia para reafirmar la práctica de este procedimiento bajo el tratamiento previo de Esmya. La investigación futura debe ser hecho para apoyar esta evaluación inicial y llegar a conclusiones futuras.

Bibliografía

- *1. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obstet Gynecol 2003; 188:100 2. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. Am J Clin Pathol 1990; 94:435. 3. Gupta S, Jose J, Manyonda I. Clinical presentation of fibroids. Best Practice Research Clin Obstet Gynecol, vol 22, 4, 615-626, 2008. 4. Parker WH. Uterine myomas: management. Fertil Steril 2007; 88:255. 5. Alternatives to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas. ACOG Practice Bulletin No. 96. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2008; 112: 201. 6. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Ginecología. Miomas Uterinos. 2015 7. Vazquez F et all. Acetato de Ulipristal 5 mg en el manejo de los miomas uterinos. Prog Obstet Ginecol. 2013;56(supl. 1):2-19 8. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. N Engl J Med 2012; 366:409*

217/48. TOLERANCIA AL DOLOR DE LAS MIOMECTOMIAS EN EL ÁMBITO AMBULATORIO. MYOSURE.

Autores:
López González, Elga; Forero Díaz, Carmen; Vidal Mazo, Cinta.

Centro de Trabajo:
Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Resumen:

Objetivos
El objetivo principal de este estudio es valorar la satisfacción y las puntuaciones de dolor en aquellas pacientes sometidas a morcelación histeroscópica ambulatoria de pólipos endometriales y miomas submucosos utilizando el dispositivo Myosure.

Metodología
Estudio prospectivo basado en el Complejo Hospitalario de Huelva desde Abril del 2013 hasta Diciembre del 2015. Las pacientes trás la morcelación del pólipo o mioma recogieron su experiencia mediante un cuestionario (Escala analogica VAS) inmediatamente después del procedimiento permitiendo la retroalimentación cualitativa.

Como variables principales se registraron el grado de dolor y la satisfacción subjetiva de la paciente con la técnica.

Se registraron la edad, la condición reproductiva , la presencia de mioma, pólipo o ambos, el volumen de la pieza , el tiempo quirúrgico, el tratamiento previo, los tiempos de resección y eventos adversos.

Todas las mujeres recibieron un bloqueo cervical utilizando 10ml de lidocaína y mepivacaína. Una solución salina se utilizó como medio de distensión, a caída libre.

Resultados
Se realizaron un total de 392 morcelaciones , realizando la extirpación de un total de 121 miomas, 248 pólipos y la 23 de ambos.

El volumen medio de la pieza es 7,29. En cuanto a las puntuaciones en la escala del dolor, la puntuación media fue de 1, 18 (Rango 0-5)

La satisfacción del paciente fue alta entre todos los subgrupos, con una puntuación total con una media de 4,99 (Rango 1-5)

Mediante Test U-Mann Witney se determina que no se encuentra variación en la alta satifacción de las pacientes en función de la patología orgánica , el tratamiento previo (UMW = 18457.5, p = .691) o la edad y condición reproductiva. Mediante Kruskal Wallis no se encontró que el tamaño de los pólipos o miomas (KW = 4.572, p = .102), ni el tiempo de corte (KW = .603, p = .740) influyese en la satisfacción.

La tasa global de complicaciones fue del 5,1% , que se manejaron en el ámbito ambulatorio

Conclusiones
El tratamiento histeroscópicas mediante el dispositivo myosurese prodría llevar a cabo con éxito en el ámbito ambulatorio con un alto nivel de satisfacción de los pacientes.

Bibliografía

- *1 Salim S, Won H, Nesbitt-Hawes E et al. Diagnosis and management of endometrial polyps: a critical review of the literature. J Minim Invasive Gynecol 2011; 18: 569–581. 2 Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. Acta Obstet Gynecol 2010; 89: 992–1002. 3 Lieng M, Istre O, Sandvik L, Qvigstad E. Prevalence, 1 year regression rate, and clinical significance of asymptomatic endometrial polyps: cross sectional study. J Minim Invasive Gynecol 2009; 16: 465–471. 4 Dewaay DJ, Syrop CH, Nygaard IE et al. Natural history of uterine polyps and leiomyomata. Obstet Gynecol 2002; 100: 3–7. 5 Wolfmann W, Leyland N, Heywood M et al. Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada. J Obstet Gynaecol Can 2010; 32: 990–999. 6 Ferrazzi E, Zupi E, Leone FP et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 235. 7 Preutthipan S, Herabutya Y. Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. Fertil Steril 2005; 83: 705. 8 Muzii L, Bellati F, Pernice M et al. Resectoscopic bipolar electrode excision of endometrial polyps. A randomized study. Fertil Steril 2007; 87: 909.*

217/49. NÚMERO DE INTENTOS FALLIDOS DE ENTRADA ASOCIADO A MAYOR TASA DE COMPLICACIONES, EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA.

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Fernández Alba, Juan Jesús.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
El número de intentos fallidos de entrada en la cavidad abdominal, está relacionado con la posibilidad de sufrir una complicación durante la insuflación o la entrada en cirugía laparoscópica. Con un único intento, la tasa de complicaciones se encuentra alrededor del 1%, llegando en algunas series hasta un 84% si se realizan 4 o más intentos.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de 600 laparoscopias recogidas en el HUV Macarena de Sevilla durante 34 meses. Se han analizado las complicaciones asociadas al número de intentos de entrada e insuflación a nivel umbilical, en cirugía ginecológica benigna y oncológica.

Resultados
Las pacientes en las que fue preciso realizar 2 o más intentos para la insuflación y/o entrada en la cavidad abdominal, presentaron una tasa de complicaciones del 55,2% (37/67) frente a solo el 1,1% (6/533) registrado en aquellas mujeres en las que la insuflación y/o entrada se realizó al primer intento. Esta diferencia se mostró muy significativa estadísticamente ($p<0,001$)

En términos de riesgo, el riesgo de complicación se disparó en aquellas mujeres en las que se realizaron 2 o más intentos, con una OR de 108,32 (IC 95%: 42,41 – 276,69). Es decir que el riesgo de tener una complicación durante la insuflación y/o entrada se multiplica más de 100 veces si el número de intentos son dos o más.

El número medio de veces que se intentó entrar en aquellas pacientes en las que no hubo complicaciones fue de 1,06, mientras que el número de veces que se intentó entrar en las que sí hubo complicaciones fue de 2,70. Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa $p<0,001$.

Conclusiones
El número de intentos fallidos de insuflación y/o entrada, es un factor estadísticamente muy significativo en el aumento de la posibilidad de tener complicaciones durante estas maniobras, en cirugía laparoscópica ginecológica.

Bibliografía

- *Angioli R et al. A comparison of three different entry techniques in gynecological laparoscopic surgery: a randomized prospective trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Dec;171(2):339-42.*

Shayani-Nasab H et al. Complications of entry using Direct Trocar and/or Veress Needle compared with modified open approach entry in laparoscopy: six-year experience. Urol J. 2013 Spring;10(2):861-5.

217/50. LAPAROTOMÍA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO DE COMPLICACIONES DURANTE LA INSUFLACIÓN Y/O ENTRADA EN CAVIDAD ABDOMINAL, EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Fernández Alba, Juan Jesús.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
La presencia de laparotomías previas como antecedente personal de las pacientes, está relacionado con una mayor posibilidad de sufrir una complicación durante la insuflación o la entrada en cirugía laparoscópica. En las pacientes sin laparotomías previas, la tasa de complicaciones se encuentra alrededor del 0.7%, llegando en algunas series hasta un 51.7% si presentan 1 o más laparotomías previas. Nuestro objetivo es observar si se cumplen dichos resultados en nuestra población.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de 600 laparoscopias recogidas en el HUV Macarena de Sevilla durante 34 meses. Se han analizado las complicaciones asociadas a la presencia de laparotomías previas, durante la insuflación y/o entrada en cirugía ginecológica benigna y oncológica.

Resultados
Del total de 600 pacientes incluidas en el estudio, 116 habían sido sometidas al menos a una laparotomía previa.

La tasa de complicaciones en las pacientes que tenían el antecedente de haber sido sometidas al menos a una laparotomía previa, fue mayor que en el grupo de mujeres que no habían sido laparatomizadas con anterioridad (13,8% vs 5,6%).

Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa ($p < 0,01$).

El riesgo de sufrir una complicación también se encontró aumentado en estas pacientes en las que se determinó una OR de 2,71 (IC 95%: 1,41 – 5,21), estadisticamente significativo. Es decir que el riesgo de sufrir una complicación durante la insuflación/entrada, se multiplica por 2.71 en las pacientes con laparotomía previa con respecto a las que no.

Conclusiones
La laparotomía previa, es un factor de riesgo estadísticamente muy significativo en el aumento de la posibilidad de tener complicaciones durante las maniobras de insuflación/entrada, en cirugía laparoscópica ginecológica.

Bibliografía

- *Carlson WH, Tully G, Rajguru A, Burnett DR, Rendon RA. Cameraless peritoneal entry in abdominal laparoscopy. JSLS. 2012 Oct-Dec;16(4):559-63.*

Agresta F, Mazzarolo G, Bedin N. Direct trocar insertion for laparoscopy. JSLS. 2012 Apr-Jun;16(2):255-9.

217/51. INFLUENCIA DEL IMC DE LA PACIENTE EN LAS COMPLICACIONES DURANTE LA INSUFLACIÓN Y/O ENTRADA EN CAVIDAD ABDOMINAL, EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Fernández Alba, Juan Jesús.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
La presencia de un IMC igual o superior a 25 como antecedente personal de las pacientes, está relacionado con una mayor posibilidad de sufrir una complicación durante la insuflación o la entrada en cirugía laparoscópica. Nuestro objetivo es observar si se cumplen dichos resultados en nuestra población.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de 600 laparoscopias recogidas en el HUV Macarena de Sevilla durante 34 meses. Se han analizado las complicaciones asociadas al IMC de las pacientes, durante la insuflación y/o entrada en cirugía ginecológica benigna y oncológica.

Resultados
No registramos ninguna complicación en las mujeres que presentaban infrapeso (IMC inferior a 18.5).

La tasa de complicaciones en mujeres con sobrepeso (IMC entre 25-29.9), comparadas con aquellas que presentan un IMC normal (18.5-24.9) fue del 7,8% frente al 2,2 %. Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa ($p<0,01$).

Asimismo, el riesgo de complicación también se encontraba incrementado en pacientes con sobrepeso en las que se determinó una OR de 3,69 (IC 95%: 1,33 – 10,17).

La tasa de complicaciones en mujeres con IMC ≥ 30 fue del 14,4% frente al 2,2 % hallado en las mujeres con IMC normal. Esta diferencia resultó estadísticamente muy significativa ($p<0,001$).

El riesgo de presentar una complicación en pacientes obesas también estaba aumentado, con una OR de 7,36 (IC 95%: 2,71 – 19,99).

Conclusiones
El IMC de las pacientes igual o superior a 25, es un factor de riesgo estadísticamente muy significativo en el aumento de la posibilidad de tener complicaciones durante las maniobras de insuflación/entrada, en cirugía laparoscópica ginecológica.

Bibliografía

- *Deffieux X, Ballester M, Collinet P, Fauconnier A, Pierre F. Risks associated with laparoscopic entry: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Oct;158(2):159-66.*
- *Tinelli A, Malvasi A, Guido M, Tsin DA, Hudelist G, Stark M, Mettler L. Laparoscopy entry in patients with previous abdominal and pelvic surgery. Surg Innov. 2011 Sep;18(3):201-5.*

217/52. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TIEMPO DE INSUFLACIÓN DURANTE LAS MANIOBRAS DE ENTRADA EN CAVIDAD ABDOMINAL, EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Fernández Alba, Juan Jesús.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Jerez De La Frontera. Cádiz. España; (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
El tiempo de insuflación durante las maniobras de entrada en cirugía laparoscópica ginecológica, puede verse alterado por determinados factores, como la presencia de laparotomías previas, obesidad, o por las complicaciones o intentos fallidos durante las mismas. Nuestro objetivo es observar si se cumplen dichos resultados en nuestra población.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de 600 laparoscopias recogidas en el HUV Macarena de Sevilla durante 34 meses. Se han analizado las alteraciones del tiempo de insuflación en función de las variables anteriormente descritas, durante la insuflación y/o entrada en cirugía ginecológica benigna y oncológica.

Resultados
El tiempo medio de insuflación fue de 3 minutos y 40 segundos.

El tiempo medio de insuflación en el grupo de 1 sólo intento de entrada fue de 3 minutos con 28 segundos, con respecto a los 5 minutos con 24 segundos del grupo de 2 o más intentos. Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa $p<0,001$.

El tiempo medio de insuflación en nuestras pacientes varió en función de otros factores, pero sin lograr ser estadísticamente significativo:

- Laparotomía previa: 3 minutos y 51 segundos
- No laparotomía previa: 3 minutos y 38 segundos
- IMC igual o superior a 25: 3 minutos y 44 segundos
- IMC normal: 3 minutos y 36 segundos
- Pacientes con complicaciones: 4 minutos y 8 segundos
- Pacientes sin complicaciones: 3 minutos y 39 segundos

Conclusiones
Los factores de riesgo analizados, aumentan el tiempo de insuflación durante las maniobras de insuflación/entrada, en cirugía laparoscópica ginecológica, pero únicamente el n° de intentos presenta diferencias estadísticamente significativas.

Bibliografía

- *Zakherah MS. Direct trocar versus veress needle entry for laparoscopy: a randomized clinical trial. . Gynecol ObstetINVEST 2010;69(4):260-3.*
- *Tinelli A, Malvasi A, Istre O, Keckstein J, Stark M, Mettler L. Abdominal access in gynaecological laparoscopy: a comparison between direct optical and blind closed access by Verres needle. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Feb;148(2):191-4.*

217/54. IMPORTANCIA DE LA EDAD MATERNA, DEL TABAQUISMO Y DE LOS ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL DIAGNÓSTICO Y POSTERIOR EVOLUCIÓN DEL FETO CIR

Autores:
(1) Torres Aguilar, Maria Del Rosario; (2) Galán Gutiérrez, María Jesús; (3) Delmas Garcia, Maria De Los Angeles; (4) Carreto Alba, Praxedes.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Interno Residente En Ginecologia Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Huelva. Huelva; (2) Residente Ginecologia Y Obstetricia Hospital Juan Ramón Jimenez.Huelva.; (3) Medico Interno Residente En Ginecologia Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Huelva; (4) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jimenez. Huelva. España.

Resumen:

Objetivos
El principal objetivo ha sido determinar la significancia de la edad materna, consumo de tabaco y de los estados hipertensivos con la edad gestacional del feto CIR al diagnóstico y con la evolución posterior del mismo

Metodología
Estudio retrospectivo, analizando todos los fetos CIR diagnosticados y seguidos en la Consulta de Diagnostico Prenatal del Complejo Hospitalario Huelva en los años 2015 y 2016, consiguiendo una n de 123 casos.

Analisis de datos mediante SPSS y realizacion de test estadisticos

Resultados
Las edades extremas maternas, el tabaquismo y los estados hipertensivos, se relacionan con más diagnósticos de fetos CIR y con peor evolución de los mismos

Conclusiones
Se deben tener muy presentes en el seguimiento de una gestación estos factores de riesgo: edad materna, tabaquismo y estados hipertensivos maternos

Bibliografía

- *- Irene Cetin, Chiana Mandò. Maternal predictors os intrauterine growth retriction. Current Opinion. 2013; Vol 16 (3): 310-319*
- *- Albu AR, Anca AF. Predictive factors for intrauterine growth restriction. Journal of Medicine and Life. 2014; Vol. 7 (2): 165-171*

217/55. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA DE LOCALIZACIÓN AXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Salmerón Mochón, Mónica; (2) Merino Galdón, Federico; (3) Ferrer González, Auxiliadora; (4) Ribeiro González, Marta.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Málaga; (2) Mir De Obstetricia Y Ginecología; (3) Médico Especialista En Obstetricia Y Ginecología; (4) Médico Especialista En Cirugía General Y Del Aparato Digestivo.

Resumen:

Objetivos
Manejo de la enfermedad de Paget extramamaria axilar (EPEMA).

Metodología
Búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura (2010-2016).

Resultados
Paciente de 71 años con lesión pruriginosa en axila izquierda de 2 años de evolución. En la exploración se apreció una placa eritematodescamativa de 6 x 3 cm, de bordes bien delimitados. No se palparon nódulos axilares. Se tomó una biopsia de la lesión con resultado de enfermedad de Paget (HER 2+, EMA+ y CEA+). Se realizó mamografía bilateral que resultó sin hallazgos. En la ecografía únicamente se apreció un engrosamiento subcutáneo de 28 mm. Se completó el estudio con una RMN que resultó normal. Se presentó el caso en el comité clínico y se decidió realizar tratamiento quirúrgico (excisión elíptica de la lesión con márgenes).

Conclusiones
La EPEMA es una forma extremadamente infrecuente de carcinoma y por ello su incidencia es difícil de estimar. El pronóstico es bueno en fases iniciales, obteniéndose supervivencias superiores al 90% a los 5 años. La clínica es insidiosa lo que provoca un importante retraso en el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico constituye el método más fiable. Sin embargo, en casos inoperables se pueden considerar otras alternativas como la radioterapia, la quimioterapia tópica o sistémica, anticuerpos monoclonales, terapia fotodinámica y láser CO2.

Bibliografía

- *1.- Londero AP et al (2013) A review of extramammary paget's disease: clinical presentation, diagnosis, management and prognosis. J Med Med Sci 4(4):134–148. 2.- Neuhaus IM, Grekin RC. Enfermedad de Paget mamaria y extramamaria. EN: Goldsmith LA, Katz SI, Gilcherest BA, Paller AS, Leffel DJ. Wolff K. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General.Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 2010.p.1094-1098. 3.- Sánchez-Sánchez JM, Molinero-Caturla JÁ, Ferreres-Riera JR, Masferrer-i-Niubò E. Enfermedad de Paget extramamaria. Semérgen. 2011; 37:504-7*

217/56. METÁSTASIS GÁSTRICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Salmerón Mochón, Mónica; (2) Cuenca Campos, Francisco; (3) González Méndez, Edgar; (4) Ribeiro González, Marta.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Málaga; (2) Mir De Obstetricia Y Ginecología; (3) Médico Especialista En Obstetricia Y Ginecología; (4) Médico Especialista En Cirugía General Y Del Aparato Digestivo.

Resumen:

Objetivos
Diagnóstico en un cáncer de mama que se presenta inicialmente como una lesión gástrica.

Metodología
Búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura (2010-2016).

Resultados
Paciente de 61 años, con antecedente de cáncer de mama en tía paterna. En una gastroscopia rutinaria se observa una lesión sospechosa que se biopsia con resultado de adenocarcinoma gástrico difuso. En PET-TAC se describe una lesión lítica en pala iliaca izquierda y adenopatías axilares izquierdas por lo que se deriva a la unidad de mama para valoración. A la exploración no se palpan nódulos mamarios pero sí adenomegalia de 1,5 cm. Mamografía normal y ecografía con lesión sólida de 7 mm en mama izquierda. Se realiza biopsia de ambas lesiones. Tras estudio inmunohistoquímico se confirma el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante con morfología histiocitoide que es idéntica a la encontrada en la lesión gástrica, por lo que esta es catalogada como lesión metastásica con origen mamario. La paciente se trata con quimioterapia.

Conclusiones
Se debería sospechar cáncer de mama en mujeres con un carcinoma de origen primario desconocido que se acompaña de adenopatías axilares. Para apoyar el diagnóstico de cáncer de mama se debe realizar estudio inmunohistoquímico en el material de biopsia que incluya receptores hormonales, expresión de HER2 y otros marcadores específicos como la mamoglobina, GATA3 y la GC-DFP-15.

Bibliografía

- *1.- Gown AM, et al. Markers of metastatic carcinoma of breast origin. Histopathology. 2016; 68(1):86-95. 2.- Abid A, Moffa C, Monga DK. Breast cancer metástasis to the GI tract muy mimic primary gastric cáncer. J Clin Oncol. 2013; 31(7): 106-7. 3.- Redig AJ, McAllister SS. Breast cancer as a systemic disease: a view of metastasis. J Intern Med. 2013; 274(2):113-26.*

217/57. CARCINOMA LOCALMENTE AVANZADO DE MAMA (CLAM) QUE SIMULA UNA LESIÓN CUTÁNEA.

Autores:
(1) Salmerón Mochón, Mónica; (2) Lázaro Montoya, Beatriz; (3) Ferrer González, Auxiliadora; (4) Ribeiro González, Marta.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Málaga; (2) Mir De Obstetricia Y Ginecología; (3) Médico Especialista En Obstetricia Y Ginecología; (4) Médico Especialista En Cirugía General Y Del Aparato Digestivo.

Resumen:

Objetivos
Manejo clínico-terapéutico de un CLAM que simula una lesión de piel.

Metodología
Búsqueda bibliográfica y revisión de la literatura (2010-2016).

Resultados
Paciente de 60 años que acude a dermatología por lesión exofítica en CSE de mama derecha cerca del hombro que se biopsia con resultado de carcinoma de mama infiltrante. Se realiza mamografía y ecografía visualizando nódulo de 23 mm con BAG con resultado confirmatorio de carcinoma ductal infiltrante grado III, triple negativo. Se realiza BAG de ganglio linfatico palpable y estudio de extensión siendo ambos negativos. Se inicia quimioterapia neoadyuvante y tras 6 ciclos se constata progresión de la enfermedad. Se efectúa mastectomía con linfadenectomía y reconstrucción con dorsal ancho. En el estudio de la pieza quirúrgica se constata un tamaño final de 7 cm y una metástasis de 3 mm en uno de los 21 ganglios axilares. Actualmente se encuentra en tratamiento radioterápico.

Conclusiones
El CLAM tiene un pronóstico peor que el del cáncer de mama localizado y su tratamiento es más agresivo. En ocasiones, puede simular una lesión primaria de piel. Por ello, es importante la realización de una biopsia ante la mínima sospecha clínica.

Bibliografía

- *1.- Alphonse Taghian, MD, PhD Moataz N El-Ghamry, MD Sofia D Merajver, MD, PhD. Overview of the treatment of newly diagnosed, non-metastatic breast cancer. 2016. 2.- Kesson EM, Allardice GM, George WD, et al. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13722 women. BMJ 2012; 344: e2718. 3.- Blichert-Toft M, Nielsen M, Düring M, et al. Long-term results of breast conserving surgery vs. mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol. Acta Oncol 2008; 47:672.*

217/58. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LA UTILIZACIÓN SISTEMÁTICA DE TROMBOPROFILAXIS CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN MUJERES CON CESÁREA SIN VALORACIÓN DEL RIESGO TROMBOEMBÓLICO.

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Cardona Benavides, Inmaculada; (3) Domingo Piñar, Sarah María; (3) Cruz Martínez, Milagros.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (2) Graduada En Medicina. Granada.; (3) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos
Realizar un análisis coste-efectividad de la utilización de Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) en casos de cesárea.

Metodología
Estudio analítico observacional retrospectivo.

1908 mujeres a las que se les practicó cesárea en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada entre los años 2012-2014.

Se calcula el número de factores de riesgo tromboembólico en el puerperio en la población estudiada, el gasto de un episodio tromboembólico y de HBPM durante 7 días.

Resultados
El cálculo del gasto sanitario durante la hospitalización de un episodio de TVP en el puerperio es >5000 € (sólo estancia hospitalaria, Radiografía de tórax, Doppler y gammagrafía), el de TEP es >6600€).

El gasto de la utilización de HBPM durante 7 días es de 36,12€/persona.

En el período estudiado se realizaron 351 cesáreas electivas y 1557 cesáreas urgentes. A todas las mujeres se les indicó HBPM durante 7 días.

No hemos tenido ningún episodio de ETE.

Siguiendo las recomendaciones del RCOG todas las mujeres con cesárea urgente precisan tromboprofilaxis con HBPM.

Analizando las 351 mujeres con cesárea electiva: a) sólo 28 presentaban como único factor de riesgo conocido de ETE la cesárea electiva, basándonos exclusivamente en los factores de riesgo conocidos y siguiendo las recomendaciones del RCOG, se hubiera utilizado innecesariamente la HBPM (gasto de 1011,36€); b) 107 presentaban un solo factor de riesgo. El gasto en HBPM innecesario habría supuesto 4876,2€; sin embargo, 15 mujeres presentaban un factor de riesgo grave que recomiendan tromboprofilaxis, por lo que sólo 92 mujeres no la habrían necesitado, lo que supone un gasto innecesario de 3323,04€; c) 216 presentaban ≥ 2 factores, hay que utilizarla HBPM.

En cualquiera de los escenarios contemplados, el gasto durante 3 años en HBPM innecesario es de 1011,36 € o 3323,04€, por tanto menor que el gasto hospitalario de un episodio de ETE, sin contar los posteriores gastos de consultas, análisis, afectación psíquica y secuelas posttrombóticas.

Conclusiones

-La utilización de Heparina de Bajo Peso Molecular es una practica coste-efectividad beneficiosa como tromboprofilaxis tras la realización de cesárea

Bibliografía

- *1.-SOGC.J Obs Gynaecol Can. Guideline N°308.2014*
- *2.-RCOG. Green-top Guideline N°37a.2015.*

217/59. FACTORES DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO EN MUJERES CON CESÁREA ELECTIVA ¿ES NECESARIA TROMBOPROFILAXIS?

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Cardona Benavides, Inmaculada; (3) Domingo Piñar, Sarah María; (3) Cruz Martínez, Milagros.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (2) Graduada En Medicina. Granada.; (3) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos
Analizar otros factores de riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE) en mujeres a las que se les ha realizado una cesárea electiva valorando la necesidad de tromboprofilaxis.

Metodología
Estudio analítico observacional retrospectivo. 351 mujeres a las que se les practicó una cesárea electiva en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada entre los años 2012-2014.

Se calcula el número de factores de riesgo tromboembólico en el puerperio en la población estudiada.

Se realiza análisis descriptivo, calculando para las variables cuantitativas la media, desviación típica, moda y rango y las frecuencias para las variables cualitativas expresándolas en porcentajes.

Se utiliza el paquete informático SPSS

Resultados
Los principales factores de riesgo aparecidos fueron la anemia puerperal en 237 mujeres (67,5%), la edad materna mayor de 35 años en 107 mujeres (30,5%) y la obesidad en 85 (24,2%) quedan recogidos en la tabla 3.

De las 351 mujeres estudiadas, sólo 28 (8%) presentaban como único factor de riesgo conocido de ETE la cesárea electiva. 107 mujeres (30,5%) tenían un factor de riesgo más aparte de la cesárea y 216 (61,5%) presentaban ≥ 2 factores.

La media de factores de riesgo tromboembólico presentados por las mujeres que componen el estudio ha sido de 2,17 ± 1,45, con un rango de 0 a 8

Basándonos exclusivamente en los factores de riesgo conocidos y siguiendo las recomendaciones del RCOG, sólo en 28 mujeres se hubiera utilizado innecesariamente la HBPM al no tener factores de riesgo asociados, sólo la cesárea electiva.

107 mujeres presentaban un factor de riesgo añadido, siguiendo las recomendaciones de SOGC, no habrían necesitado utilización de HBPM; sin embargo, 15 mujeres presentaban un factor de riesgo grave que recomiendan tromboprofilaxis, por lo que sólo 92 mujeres no la habrían necesitado.

Conclusiones
1.- La mayoría de mujeres a las que se les realiza cesárea electiva presentan otros factores de riesgo tromboembólico.

2.- La utilización de Heparina de Bajo Peso Molecular consideramos que es una práctica beneficiosa como tromboprofilaxis tras la realización de cesárea electiva.

Bibliografía

- *1.- SOGC.J Obs Gynaecol Can. Guideline N°308. 2014*
- *2.- RCOG. Green-top Guideline N° 37a. 2015*

217/60. MANEJO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON MUTACIÓN DEL GEN 20210 DE LA PROTROMBINA: RESULTADOS MATERNOS Y OBSTÉTRICOS

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Sarrión Hernández, María Azahara; (2) Morillo Antón, Belén; (3) Cruz Martínez, Milagros.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (2) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (3) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos
Analizar los resultados maternos y obstétricos en las gestantes con mutación del gen 20210 de la protrombina

Metodología
Estudio observacional analítico de cohorte prospectiva. Se realiza estadística descriptiva. Aplicación de protocolo: La tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular se inicia en el primer trimestre tras comprobar actividad cardíaca embrionaria en casos de ser homocigota o si existen otros factores de riesgo (antecedentes de trombosis, asociación a otras trombofilias, malos resultados obstétricos); en el resto de casos se valora iniciarla en la segunda mitad de la gestación y durante el puerperio. Control clínico y ecográfico cada 4 semanas, quincenal a partir de la SG 30-32 y semanal a partir de la 37, si es normoevolutivo.

29 gestantes con esta mutación desde 2004 hasta junio de 2015.

Resultados
La edad media fue de 32,00±4,15. 6 mujeres tenían antecedentes de enfermedad tromboembólica.

12 gestantes tenían abortos previos (10 tenían ≥2 abortos).

En el período estudiado, hubo un aborto precoz en semana 5 de gestación y ninguna muerte perinatal.

No hubo complicaciones maternas graves. La hipertensión materna complicando el embarazo se presentó en 3 casos y hubo un caso de diabetes. Hubo un caso de placenta previa.

Sólo hubo 2 partos pretérmino. La edad gestacional media del parto fue en la semana 38,81±1,57.

El parto se inició espontáneamente en el 42,3% de las gestaciones, inducido en el 53,9% y cesárea electiva en el 6,7% de los casos.

La terminación fue espontánea en el 53,3% de los casos, mediante tocurgia en el 33,3% y se realizó cesárea en el 3,8%.

El peso medio fue de 3088,42±491,53 g. 4 casos de CIR con buen resultado perinatal. El test Apgar fue adecuado, al minuto ≥ 7 (93,3%) y a los 5 minutos ≥9 siempre. La evolución neonatal fue normal.

Conclusiones
Los buenos resultados obtenidos se deben a la atención protocolizada y meticulosa de estas gestantes que permite actuar precozmente y establecer tratamiento en los casos en que aparecen complicaciones

Bibliografía

- *Davenport WB et al. Inherited thrombophilias and adverse pregnancy outcomes. A review of screening patterns and recomendations. Obstet Gynecol Clin N Am 2014; 41: 133-144*

217/61. SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS EN CÁNCER DE OVARIO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Vilches Torres, Sandra; (2) Espinar Barbero, Elvira; (2) Zapata Muñoz, Miriam; (2) Rodríguez Marín, Ana Belén.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Residente En Ginecología Y Obstetricia. H. U. Reina Sofía. Córdoba; (2) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. H.u Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos
Exponer el diagnostico de un caso de cáncer de ovario con Síndromes paraneoplásicos.

Metodología
Historia clínica de la paciente desde que comenzó con los síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento.

Resultados
Paciente 46 años. FO: G1A1 . Menarquia: 10 años, FM: 4-5/30. Alérgica al Níquel.

HTA de reciente aparición con difícil control, hiperlipemia familiar combinada. Lesiones cutáneas palmo-plantares y en rostro que la paciente relaciona con Níquel e Ibuprofeno. Deposiciones diarreicas durante 6 meses y astenia.

4/3/2016: Ingreso por cuadro de mareo, dolor punzante centrotorácico y en MSD con TAS 170. Cateterismo : hipoquinesia apical sin lesiones coronarias. Se comienza con HBPM. A las dos semanas presenta cuadro de vértigo giratorio, vómitos, cefalea occipital, pérdida de conciencia sin convulsión y dificultad para hablar, articular y nominar palabra junto con déficit visual en hemicampo derecho. En RMN lesiones compatibles con ICTUS lacunares. Se inicia Sintrom.

6/6/2016: Es diagnosticada de trombosis venosa superficial en MID. Diez días después se diagnostica de TVP en MII en vena safena interna.

1/7/2016: TAC describe masa pélvica paraanexial derecha de 70 mm sin delimitar si es anexial o uterina. En Revisión ginecológica se descarta patología. PET TC: masa hipermetabólica en Douglas captante sugestiva de malignidad. Nueva valoración ginecológica: se observa formación retrouterina de 50 por 70 mm de significado incierto. Se programa cirugía y BIO previa colocación de filtro de vena cava.

19/7/2016 Cirugía: tumoración excrecente de anejo izquierdo y derecho que infiltra recto-sigma y pared posterior de útero. BIO: carcinoma.

AP definitiva: carcinoma endoemtrioide bien diferenciado de OD y carcinoma endometrial que infiltra menos del 50 % del miometrio, ambos sincrónicos.

Conclusiones
Los Síndromes paraneoplásicos presentan una frecuencia del 1-7 %. Los más relacionados con el cáncer de ovario son vasculares y la dermatosis paraneoplásica (20 % casos). Su importancia radica que pueden preceder a la enfermedad meses o años.

Bibliografía

- *1. Shanbhogue AK1, Shanbhogue DK, Prasad SR, Surabhi VR, Fasih N, Menias CO. Clinical syndromes associated with ovarian neoplasms: a comprehensive review. Radiographics. 2010 Jul-Aug;30(4):903-19. doi: 10.1148/rg.304095745. 2. Clement PB1, Young RH, Scully RE. Clinical syndromes associated with tumors of the female genital tract. Semin Diagn Pathol. 1991 Nov;8(4):204-33.*

217/62. OSTEOPOROSIS GESTACIONAL TRANSITORIA: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Boza Novo, Patricia; (2) Zambruno Lira, Angela Maria; (2) Cuevas Palomino, Jose Andres; (3) Gabladon Gutierrez, Jose Luis.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Quiron; (2) Medico Especialista En Obstetricia Y Ginecologia En Hospital Quiron Campo De Gibraltar; (3) Jefe De Servisio De Obstetricia Y Ginecologia En Hospital Quiron Campo De Gibraltar.

Resumen:

Objetivos
CASO CLINICO

Mujer de 36 años, primigesta, gestacion unica, buen control gestacional durante el primer y el segundo trimestre de la misma.

En semana 32 de gestacion refiere dolor intenso en ambas caderas que ha ido aumentando en intensidad y no mejora a pesar de tratamiento. No se objetiva focalidad del dolor y se acompaña de impotencia funcional.

Se remite a traumatologia- reumatologia.

A la exploracion se objetiva limitacion funcional, empeoramiento de la sintomatologia con la carga y limitacion en la abduccion y rotacion externa.

En la analitica no se objetiva nunguna alteracion.

Tras la realización de rnm se extiende el diagnostico de osteoporosis transitoria bilateral de cadera asociada a la gestacion descartandose necrosis de cabeza femoral.

El tratamiento consistio en analgesia, bastones de descarga y suplementos de calcio. Consiguiendose discreta mejoria de la sintomatologia .

Dado el riesgo de fractura de cadera asociado al parto en es tipo de gestantes se optó por la realizacion de una cesarea electiva en semana 38 de la gestacion.

La intervencion transcurrio sin incidencias. El postoperatorio curso con normalidad.

En la revision puerperal a los 30 dias de la intervencion la paciente presentaba una gran mejoria de la sintomatologia empleando unicamente analgesia y complemento de calcio.

En la revision traumatologica a los 3 meses de la intervencion la paciente se encontraba compltamente asintomatica, sin limitacion en la movilidad y sin dolor. La rnm de control revelaba completa normalidad en ambas cabezas femorales. Se decidio retirada de tratamiento.

Al año de la intervencion la paciente continua completamente asintomatica.

bibliografía

- *A. Ríos Luna,H. Fahandez-Saddi Díaz,A. Villa García,J. De las Heras Sánchez-Heredero,N. Escudero Bayón. Osteoporosis transitoria de cadera en una gestante. Acta Ortop Castellano-Manch., 4 (2003), pp. 49-52*
- *P. Vallejo Pérez , P. Camaño Gutiérrez, M.D. Montañez Quero., O. Villar Ruiz, A.García Burguillo. Osteoporosis transitoria de cadera y gestación . Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España*
- *Gómez de Tejada Romero , García Caballero , Groba Marco , Cárdenes León , Lázaro Archilla , Sosa Henríquez. Osteoporosis del embarazo. Presentación de 5 casos y seguimiento a largo plazo. Rev Osteoporos Metab Miner 2012 4;2:57-62*

217/63. A PROPÓSITO DE UN CASO: GEMELOS TORACÓPAGOS

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (2) Marchena Román, Ana María; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Romero Lozano, Azahara.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De Jerez; (2) .

Resumen:

Objetivos
Revisión de un caso de embarazo gemelar toracópagos en Hospital de Jerez en año 2015.

Metodología
Paciente de 32 años, gestante de 11+2 s.g. secundigesta con cesárea anterior y antecedentes de enfermedad de Crohn, intervenida en 5 ocasiones de fisuras perianales. Valorada en Consulta de UMMF por diagnóstico ecográfico de gestación gemelar toracópagos que impresionan compartir corazón.En ecografía se objetivan fetos unidos por tórax y abdomen compartiendo corazón,onfalocele con contenido hepático, grandes quistes cervicales y aumento de TN en ambos.

Resultados
La paciente solicita ILE que tiene lugar a las 11+3 s.g.Resultado de anatomía patológica es: gemelos de 5 cm de unidos por parte anterior del tórax y abdomen con un cordón umbilical único.Sin alteraciones a nivel de cabezas y extremidades. A nivel torácico, se aprecia cavidad única con ausencia del esternón, corazón único y central, identificándose cuatro pulmones. A nivel abdominal desgarro de pared con exteriorización y pérdida de parte del hígado e intestinos; se identifican cuatro riñones y glándulas suprarrenales. Placenta sin alteraciones.

Conclusiones
La incidencia de gemelos siameses toracópagos es baja (1.3 por cada 100,000 nacidos vivos por lo que vemos interesante la presentación de este caso.El diagnóstico del embarazo gemelar se realiza precozmente gracias a la ultrasonografía. La incidencia del embarazo gemelar toracópago se estima entre uno a 1.3 por cada 100,000 nacidos vivos, aunque gran parte de embarazos de este tipo terminan prematuramente,ya que es interrumpido y pocos casos son divulgados en la literatura médica

Bibliografía

- *Martínez- Frías ML. Epidemiology of acephalus/ acardius monozygotic twins: New insights into an epigenetic causal hypothesis. Am J Med Genet Part A. 2009;149 A:640-9. Quiroz VH, Sepúlveda WH, Mercado M. Prenatal ultrasonographic diagnosis of thoracopagus conjoined twins. J Perinat Med. 1989;17(4):297-303. Ruiz M, Herrera M, Concha M. Diagnóstico antenatal ultrasonográfico de gemelos fusionados toracópagos. Rev Chil Obstet Ginecol. 1990;55(5):352-7. Singla V, Singh P, Garg M, Khandelwal N. Prenatal diagnosis of thoracopagus fetus: a case report with a brief review of literature. Arch Gynecol Obstet. 2009; Mar 25. Wilson H. Gemelos unidos. En: Benson C, Mustard W, Ravitch MM, Snyder WH, Welch KJ. Cirugía infantil. Tomo I. La Habana: Editorial CientíficoTécnica; 1967. p. 626-33.12.*

217/64. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE TETRALOGÍA DE FALLOT

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Marchena Román, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De Jerez; (2) .

Resumen:

Objetivos
Revisión de dos casos clínicos de Tetralogía de Fallot diagnosticados mediante control ecográfico a las 20 semanas en el Hospital de Jerez en 2016

Metodología
1ER CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años gestante de 20+4 s.g. primigesta sin antecedentes personales que en control ecográfico de 20 semanas se objetiva feto mujer acorde a 19+5 s.g. con las siguientes anomalías cardíacas: acabalgamiento de aorta, CIV, hipoplasia de arteria pulmonar y ductus arterioso hipoplásico.

2° CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, cuartigesta con un parto y 2 abortos previos, DMID controlada en Consulta de UMMF por CIR-1 de gestación anterior+DMID.

En control ecográfico a las 20 semanas se objetiva a nivel de tórax corazón con arco aórtico derecho y ausencia de ductus. Se observa aorta acabalgada sobre tabique, la a. pulmonar estenótica y la traquea a la izquierda de la aorta, diagnosticándose de Tetralogía de Fallot.

Resultados
1ER CASO CLÍNICO

En la actualidad está pendiente de resultado de amniocentesis y control ecográfico a las 26 semanas.

2° CASO CLÍNICO

La paciente solitica ILE que tiene lugar a las 20+5 s.g., naciendo un feto varón de 350g.

Conclusiones
Las cardiopatías congénitas son las anomalías congénitas mayores más frecuentes al nacimiento, con una prevalencia de 6-8 por 1.000 recién nacidos vivos. A pesar de ser la malformación estructural severa de mayor prevalencia y de mayor impacto en la morbimortalidad neonatal siguen siendo las anomalías menos diagnosticadas prenatalmente.

Para determinados defectos cardíacos, hay evidencia científica suficiente que demuestra el valor del diagnóstico prenatal ecográfico para mejorar tanto su supervivencia como morbilidad, permitiendo el consejo prenatal a los padres, planificación del parto en un centro terciario y en casos seleccionados, incluso, plantear terapia fetal.

Bibliografía

- *Valdés-Cruz L, Cayré R. Echocardiographic diagnosis of congenital heart disease: an embryologic and anatomic approach. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. p. 391-408. Reddy VM, Liddicoat JR, McElhinney DB, et al. Routine primary repair of tetralogy of Fallot in neonates and infants less than three months of age. An Thorac Surg 1995; 60: S592 Dietl CA, Torres A, Cazzaniga M, Favaloro R. Right atrial approach for surgical correction of TOF. Ann Thorac Surg 1989; 47: 546-51.*

217/65. DIAGNÓSTICO Y CONTROL ECOGRÁFICO DE LABIO LEPORINO

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De Jerez; (2) .

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico de labio leporino diagnosticado ecográficamente.

Metodología
Paciente gestante primigesta que en control ecográfico a las 20 semanas se diagnostica de labio leporino.

Resultados
Los controles ecográficos posteriores son normales y el parto se inicia tras rotura espontánea de membranas en una gestación a término, finalizando mediante cesárea urgente por RPBF y sospecha DPPNI naciendo un varón vivo de 3400g sin otra malformación externa asociada a labio leporino.

Conclusiones
Los defectos de cierre orofaciale se producen a causa de una embriopatía en la que se produce una soldadura incompleta o imperfecta del proceso maxilar con el mamelón nasal correspondiente, dando lugar a un labio leporino, o una soldadura defectuosa de las crestas palatales entre sí.

Los factores genéticos no son bien conocidos, el proceso de desarrollo de la cavidad oral es complejo y sensible a que se produzcan problemas en diferentes puntos del mismo que pueden conducir a la aparición de defectos de cierre.

Bibliografía

- *Bonaiti C, Briard ML, Feingold J, Pavy B, Psaume J, MigneTufferaud G. An epidemiological and genetic study of facial*
- *clefting in France. I. Epidemiology and frecuency in relatives.*
- *J Med Genet. 1982;19:8. Boulet SL, Grosse SD, Honein MA, Correa-Villasenor ˜ A. Children with orofacial clefts: health care use and costs among a privately insured population. Public Health Rep. 2009;124:447---53. Wehby G, Cassell CH. The impact of orofacial clefts on quality of life and health care use and costs. Oral Dis. 2010;16:3. Millard T, Richman LC. Different cleft conditions, facial appearance,and speech: relationship to psychological variables. CleftPalate Craniofac J. 2001;38:68---75. Broder H, Strauss RP. Self-concept of early primary schoolage children with visible or invisible defects. Cleft Palate J.Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lipand palate. Lancet. 2009;374:1773---85.*

217/66. CIRUGÍA EN GESTACIÓN ECTÓPICA REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON METOTREXATO

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (1) González Fernández, Yurena; (2) Marchena Román, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz; (2) Mir Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
La incidencia del embarazo ectópico ha aumentado en las últimas décadas, estabilizándose en los últimos años. Esto es debido fundamentalmente al aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos.

Metodología
Paciente segundigesta con antecedente de embarazo ectópico y salpinguectomía izquierda que acude a urgencias por spotting vaginal y que tras cuantificación de BHCG y estudio ecográfico en el que se visualiza "imagen en donut" a nivel de trompa derecha se diagnostica de embarazo ectópico.

Resultados
Se inicia tratamiento con Metotrexato y en control al 4º día tras la administración se objetiva triplicación de BHCG con imagen ecográfica de gestación ectópica en evolución, consistente en saco gestacional tubárico con vesícula vitelina, por lo que se indica tratamiento quirúrgico mediante salpinguectomía derecha.

Conclusiones
La incidencia del embarazo extrauterino está en aumento por lo que es indispensable conocer la serie de factores que predisponen a esta patología, pensar en la posibilidad del embarazo ectópico e investigar la presencia de los factores predisponentes, para intentar hacer un diagnóstico lo más temprano posible dadas sus enormes ventajas. Siempre hay que procurar un tratamiento conservador, siendo el de tipo médico el de elección, cuando se cumplen los requisitos, y en ciertos casos, se puede hacer un manejo expectante.

El tratamiento con MTX por vía IM es el preferido en los estadios iniciales, y cuando hay indicación de un tratamiento quirúrgico, éste debe de ser de tipo conservador, ya sea por laparotomía (microcirugía) o laparoscopia.

Bibliografía

- *Ruiz-Velasco V.. Manejo actual del embarazo ectópico en la paciente estéril y en la que se desea conservar su fertilidad futura. Actualización. Prog Obstet Ginecol. 2010;53(9):351–363.*
- *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 50. Núm. 6. Junio 2007.*

217/67. TUMORACIÓN ANEXIAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TERATOMA GIGANTE

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (1) González Fernández, Yurena; (2) Chacon Romero, Marta.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz; (2) Mir En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico. Tratamiento quirúrgico de teratoma gigante

Metodología
Paciente de 30 años, nuligesta sin antecedentes de interés que consulta por molestias abdominales. En exploración de palpa masa abdominal gigante. En ecografía se objetiva masa de 20cm aprox. sólidoquística. Sin otros hallazgos. MMT normales.

Resultados
Ante la imagen ecográfico se propone tratamiento quirúrgico. Se realiza laparotomía media para extirpación de masa gigante de 20 cm aprox. con material sugerente de teratoma (material adiposo+pelos). La AP confirma la sospecha diagnóstica.

Conclusiones
El teratoma es un tumor con tejidos o restos de órganos que son restos normales derivados de las tres hojas germinales. Los tejidos de un teratoma aunque normales, suelen ser distintos de los tejidos que los circundan y puede ser inapropiados. Los síntomas fundamentales son la presentación de una tumoración anexial asociada a dolor.

La sospecha ecográfica junto a la exploración física y pruebas analíticas complementarias que incluyen marcadores tumorales son fundamentales a la hora de orientar el diagnóstico, establecer el tratamiento y abordaje quirúrgico. Las características ecográficas de los teratomas en ocasiones son similares a otras patologías benignas siendo a veces necesario recurrir a otras pruebas de imagen para confirmar el diagnóstico de sospecha.

Bibliografía

- *Sampaio J1, Sarmento-Gonçalves I1, Barros JM1, Felix J1, Tiago-Silva P1. Mature Cystic Teratoma of Ovary with Abnormally High Levels of Ca19-9: A Case Report. Rev Bras Ginecol Obstet. 2016 Jul;38(7):365-7. doi: 10.1055/s-0036-1586161. Epub 2016 Jul 19.*
- *Amat LI, Rodríguez M.A., López E.L., Guillén, J.J., Gómez M.D., Lailla J.M. Surgical treatment of benign cystic teratoma. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 43. Núm. 1. Enero 2000*

217/68. TORSIÓN OVÁRICA EN PACIENTE PEDIÁTRICA

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Marchena Román, Ana María; (1) Ariza Villegas, María Vanesa.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz; (2) Mir En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
La torsión ovárica es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en niñas. Sus síntomas de presentación son poco específicos por lo que se dificulta el diagnóstico precoz condicionando con frecuencia la viabilidad del ovario. Se trata de una emergencia en ginecología y debe incluirse siempre en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en pediatría, siendo la complicación más frecuente de los tumores de ovario.

Metodología
Caso clínico de una paciente de 12 años, diagnosticada de quiste anexial derecho que tras varios episodios de dolor con buena respuesta a analgesia ingresa por un cuadro de dolor abdominal agudo en FID, con un eco-Doppler que confirma la sospecha de torsión ovárica por lo que se indica intervención quirúrgica.

Resultados
La paciente fue intervenida confirmándose la torsión ovárica (3 vueltas de ovario) pudiéndose resolver y fijar el ovario.

Conclusiones
El dolor abdominal en niñas y adolescentes es difícil de evaluar, y el diagnóstico de la torsión de ovario sigue siendo un reto, precisando de una buena anamnesis, exploración física y pruebas complementarias que incluyan el eco-doppler. Aunque la ausencia o disminución de color en la ecografía Doppler puede confirmar la torsión, varios estudios han encontrado que el flujo Doppler no es fiable para el diagnóstico de esta condición.

Bibliografía

- *Ray Sanchez T, Michael T. Corwin, MD, Andrew Davoodian, BS and Stein-Wexler, MD. Sonography of Abdominal Pain in Children: Appendicitis and Its Common Mimics. J Ultrasound Med. 2016 Mar;35(3):627-35.*
- *Rey-Bellet Gasser C, Gehri M, Joseph JM, Pauchard JY. Is It Ovarian Torsion? A Systematic Literature Review and Evaluation of Prediction Signs. Pediatr Emerg Care. 2016 Apr;32(4):256-61.*
- *Spinelli C, Piscioneri J, Strambi S. Adnexal torsion in adolescents: update and review of the literature. Curr Opin Obstet Gynecol. 2015 Oct;27(5):320-5.*

217/69. LAPAROSCOPIA EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA. EXTIRPACIÓN DE LESIÓN METASTÁSICA

Autores:
Vivas Flores, Claudia Isabel; Pantoja Garrido, Manuel; Parazuelo González, Aurora.

Centro de Trabajo:
Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico y utilidad de la laparoscopia en el tratamiento quirúrgico de la patología oncológica

Metodología
Paciente de 56 años, con dos partos y menopausia a los 52 años que en el año 2013 es intervenida de adenocarcinoma mucinoso infiltrante de endocérvix de tipo intestinal mediante Histerectomía + doble anexectomía + linfadenectomía. Recibe BT y en RM de control en 2015 se objetiva progresión a nivel de muñón vaginal con adenopatías ilíacas izquierdas. Se realiza resección de lesión de muñón vaginal confirmándose el diagnóstico inicial con biopsia de adenopatías negativa. Inicia tratamiento con QT + BT concomitante y a los 5 meses de finalizar se realiza RMN de control en la que se objetiva lesión en región ilíaca interna derecha de componente sólido y aumento de tamaño con respecto al estudio previo compatible con recidiva de tumoración adyacente al plexo sacro y al músculo piriforme derecho.

Resultados
Se realiza Laparoscopia y se extirpa la lesión con AP compatible con metástasis de proceso de base.

Conclusiones
La laparoscopia es una técnica de gran utilidad en la cirugía de rescate, ya que además de suponer una mínima invasión en la que se consigue una adecuada valoración anatómica y un tratamiento quirúrgico correcto presenta menores complicaciones intra y postquirúrgicas así como una rápida recuperación de la paciente.

Bibliografía

- *Yang L, Yang P, Li D, Cai J, Shen Y, Dong W, et all. Comparison of safety and efficacy of laparoscopic versus abdominal radical hysterectomy in the treatment of patients with stage I a2-II b cervical cancer. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2015 Dec;50(12):915-22.*
- *Medlin EE, Kushner DM, Barroilhet L. Robotic surgery for early stage cervical cancer: Evolution and current trends. J Surg Oncol. 2015 Dec;112(7):772-81.*

217/70. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE MOLA HIDATIFORME

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Chacon Romero, Marta; (2) Simon, Valmond; (2) Marchena Román, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz; (2) Mir En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico de mola hidatiforme

Metodología
Paciente de 23 años, segundigesta con un aborto anterior (IVE) que en ecografía a las 12 semanas presenta útero aumentado de tamaño de 12x10.5x10.2mm y en interior imagen hiperrefringente con imágenes anecoicas que impresionan vesículas, compatibles con mola. BHCG >10000mUI/ml.

Resultados
Se realiza legrado por aspiración con diagnóstico de Anatomía Patológica: Mola hidatiforme

En control ecográfico posterior presenta en ovarios quistes tecaluteínicos bilaterales y RM de pelvis con diagnóstico de mola hidatiforme invasica con quistes tecaluteínicos ováricos bilaterales.

Comienza tratamiento con Metotrexato semanal por persistencia de BHCG, manteniendo niveles elevados. Se considera refractaria a tratamiento y en RNM abdomen/pelvis de control presenta respuesta parcial de la enfermedad.

Es valorada en consultas externas de oncología como neoplasia trofoblástica gestacional estadio II de Alto riesgo por lo que inicia tratamiento quimioterápico.

Conclusiones
La enfermedad trofoblástica gestacional es una entidad que engloba dentro de sí misma varias entidades. Es importante que sospechemos la enfermedad, para realizar un diagnóstico adecuado, un tratamiento precoz, y un seguimiento correcto. Los valores de BHCG y los datos ecográficos nos ayudan al diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se basa fundamentalmente en evacuación del contenido uterino y en el uso de determinados fármacos quimioterápicos, fundamentalmente el metotrexato. Esta enfermedad puede llegar a ser muy metastásica, pero con un tratamiento adecuado podemos frenar su diseminación

Bibliografía

- *Gillett S, Singh K, Ireson J, Hills A, Winter M, Tidy J, Logan R, Hancock B. Evolution of a Teenage and Young Adult Service, in Sheffield, U.K., for Patients with Gestational Trophoblastic Neoplasia. J Reprod Med. 2016 May-Jun;61(5-6):235-7.*
- *Hoppenot C, Zimmerman L, Arlandson M, Lurain JR, Patel A. Follow-Up After Molar Pregnancy Evacuation: Feasibility of Using Semi-Quantitative Urine Pregnancy Tests. J Reprod Med. 2016 May-Jun;61(5-6):192-6.*
- *Soares RR, Maestá I, Colón J, Braga A, Salazar A, Charry RC, Sun SY, Goldstein DP, Berkowitz RS. Complete molar pregnancy in adolescents from North and South America: Clinical presentation and risk of gestational trophoblastic neoplasia. Gynecol Oncol. 2016 Sep;142(3):496-500.*

217/71. EVOLUCIÓN DE GESTACIÓN CON DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE MOLA PARCIAL

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Chacon Romero, Marta; (2) Simon, Valmond; (2) Marchena Román, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz; (2) Mir En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Estudiar un caso de mola parcial en el hospital de Jerez

Metodología
Caso clínico. Gestante de 27 años, primigesta con obesidad sin antecedentes de interés. El control ecográfico de las 12 presenta gestación evolutiva con valores dentro de la normalidad. En control a las 20 semanas se objetiva gestación evolutiva de feto varón con edema generalizado leve y degeneración hidrópica placentaria. Se solicita serología y BHCG cuantitativa, se informa de pronóstico a la paciente que desea continuar con gestación.

Resultados
A las 21+1 s.g. acude a urgencias ginecológicas por sensación de pesadez genital, escaso sangrado genital y dolor tipo contracciones. En la exploración presenta escasos restos hemáticos en vagina con bolsa en reloj de arena y ecografía con gestación evolutiva y placenta con hallazgos ya conocidos. Es ingresada y al día siguiente se produce una rotura espontánea de membranas, dilatación completa y expulsivo fetal espontáneo. Se realiza a continuación un legrado obstétrico evacuador por aspiración bajo control ecográfico y se solicitan estudio anatomopatológico de feto y placenta así como controles analíticos para cuantificar BHCG que se va negativizando en semanas posteriores.

El estudio anatomopatológico es: feto sin malformaciones congénitas externas ni internas y placenta con mola parcial.

Conclusiones
La incidencia de mola parcial con feto vivo varía de 1 por 22.000 a 1 por 100.000 nacimientos. El diagnóstico de un embarazo molar se basa en la anamnesis, en la exploración general y ginecológica y, como pruebas complementarias, la ecografía y la determinación de β –HCG. El estudio citogenético fetal junto a los hallazgos ecográficos y al estudio histológico serán determinantes a la hora de establecer un diagnóstico de certeza.

Bibliografía

- *Hoppenot C, Zimmerman L, Arlandson M, Lurain JR, Patel A. Follow-Up After Molar Pregnancy Evacuation: Feasibility of Using Semi-Quantitative Urine Pregnancy Tests. J Reprod Med. 2016 May-Jun;61(5-6):192-6.*
- *Soares RR, Maestá I, Colón J, Braga A, Salazar A, Charry RC, Sun SY, Goldstein DP, Berkowitz RS. Complete molar pregnancy in adolescents from North and South America: Clinical presentation and risk of gestational trophoblastic neoplasia. Gynecol Oncol. 2016 Sep;142(3):496-500.*
- *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 58. Núm. 6. Junio - Julio 2015*

217/72. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA UTERINA. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN POSTERIOR

Autores:
Vivas Flores, Claudia Isabel; Malvido Garcia, Ana; Ariza Villegas, María Vanesa.

Centro de Trabajo:
Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico de una paciente que se diagnostica de malformación arterio-venosa uterina.

Metodología
Paciente de 25 años, con AP de ILE por malformación fetal. Comienza con metrorragia irregular y en histeroscopia se diagnostica de pólipo endometrial. Presenta metrorragias persistentes pese tratamiento (Amchafibrin, DIU-LNG y Progesterona) precisando varios ingresos y transfusión sanguínea. En ecografía, eco-doppler, RMN y angioRMN

se objetivan ahllazgos compatibles con malformación arterio-venosa de vaso uterino (fístula arterio-venosa).

Resultados
Se realiza embolización de a. uterina izquierda, siendo la derecha normal.

Posteriormente presentó menstruaciones de cantidad dentro de la normalidad para la paciente.

Posteriormente la paciente quedó embarazada.

Conclusiones
La MA-V uterina de origen congénito o secundario a procesos obstétricos se caracteriza por dilataciones AV intramiometriales, con cuadros hemorrágicos intensos. Debe sospecharse ante cualquier acúmulo vascular miometrial y el diagnóstico es ecográfico-doppler, donde la angiografía es la técnica ideal de confirmación y tratamiento, siendo éste la embolización.

Bibliografía

- *Rev. chil. obstet. ginecol. vol.79 no.3 Santiago jun. 2014*
- *Progresos de Obstetricia y Ginecologia. Vol. 53. Núm. 1. Enero 2010*
- *Progresos de Obstetricia y Ginecologia Vol. 53. Núm. 3. Marzo 2010*

217/73. CARCINOMA DE ENDOMETRIO Y OVARIO SINCRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Rodríguez García, Raquel Laura; (2) Ruiz Alfonso, María de los Ángeles; (3) Perez-Bryan Padilla, Maria; (3) Sanahuja Bort, Silvia.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Punta Europa; (2) Medico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras; (3) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.

Resumen:

Objetivos
El desarrollo sincrónico de múltiples tumores en el tracto genital femenino es muy infrecuente. De estos, del 50 al 70% constituyen neoplasias primarias sincrónicas de endometrio y ovario. Debido a la dificultad diagnóstica de entidades claramente definidas, deben ser clasificadas en uno de estos tres grupos: 1) cáncer endometrial con metástasis a anexos, 2) neoplasia ovárica con metástasis a endometrio ó 3) tumor sincrónico primario de endometrio y ovario

Metodología
Caso clínico.

Resultados
Paciente de 82 que acude por metrorragia postmenopausia. Sin antecedentes de interes. Menarquia: 13 años. Menopausia: 50 años. Gestaciones 5 Partos 5. En la ecografía ginecológica se observa engrosamiento endometrial de 6 cm y masa ovárica de 9 cm. RNM-> Extensa tumoración endometrial con infiltración de más del 50% del miometrio a nivel del istmo y que infriltra el tercio superior del cervix. Tumoración en ovario izquierdo de 12 cm . Moderada ascitis. Marcadores tumorales: Ca-15.5->295,6; CA-19.9->720.6; CA-125-> 114.5. Se realiza toma de liquido ascítico, histerectomía total, anexectomía, (biopsia intraoperatoria adenocarcinoma de ovario), biopsia de peritoneo y apendices epliploicos, linfadenectomía pélvica, apendicectomía y omentectomía. Correcta evolución tras la intervención.

Anatomía patológica: Todo negativo exepto

- Epiplon con escasos implantes de adenocarcinoma

- Cuerpo y cervix uterino masivamente infiltrado por adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2)

- Ooforectomía izquierda con adenocarcinoma endometroide moderadamente diferenciado que no sobrepasa la cápsula.

La paciente es derivada a oncología y radioterapia para iniciar tratamiento con RTE pélvica +/- BQT adyuvante

Conclusiones
El carcinoma endometrioide de ovario y el adenocarcinoma de endometrio concomitantes, si son moderadamente o bien diferenciados, posiblemente son de origen independiente mientras que los escasamente diferenciados posiblemente son metastásicos. El pronóstico empeora si los carcinomas de endometrio y de ovario son de histología no endometrioide porque la agresividad es mayor.

Bibliografía

- **Soliman PT,Slomovitz BM,Broaddus RR,Sun CC,Oh JC,Eifel PJ,et al.*
- *Synchronous primary cancers of endometrium and ovary: a single institution review of 84 cases.*
- *Gynecol Oncol, 94 (2004), pp. 456-62*
- ** Zaino R,Whitney C,Brady MF,De Geest K,Burger RA,Buller RE.*
- *Simultaneusly detected endometrial and ovarian carcinomaa prospective clinicopathologic study of 74 cases: a gynecologic oncology group study.*
- *Gynecol Oncol, 85 (2001), pp. 355-62*

217/74. DEFECTO DE LA PARED ABDOMINAL FETAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Romero Garri, Cristina; (2) González Sánchez, Lucía; (3) Martínez Rodríguez, Eva; (2) Sanahuja Bort, Silvia.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Punta Europa (Algeciras); (2) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.

Resumen:

Objetivos
Establecer el diagnostico diferencial de los defectos de la pared abdominal fetal con la presentación de un caso clínico

Metodología
Gestante 22 años. G2A1. Sin antecedentes de interés. Acude a consulta a las 16 semanas por sospecha de defecto de la pared abdominal fetal.

Exploración ecográfica: defecto paraumbilical derecho de 20 mm con salida de asas intestinales que flotan líquido amniótico (gastrosquisis). Resto de estudio morfológico normal. Amniocentesis con resultado de cariotipo 46XY.

Defectos de la pared abdominal fetal:

- Gastrosquisis : Defecto paraumbilical de la pared abdominal con protusión de vísceras abdominales sin recubrimiento expuestas libremente al líquido amniótico. Rara asociación a malformaciones (excepto a atresia intestinal) o a cromosomopatías (1%).

- Onfalocele: Defecto de pared anterior con evisceración de contenido abdominal a través del anillo umbilical. Está recubierto por peritoneo, gelatina de Wharton y amnios. Es frecuente (50-70%) la asociación a otras malformaciones y cromosomopatías (T 13 y 18).

-Hernia umbilical: evisceración de asas intestinales hacia el cordón, anillo umbilical, defecto esta cubierto por piel.

Resultados
Gestación normoevolutiva , peso y doppler dentro de los parámetros normales. No dilatación ni edemas de asas intestinales.

Finalización del embarazo por cesárea electiva tras maduración pulmonar a las 34 semanas, con nacimiento de varón de 2256 gr con defecto paraumbilical y salida de asas intestinales al exterior. El Rn es intervenido a los con evolución postoperatoria favorable.

La vía de finalización es controvertida, el beneficio teórico de la cesárea electiva supone proteger el intestino de trauma potencial y del contacto de las baterías del tracto genital. Parece tener un papel protector la administración de corticoides y la finalización antes del término para evitar el daño prolongado sobre las asas. El pronóstico es bueno en términos generales.

Conclusiones
Realizar un correcto diagnostico diferencial para establecer un pronóstico según complicaciones asociadas y ofrecer un asesoramiento adecuado a sus progenitores.

Bibliografía

- *-E. Gratacós, R Gomez, K. Nicolaides, R. Romero, L. Cabero. Medicina Fetal. Editorial Médica Panamericana. 2009;410-413.*
- *-Segel Sy, MArder SJ, Parry S, Macones GA. Fetal Abdominal Wall defects and mode of delivery: a systematic review. Obstet Gynecol. 2001;98:687-73.*

217/75. MANEJO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: RESULTADOS MATERNOS Y OBSTÉTRICOS

Autores:

(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Cruz Martínez, Milagros; (3) Morillo Antón, Belén; (3) Sarrión Hernández, María Azahara.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (2) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (3) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos

Analizar resultados maternos y obstétricos en gestantes con síndrome antifosfolípido (SAF).

Metodología

Estudio observacional analítico de cohorte prospectiva. Realizamos estadística descriptiva. Aplicación de protocolo: Control clínico y ecográfico mensual hasta la 24-26 SG (semana de gestación), quincenal hasta la 32-34 y semanal hasta el parto, si es normoevolutivo.

Control analítico: Primera visita: hemograma, perfil bioquímico hepático y renal, complemento, anticuerpos antifosfolípido. En caso de SAF secundario a lupus: ANA, anti-dsDNA, ENAs, aclaramiento de creatinina y proteinuria de 24. Cada trimestre: hemograma, perfil bioquímico hepático y renal, complemento.

El tratamiento depende de los antecedentes personales y obstétricos: trombosis, abortos previos, preeclampsia, insuficiencia placentaria, lupus. Se indicará: ninguno, ac. Acetilsalicílico y/o heparina de bajo peso molecular.

Resultados

48 gestantes con SAF desde 2004 a junio de 2015.

La edad media fue 32,34±5,24.

5 gestantes tenían antecedentes de enfermedad tromboembólica.

38 gestantes tenían abortos previos, de ellas 34 tenían ≥2 abortos (71,9%). Se asocian frecuentemente a otras trombofilias y 4 presentaban SAF secundario.

Complicaciones maternas: 1 caso de hipertensión, 2 casos de diabetes gestacional y una muerte materna en SG 27 por SAF secundario agravado y con muerte fetal.

Hubo 5 abortos (10,4%).

5 partos fueron pretérmino. La edad gestacional media del parto fue en la semana 37,8±2,3.

El parto se inició espontáneamente en el 27,5% de las gestaciones, inducido en el 55% y cesárea electiva en el 17,5%.

La terminación fue espontánea en el 60% de los casos, tocúrgica en el 12,5% y cesárea en el 27,5%.

El peso medio fue de 3066,00±656,16g. Sólo un caso de crecimiento intraútero retardado. El test de Apgar al minuto fue ≥8 en el 68,8% de los casos y a los 5 minutos ≥8 en el 95,8%

Conclusiones

El SAF es una enfermedad que puede tener graves consecuencias maternas y fetales, sin embargo la atención multidisciplinar protocolizada y meticulosa de estas gestantes han permitido obtener unos buenos resultados, aunque, se podrían presentar situaciones clínicas muy graves a pesar de ello.

Bibliografía

- *Danza A, et al. Antiphospholipid syndrome in obstetrics. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2012;26(1): 65-76*

217/76. MANEJO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES CON LUPUS: RESULTADOS MATERNOS Y OBSTÉTRICOS

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Cruz Martínez, Milagros; (3) Sarrión Hernández, María Azahara; (3) Morillo Antón, Belén.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (2) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada; (3) Médico En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos
Analizar los resultados maternos y obstétricos en las gestantes con lupus

Metodología
Estudio observacional analítico de cohorte prospectiva. Estadística descriptiva.

Aplicación de protocolo: Seguirá con su tratamiento habitual (corticoides, hidroxicloroquina azatioprina, antiagregantes, etc), salvo fármacos contraindicados durante el embarazo que se cambiaran previamente a la gestación. Se añadirá ac. Acetilsalicílico y/o heparina de bajo peso molecular si hay antecedentes de abortos y/o anticuerpos anticardiolipina positivos.

Control clínico y ecográfico mensual hasta la 28-30 SG (semana de gestación), quincenal hasta la 34-35 y semanal hasta el parto, si es normoevolutivo.

Control analítico:En cada trimestre: hemograma, perfil bioquímico, complemento (C3,C4), ANA, anti-dsDNA, anti-Ro/SSA, anti-La/SSB, básico de orina. En caso de nefropatía: aclaración de creatinina y proteinuria de 24 horas. Mensualmente: hemograma y proteinuria.

71 gestantes con lupus desde 2004 hasta junio de 2015

Resultados
La edad media fue de 30,55±5,11. Ninguna gestante tenía antecedentes de enfermedad tromboembólica.

31 gestantes tenían abortos previos (9 tenían ≥2 abortos). Se asocian con frecuencia a otras trombofilias.

Hubo una muerte materna (SAF secundario), 9 casos de hipertensión y 3 casos de diabetes gestacional.

En el embarazo estudiado, hubo 8 abortos, todos precoces. 2 muerte perinatal es (muertes fetales).

Hubo 2 casos de placenta previa.

10 partos fueron pretérmino. La edad gestacional media del parto fue en la semana 37,75±2,7.

El parto se inició espontáneamente en el 32,2% de las gestaciones, inducido en el 49,0% y cesárea electiva en el 6,8%.

La terminación fue espontánea en el 64,4% de los casos, tocúrgico en el 10,2% y se realizó cesárea en el 25,4%.

El peso medio fue de 2917,09±655,7g. 5 casos de CIR y 7 fetos PEG. El test de Apgar al minuto fue ≥ 9 en el 85,9% de los casos y a los 5 minutos ≥9 en el 96,4%. Evolución neonatal normal.

Conclusiones
El lupus es una enfermedad que puede tener graves consecuencias maternas y fetales, sin embargo la atención multidisciplinar protocolizada y meticulosa de estas gestantes han permitido obtener unos buenos resultados, aunque a veces, se presentan situaciones clínicas muy graves

Bibliografía

- *Ostensen M. Int J Clin Rheumatol 2013;8(1):27–37.*

217/77. DIU MIGRADO A CAVIDAD ABDOMINAL Y EXTRACCION VIA LAPAROSCOPICA

Autores:
(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Muñoz González, María Dolores; (2) Villalon, Paloma; (3) Escamez Leon, Mª Carmen.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Residente En Ginecología Y Obstetricia En Hospital La Línea De La Concepción; (2) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepcion.; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepcion.

Resumen:

Objetivos
Hablar de una de las complicaciones poco frecuentes del DIU como es la migración a cavidad abdominal y los métodos para resolverlo

Metodología
PAciente de 50 años con inserción de DIU Mirena en centro extrahospitalario hace 3 años por metrorragias anemizantes, que acude a MAP por molestias digestivas de varias semanas de evolución.

Durante las pruebas de imagen se observa DIU localizado en hipogastrio.

Resultados
Extracción del DIU migrado de manera satisfactoria vía laparoscópica

Conclusiones
La perforación del DIU es una complicación rara (1/1000 casos). Puede resultar asintomática o cursar con una variedad amplia de sintomas en función de la región a donde hay una migrado.

Hay que sospecharla en pacientes en las que no se visualizan los hilos del DIU.

Se diagnostica mediante el uso de técnicas de imagen.

Bibliografía

- *PROTOCOLOS SEGO/SEC; ANTICONCEPCIÓN INTRAUTERINA*

217/78. MANEJO DE LA PACIENTE INFERTIL MEDIANTE LA MORCELACION MECÁNICA AMBULATORIA.

Autores:
López González, Elga; Forero Díaz, Carmen; Vidal Mazo, Cinta.

Centro de Trabajo:
Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Resumen:

Objetivos
Evaluar los resultados de fertilidad y los resultados del embarazo en mujeres infértiles después del tratamiento de la patología intrauterina con sistema de morcelación de Myosure .

Metodología
Estudio retrospectivo realizado entre Junio de 2014 y Septiembre 2015. Durante este periodo se realizaron un total de 150 miomectomias , 8 de ellas eran pacientes estériles con presencia de Mioma submucoso.

En cada paciente se realizó previamente un estudio de fertilidad que incluía función ovárica , análisis del semen de la pareja; ecografía transvaginal; examen de la cavidad uterina por histeroscopia diagnóstica e histerosalpingografía. Las variables recogidas fueron la edad, la duración de la infertilidad; existencia de sintomatología , el tipo de mioma y los resultados reproductivos.

Resultados
La edad media de los pacientes fue de 32 años . La duración media de la infertilidad fue de 42 meses .Un total de 6 pacientes fueron sintomáticos (75%). Los síntomas más comunes fueron menorragia y la dismenorrea presente en en cinco pacientes. Durante el proceso 4 de 8 (50%) necesitaron una segunda morcelación. Según la clasificación de Wamsteker el 50% eran de tipo 0, el 20% de tipo I y tipo II 30%.

2 (25%) pacientes lograron embarazo espontáneo trás la miomectomia, 3 consiguieron gestación mediante técnicas de reproducción asistida (2 por inseminación y 1 mediante FIV) Otro 37% continua en el proceso de tratamiento de fertilidad , sin sintomatología. El diámetro medio de la patología que se eliminó fue 3 + / 0,7cms para los fibromas.

Conclusiones
Este estudio revela el Myosure como técnica histeroscópica segura y eficaz en el tratamiento de la patología miomatosa que interfiere en la fertilidad . Los pocos casos, no permiten obtener resultados importantes . Pero el Myosure comienza a aparecer como una importante alternativa al procedimiento quirúrgico para la resolución de la patología de la cavidad uterina.

Bibliografía

- *1. Puri K, Famuyide AO, Erwin PJ, Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. Submucosal fibroids and the relation to heavy menstrual bleeding and anemia. Am J Obstet Gynecol 2014;210:38.e1-7. CrossRef*
- *2. Rubino RJ, Lukes AS. Twelve-month outcomes for patients undergoing hysteroscopic morcellation of uterine polyps and myomas in an office or ambulatory surgical center. J Minim Invasive Gynecol 2015;22:285-90. CrossRef*
- *3. AlHilli MM, Nixon KE, Hopkins MR, Weaver AL, Laughlin-Tommaso SK, Famuyide AO. Long-term outcomes after intrauterine morcellation vs hysteroscopic resection of endometrial polyps. J Minim Invasive Gynecol 2013;20:215-21. CrossRef*

- *4. Haber K, Hawkins E, Levie M, Chudnoff S. Hysteroscopic morcellation: review of the manufacturer and user facility device experience (MAUDE) database. J Minim Invasive Gynecol 2015;22:110-4. CrossRef*
- *5. Wamsteker K, Emanuel MH, de Kruif JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension. Obstet Gynecol 1993;8:736-40.*
- *6. Stamatellos I, Apostolides A, Tantis A, Stamatopoulos P, Bontis J. Fertility rates after hysteroscopic treatment of submucous fibroids depending on their type. Gynecol Surg 2006;3:206-10. CrossRef*
- *7. Di Spiezio Sardo A, Mazzon I, Bramante S, et al. Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques. Hum Reprod Update 2008;14:101-19. CrossRef*
- *8. Tarneja P, Tarneja VK, Duggal BS. Complications of hysteroscopy surgery. Medical Journal Armed Forces India 2002;58:331-4. CrossRef*
- *9. Isaacson KB, Olive DL. Operative hysteroscopy in physiologic distention media. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999;6:113-8. CrossRef*
- *10. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide, Munro MG, Storz K, Abbott JA, et al. AAGL Practice Report: Practice Guidelines for the Management of Hysteroscopic Distending Media: (Replaces Hysteroscopic Fluid Monitoring Guidelines. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000;7:167-168.). J Minim Invasive Gynecol 2013;20:137-48. CrossRef*

217/79. DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA ENCEFÁLICA PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

Autores:

(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Cabrera Rodriguez, Desiree; (3) Alcala Alcaide, Maria Del Mar.

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Sas Jerez De La Frontera; (2) Medico Residente Hospital Sas Jerez De La Frontera; (3) Medico Especialista Hospital El Poniente.

Resumen:

Objetivos

Caso clínico de una gestante donde se le diagnostica en la primera ecografía realizada feto con defecto del tubo neural, exactamente anencefalia.

El objetivo es reafirmar la importancia de la ecografía, jugando un importante papel la identificación de las malformaciones en la ecografía 3D.

Metodología

Primigesta de 12+3 semanas de gestación que acude a la consulta de ecografía de las 12 semanas el cual le diagnostican un feto con anencefalia.

Resolución del caso: La paciente decide interrumpir.

Actualmente de nuevo embarazada, realizado control de las 12 semanas de gestación en la unidad materno fetal.

Resultados

Ante un diagnóstico de acrania/anencefalia el pronóstico es ominoso, es recomendable la finalización de la gestación.

En caso de decisión por parte de la gestante de continuar con la gestación, la vía del parto será vaginal.

En la actualidad no existe ningún tratamiento para esta aomalía

Conclusiones

La secuencia acrania/anencefalia es la anomalía del SNC diagnosticada con más frecuencia durante la vida intrauterina.

Tiene una prevalencia de 1/1.200

Se ha demostrado que las malformaciones estrucutrales más frecuentemente diagnosticadas por ecografía en primer trimestre (11-14 sem) son las anomalías del SNC, siendo un 96 % la tasa de detección de la anencefalia.

Bibliografía

- *Maria Paz Carrillo, Francisca S. Molina, José maría. Defectos congénitos. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento: defectos del SNC. Actualización Obstetricia y Ginecología 2011.*
- *Gema Arriola, MD, Pedro de Castro, MD, Alfonso Verdú, MD, PhD Familial Arachnoid Cysts. Pediatric Neurology. Volume 33, Issue 2, August 2005.*

217/80. ANTICONCEPCIÓN DEFINITIVA MEDIANTE DISPOSITIVO ESSURE EN EL HU DE JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ).

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (2) López Hernández, Carolina; (2) Pantoja Garrido, Manuel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De Jerez; (2) .

Resumen:

Objetivos

Mostrar nuestra experiencia en el manejo del método essure, haciendo hincapié en nuestras tasas de efectividad, complicaciones y satisfacción con el método.

Confirmar que el método essure es un procedimiento seguro, sencillo y efectivo como mecanismo de anticoncepción definitiva en nuestro medio.

Metodología

Estudio observacional prospectivo, que recoge la colocación en 76 pacientes, de dispositivos essure vía histeroscópica, durante un periodo de 12 meses. Se han analizado variables como la edad y paridad de la paciente, indicación, complicaciones, tasa de retirada, tasa de éxito en la colocación, utilización posterior de otro método anticonceptivo, etc…

Resultados

La edad media fue de 35 años (25-46)

La paridad media de nuestras pacientes (antes de la colocación) fue de 2.52 partos.

De las 76 pacientes a las que se le realiza la obstrucción tubárica bilateral mediante el dispositivo essure, 60 fueron colocados en un único procedimiento (78,9% de tasa de éxito).

En 16 pacientes (21.1%) fue necesario un nuevo intento, siendo exitoso en 3 pacientes (3.9% del total de 63 pacientes a las que se pudo colocar).

De los intentos fallidos, a 9 se le coloca DIU LNG ante la imposibilidad de inserción, y a 3 se le realiza BTB por laparoscopia

Las indicaciones fueron: 70 (92.1%) esterilización definitiva y 6 (7.9%) por indicación de la unidad de reproducción previo a FIV.

La única complicación durante el proceso fue un cuadro de síncope vasovagal en una paciente, que se recuperó sin incidencias

En todas ellas se realizó una radiografía pélvica 3 meses después y comprobándose correcta colocación.

No ha habido ningún caso de retirada por rechazo de la paciente, ni ningún caso de gestación postcolocación

Conclusiones

El dispositivo essure es un método seguro, sencillo y efectivo de anticoncepción definitiva. Con una tasa de éxito de inserción en nuestra unidad superior al 80%.

No se registraron complicaciones graves ni durante el procedimiento ni en los controles posteriores, no observándose efectos adversos secundarios ni fallos del dispositivo en el control de la natalidad.

Bibliografía

- *- Depes Dde B et al. Initial experience with hysteroscopic tubal occlusion (Essure®). Einstein (Sao Paulo). 2016 Apr-Jun;14(2):130-4.*
- *- Dhruva SS et al. Revisiting Essure--Toward Safe and Effective Sterilization. N Engl J Med. 2015 Oct 8;373(15):e17.*

217/81. RELACION ENTRE NIVELES DE PAPPA-A EN PRIMER TRIMESTRE Y DESARROLO DE PREECLAMPSIA

Autores:
(1) Boza Novo, Patricia; (2) Muñoz González, María Dolores; (2) Blanes Martinez, Eugenio José.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital La Linea De La Concepcion; (2) Medico Interno Residente De Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Comarcal De La Linea De La Concepcion.

Resumen:

Objetivos

Se pretende establecer una relación entre los niveles de PAPP-A en primer trimestre de gestación y el desarrollo posterior de preeclampsia en las gestantes de nuestro área sanitaria, para así poder establecer un programa de diagnostico precoz de preeclampsia en nuestro centro.

Metodología

Se realiza un estudio observacional retrospectivo en el que se seleciona al azar un total de 100 pacientes cuyo seguimiento gestacional asi como parto tuvo lugar en nuestro centro en el periodo comprendido entre Enero 2015 y Diciembre 2015.

Resultados

Se obtiene un total de 100 pacientes diagnosticadas de preeclampsia, todas ellas durante el tercer trimestre de gestación.

Se calcula el valor medio de PAPP-A en primer trimestre, incluyéndose el total de las pacientes, este valor se estima en 1.26. Se calcula el valor medo de PAPP-A en las pacientes que fueron diagnosticadas de preeclampsia, resultando en 1.7766. Debemos tener en cuenta que una de las gestantes diagosticadas de preeclampsia cursaba una gestación gemelar bicorial biamniotica y su valor individual de PAAP-A podría alterar el total de los datos.

Conclusiones

Diferentes estudios han mostrado niveles menores de PAPPA-A en el primer trimestre en gestantes que posteriormente desarrollaron una preeclampsia. En nuestro caso los datos del estudio no reflejan esa información. Sin embargo sabemos que este marcador tiene una baja sensibilidad y especificidad y que sería necesario combinarlo con otros datos obtenidos en primer trimestre.

Aun así esta diferencia de resultados nos incita a seguir estudiando el caso e intentar establecer una relación mas afianzada entre los valores de las gestantes de nuestro área hospitalaria y analizar otros posibles factores locales que puedan influir sobre el desarrollo así como el diagnostico precoz de la preeclampsia.

Bibliografía

- *Spencer K, Yu CK, Cowans NJ, Otigbah C, Nicolaides KH. Prediction of pregnancy complications by first-trimester maternal serum PAPP-A and free betahCG and with second-trimester uterine artery Doppler. Prenat Diagn 2005 Oct;25(10):949-53.*
- *Khalil A, Cowans NJ, Spencer K, Goichman S, Meiri H, Harrington K. First trimester markers for the prediction of pre-eclampsia in women with a priori high risk. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010;35:671-679.*

Documento Consenso SEGO Estados Hipertensivos del Embarazo

217/82. GESTACION Y DIU: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Boza Novo, Patricia; (2) Muñoz González, María Dolores; (2) Blanes Martinez, Eugenio José.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Comarcal La Linea De La Concepcion; (2) Medico Residente De Obstetricia Y Ginecologia En Hospital Comarcal De La Linea De La Concepcion.

Resumen:

Objetivos
Mujer de 23 años portadora de DIU de cobre. Acude a urgencias presentando sangrado vaginal intermitente de dos meses de evolución con test de gestación en orina cuyo resultado es positivo. Se realiza ecografía trasvaginal objetivándose gestación intrauterina con embrión acorde a 11 semanas con actividad cardíaca positiva. Se evidencia DIU en cara anterior uterina. Se decide actitud expectante.

A las 24 horas acude a urgencias por aumento del sangrado vaginal y se decide ingreso para observación. Durante dicho ingreso se produce la expulsión de saco gestacional por completo así como de DIU de cobre. Se realiza eco TV al alta sin objetivarse restos abortivos y se procede a alta domiciliaria.

A los 30 días se cita en Consultas Externas para revisión, acude completamente asintomática y se entrega resultado de Anatomía Patologica: no se objetivan alteraciones.

Transcurridos dos meses del aborto completo acude de nuevo a urgencias presentando sangrado vaginal muy abundante procedente de cavidad. Se realiza ecografía trasvaginal objetivándose imagen endocavitaria, en fondo uterino de 17 mm de diámetro máximo con zonas hipoecoicas e hiperecoicas. Se coloca taponamiento vaginal y se administras una ampolla de ácido tranexámico y se mantiene en observación y consiguiéndose disminución del sangrado, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable pero se decide ingreso para observación y estudio de la formación intracavitaria descrita.

Tras 48 horas de ingreso y revisar el caso en sesión clínica se decide inicio de tratamiento hormonal en dosis altas para posteriormente ir en descenso. Se procede al alta domiciliaria con terapia hormonal y asintomática.

En controles posteriores se realiza Angio TAC con el siguiente resultado: Plexo periuterino arterial como ramas de la arteria iliaca interna bilateral de características normales, así como ambas arterias ováricas de calibre fino simétricas. Se aprecia un área focal hiperdensa de 9,6 mm en porción anterior e izquierda del miometrio, así como una leve hiperdensidad en la unión endometrio-miometrial del lado derecho, que no asocia ninguna rama arterial o venosa valorable como posible aferencia-eferencia de una malformación.

Actualemente la paciente mantiene terapia hormonal y se encuentra asintomática.

Bibliografía

- *Corbalan, G; Gayan, P; Galan, G; Mayorga, L; Klein, F; Vaccaro, H; Tisne, L. Evolucion del embarazo normotopico en usuarias, con y sin extraccion del DIU, bajo vision ecografica. Rev. chil. obstet. Ginecol;47(5):289-98, 1982.*
- *Paolo Ricci , Ernesto Perucca , Eduardo Cuellar , Juan Leiva ,Jaime Blanch , Daniella Alvarez , Romina Aceituno , Patricia Arancibia , Jorge Castillo . Embarazo abdominal complidado del primer trimestr. Rev. chil. obstet. Ginecol. v.68 n.3 Santiago 2003*

217/83. HYDROPS POR ISOINMUNIZACIÓN ANTIKELL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Muñoz González, María Dolores; (2) Blanes Martinez, Eugenio José; (3) Boza Novo, Patricia; (4) Villalon Vaquero, Paloma.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De La Línea De La Concepción; (2) Médico Residente De Ginecología Y Obstetriciade 3°año. Hospital Comarcal. La Línea De La Concepción.; (3) Médico Especialista De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Comarcal. La Línea De La Concepción.; (4) Medico Residente De Ginecología Y Obstetricia De 1° Año. Hospital Comarcal. La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos
Exponer un caso de hidrops por isoinmunización Antikell, destacar la importancia de su control y exponer los resultados obstétricos encontrados

Metodología
Se presenta el caso de una mujer de 38 años gestante de 12 semanas, con gestación espontánea, tercigesta, dos partos eutócicos previos. En la analítica del primer trimestre se detectan anticuerpos irregulares positivos Antikell y AntiE con anticuerpos AntiD negativos. Gestaciones previas cursaron con anticuerpos irregulares negativos. Inmune a rubeola, no inmune a toxoplasma y serologías habituales de control gestacional negativas. Se remite a hematología para estudio,recomendando control hematológico regular con titulaciones y manejo de la anemia materna presentada. Se realizan controles ecográficos según protocolos del centro en los que no se objetivan anomalías destacables. Así mismo los controles analíticos que muestran oscilaciones en la titulación de anticuerpos AntiKell 1/256 (1/128 inicial) y Anti E 2/1(1/1 inicial). Se calculó la velocidad pico máxima de la arteria cerebral media, descartándose anemia fetal en los sucesivos controles. Se realiza ecoanatomía de las 20 semanas sin hallazgos patológicos, tanto morfológicos como de la unidad fetoplacentaria.

Resultados
En el control de la semana 22, se objetiva actividad cardíaca fetal negativa así como signos de hidrops: edema subcutáneo, ascitis, caput, derrame pericárdico y derrame pleural. La ecobiometría resulta acorde a 21 semanas de gestación. Y la titulación de anticuerpos en la última determinación obtenida en los días previos se encuentran AntiKell en 1/128 y AntiE 1/1. Se decide ingreso hospitalario para tratamiento médico del aborto tardío. Se administra misoprostol vía vaginal según protocolo del centro, produciéndose la expulsión completa de feto y anejos placentarios sin registrarse incidencias. Previo consentimiento de la paciente, se remite el feto a anatomía patológica para su estudio: Aspecto macroscópico sin malformaciones evidentes. Sexo masculino con ano perforado a la apertura de cavidades. Extremidades superiores e inferiores muy blanquecinas y edema en zona periférica y abdominal. En estudio microscópico: órganos en autolisis total sin lesiones relevantes. Sospecha de exitus fetal por posible anemia fetal severa. Se establece como diagnóstico muerte fetal intrauterina secundaria a isoinmunización AntiKell. Se ofrece a la paciente consejo genético frente a futuras gestaciones.

Conclusiones
La isoinmunización Antikell se considera una patología de alto riesgo con posibilidad de malos resultados obstétricos como el

hidrops y exitus fetal, siendo fundamental el buen control interdisciplinar de a gestación.

Bibliografía

- *Turk J Haematol. 2012 Mar;29(1):72-5. doi: 10.5505/tjh.2012.37801. Epub 2012 Mar 5.*
- *Hydrops Fetalis due to Kell Alloimmunization: A Perinatal Approach to a Rare Case.*

217/84. ANEMIA PUERPERAL Y ESTADO DEL PERINÉ

Autores:

(1) Muñoz García, María; (1) Martinez López, Linarejos; (1) Porcel Marín, Mª Carmen; (2) Cruz Martínez, Milagros.

Centro de Trabajo:

(1) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia.complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos

Valorar la relación entre la realización de la episiotomía y/o presencia de desgarros y la incidencia de anemia en el puerperio.

Metodología

2042 mujeres con parto vaginal asistidas en el Hospital San Cecilio de Granada.

Diseño: estudio observacional analítico de cohorte prospectiva.

Se realiza estadística descriptiva. Se utiliza el test $\chi 2$ o el test exacto de Fisher para comparación entre variables cualitativas.

La anemia en el puerperio se considera como hemoglobina (HB) <11g/dL, hemos excluido a las gestantes que presentaban HBg/dlL<11 previa al parto.

Resultados

1612 mujeres con parto vaginal sin anemia en el tercer trimestre (se han excluido 430 mujeres, que si la presentaban).

En relación con la aparición de anemia en el puerperio en mujeres que precisaron episiotomía o no, la anemia aparece en el 6,8% de las mujeres sin episiotomía y en el 14,6% de las que si hubo que realizarla, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$).

Si analizamos la presencia de anemia según los desgarros perineales producidos, el 13,4% de las mujeres con laceraciones en la mucosa vaginal o periné íntegro presentaron anemia puerperal, el 9,7% de las que presentaron desgarro de I grado, el 15,6% de las que tenían desgarros de II grado, en el 22,4% de mujeres con desgarro de III grado y en el 20% en las que presentaban desgarro de IV grado. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$) con respecto a la aparición de anemia en el puerperio y la lesión perineal producida.

Conclusiones

1.- Uno de los factores relacionados con la aparición de anemia en el puerperio es la realización de la episiotomía.

2.- La anemia puerperal es más frecuente en los desgarros perineales más graves.

3.- Debe detectarse precozmente el tipo de desgarro perineal y corregirse para intentar disminuir la morbilidad materna.

Bibliografía

- *1.-JM. Lailla Vicens, E.Pérez Picañol, T.Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate. Monografía de actualización Clínica. Anemia ferropénica del embarazo. Profármaco. 2010.*

2.-Á. Remacha Sevilla. Curso Experience. Módulo 3: Patología en el embarazo. Un abordaje multidisciplinar. Anemia y Embarazo. 2014.

217/86. "TUMORACIÓN MENSENQUIMAL DE MÚSCULO LISO UTERINO (STUMP) DE POTENCIAL DE MALIGNIDAD INCIERTO. A PROPÓSITO DE UN CASO".

Autores:
(1) Garcia Arreza, Aida; (2) Ventura Sauci, Laura; (3) González Cejudo, Carmen; (4) Martínez Maestre, Mariángeles.

Centro de Trabajo:
(1) Huvirgen Del Rocío; (2) Médico Residente Obstetricia Y Ginecología. Hu Virgen Del Rocio; (3) Hu Virgen Del Rocío; (4) Jefa Ugc Ginecología Y Mama H.u. Virgen Del Rocío.

Resumen:

Objetivos
Realizamos una descripción de un caso clínico y pauta de actuación de acuerdo con la escasa evidencia científica disponible en el momento actual.

Metodología
Descripción de caso clínico , pruebas complementarias y control evolutivo de la paciente a 22 meses de seguimiento.

Resultados
Mujer de 47 años de edad, sin antecedentes de interés salvo bloqueo tubárico bilateral, consultó por sangrado menstrual anómalo de 2 años de evolución.

A la exploración bimanual se se observó útero aumentado de tamaño, móvil con parametrios libres.

En la ecografía transvaginal realizada el día de la consulta se objetivó útero aumentado de tamaño a expensas de múltiples formaciones hipoecoicas compatibles con miomas que conforman una formación heterogénea de 120x85 mm sin captación doppler patológica con citología y hemograma dentro de la normalidad.

Dada la edad de paciente y deseos genésicos cumplidos se realizó histerectomía y doble anexectomía laparotómica ". La anatomía patológica reveló el diagnóstico de "Tumoración mensenquimal de músculo liso uterino de potencial de malignidad incierto" (STUMP) destacando la presencia de atipia celular, con focos de necrosis de aspecto isquémico y figuras mitóticas 8 /10c.a.a.

En el estudio de extensión postquirúrgico: TAC de tórax y abdomen sin metástasis a distancia. Actualmetese encuentra asintomática y con revisiones semestrales sin enfermedad.

Conclusiones
Se trata de tumores de aparición excepcional y con un comportamiento clínico similar al de los miomas y leiomiosarcomas, con síntomas como sangrado amómalo o dolor pélvico y sin pruebas que nos permitan distinguir de forma fiable estos tumores de otras patologías uterinas.

El tratamiento convencional es quirúrgico mediante histerectomía o miomectomía en función de los deseos genésicos de la paciente y de la posibilidad de recurrencia, estimada del 7.3 al 26.7%. Ciertas características histológicas como atipia citológica, recuento mitótico y necrosis coagulativa del tumor (CRTC) son consideradas factor pronóstico. Otros marcadores inmunohistoquimicos tipo Ki-67*, p53 y progesterona parecen según estudios recientes tener implicaciones pronósticas, pero aún el número de casos de estos estudios es pequeño para validarlos.

Bibliografía

- *IDall'Asta A et all. Uterine smooth muscle tumors of uncertain malignant potential (STUMP): pathology, follow-up and recurrence. J Clin Exp Pathol. 2014 Oct 15;7(11):8136-42.*

217/87. LESIÓN VULVAR. EL CARCINOMA PRIMARIO QUE PUEDE SIMULAR UNA METÁSTASIS

Autores:
Vivas Flores, Claudia Isabel; Pantoja Garrido, Manuel; Holgado Hernández, Ainhoa.

Centro de Trabajo:
Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico de paciente diagnosticada carcinoma vulvar infiltrante.

Metodología
Paciente de 68 años, con dos gestaciones-dos partos y menopausia a los 53 años. Antecedentes de hipertensión, diabetes y dislipemia. Intervenida de menisco y prótesis de rodilla bilateral. Sin alergias medicamentosas conocidas y que solicita extirpación de lesión quística de 2cm en labio menor derecho paraclitoroideo que le causa molestias.

Resultados
Se extirpa bajo anestesia local y la anatomía patológica informa de Adenocarcinoma de vulva tipo glándula mamaria, con origen en glándulas anogenitales especializadas tipo mammary-like.

Tras descartar origen mamario y confirmar origen vulvar se indica vulvectomía con linfadenectomía inguinofemoral bilateral.

Conclusiones
La importancia de diagnosticar las lesiones vulvares radica en el hecho de simular tanto procesos benignos como malignos, con una clínica inespecífica y donde la única vía de llegar al diagnóstico es por los hallazgos histopatológicos.

Una vez realizado el estudio anatomopatológico, en ocasiones debemos realizar un estudio de extensión para descartar que se trate de un tumor metastásico o que se trate efectivamente de un tumor primario de características especiales como el del presente caso.

Bibliografía

- *Baykal C, Dünder I, Turkmen IC, Ozyar E. An unusual case of mammary gland-like carcinoma of vulva: case report and review of literature. Eur J Gynaecol Oncol. 2015;36(3):333-4.*
- *Butler B, Leath C.A.,Barnett J.C. Primary invasive breast carcinoma arising inmammary-like glands of the vulva managed with excision and sentinel lymph node biopsy. Gynecologic Oncology Reports 7 (2014) 7–9.*

217/88. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSIS PERITONEAL Y SU INFLUENCIA EN FERTILIDAD: UNA SERIE DE CASOS

Autores:
(1) Forero Díaz, Carmen; (1) López González, Elga; (2) León Tovar, José.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Huelva.

Resumen:

Objetivos

Evaluar el tratamiento quirúrgico en pacientes con endometriosis peritoneal e infertilidad.

Mediante el tratamiento laparoscópico de la endometriosis peritoneal describimos el resultado en fertilidad femenina y nuestro resultados sobre tasa de embarazo.

La endometriosis es una enfermedad ginecológica común que se encuentra en las mujeres en edad reproductiva,así la prevalencia varía entre 2-22%. Hoy en día el gold standard para el diagnóstico es la laparoscopia, una de las razones por la que la epidemiología y prevalencia de la endometriosis es difícil de dilucidar. La Cochrane sugiere que la cirugía es un tratamiento de primera línea para infertilidad y endometriomas, con poca mención de la endometriosis peritoneal. Se presenta un estudio que analizó la eficacia de la escisión quirúrgica de la endometriosis y el papel que debe desempeñar en el tratamiento de la endometriosis.

Metodología

Estudio retrospectivo de 10 pacientes que se sometieron a la extirpación laparoscópica de la endometriosis, registradas entre Octubre de 2013 y Enero de 2014 en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Analizamos la eficacia de la cirugía laparoscópica de la endometriosis peritoneal en la fertilidad.

Las edades estaban comprendidas entre 25-34 años. El diagnóstico de la endometriosis peritoneal fue confirmada por laparoscópica. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía (coagulación bipolar o la extirpación de los implantes peritoneales, adherencias).

Resultados

8 de las pacientes quedaron embarazadas en 12-24 meses después del tratamiento (Grupo 1). 2 mujeres no consiguieron gestación en 12-24 meses (Grupo 2). Las lesiones peritoneales del primer grupo tendían a localizarse en los ligamentos útero-sacros (58%) y fondo de saco de Douglas (42%). Los pacientes del segundo grupo tenían lesiones peritoneales en la pared abdominal y la vejiga.

Asumimos así las limitaciones primero el tamaño de la muestra fue pequeño, lo que podría potencialmente influir en los resultados. En segundo lugar, otro factor como factor hormonal no están incluidos en nuestro estudio debido a la deficiencia de datos. En tercer lugar, la naturaleza retrospectiva del mismo.

Conclusiones

Es necesario estudios más detallados que podrían contribuir a una mejor comprensión de la patogénesis, y facilitar el desarrollo de mejores estrategias para el tratamiento de la infertilidad femenina y la endometriosis.

Bibliografía

- *1. Parazzini F, et al. Postsurgical medical treatment of advanced endometriosis: results os a randomized clinical trial. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:1205*
- *2. Jacobson TZ, et al. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane database Syst Rev 2002; : CDC01398*
- *3. Moayeri SE, et al. Laparoscopy in women witn unexplained infertility: a cost-effectiviness analysis. Fertil Steril 2009; 92:471.*
- *4. Olive DL, et al. Analysis of sequential treatment protocols for endometriosis-associated infertility. Am J Obstet Gynecol 1986; 154:613*
- *5. Bianchi PH, et al. Extensive excision of deep infiltrative endometriosis before in vitro fertilization significantly improves pregnancy rates. J Minim Invasive Gynecol 2009; 16:174.*

217/89. PÉRDIDA DE VISIÓN AGUDA Y ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Alcalde Vílchez, Eduardo; (3) Vivas Flores, Cristina Paloma.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia; (2) Médico Especialista En Oftalmología.; (3) Médico Especialista.

Resumen:

Objetivos
Presentar un caso clínico de sospecha de preeclampsia que evoluciona a eclampsia con tensiones normales sin tratamiento antihipertensivo.

Metodología
Paciente gestante de 33 s.g., que acude a urgencias por visión borrosa de horas de evolución, edema facial principalmente palpebral y disminución de micción.

Presenta varias tomas de TA 150-160/100 y posteriormente 130/74. Exploración obstétrica evolutiva con parámetros dentro de la normalidad, RCTG con patrón de bienestar fetal y analítica con alteración de enzimas hepáticas y proteinuria. La paciente evoluciona a mayor pérdida de visión, se mantiene varias horas con oligoanuria y tensiones inferiores a 140/90 sin tratamiento antihipertensivo. En exploración neurológica no presenta hallazgos significativos. Comienza con leve desorientación, somnolencia y movimientos-espasmos musculares. Se indicó maduración pulmonar fetal y protocolo de sulfato de magnesio.

Resultados
Ante la clínica de pérdida de visión, la alteración de la función renal y la sospecha diagnóstica se indica cesárea urgente naciendo recién nacido con Apgar y pH correctos. La paciente fue ingresada en UCI y al 2° día pasó a planta de Obstetricia, recuperando progresivamente la visión y presentando mejoría clínica general con normalización de diuresis y datos analíticos.

Conclusiones
La preeclampsia es el estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; pudiendo preceder a una eclampsia.

Aunque en nuestra paciente la hipertensión fue solamente constatada en unas tomas a su llegada a urgencias para posteriormente normalizarse, la evolución de los signos y síntomas y el riesgo materno y fetal que ello conllevaba hizo tener que actuar de forma urgente para conseguir los buenos resultados alcanzados: una paciente cuyo cuadro clínico mejoró progresivamente hasta su resolución y un recién nacido sano sin complicaciones.

Bibliografía

- *Neurological Disorders and Pregnancy. Fortschr Neurol Psychiatr. 2016 Feb;84(2):103-11*
- *Phyllis August MD, MPH Baha M, Sibai, MD. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Uptodate, Aug 2016.*
- *Trastornos hipertensivos del embarazo. Protocol SEGO.*

217/90. ESTUDIOS DE IMAGEN DURANTE LA GESTACIÓN INICIAL. VALORACIÓN DE LA RMN

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Alcalde Vílchez, Eduardo; (3) Vivas Flores, Cristina Paloma.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia.; (2) Médico Especialista En Oftalmología; (3) Médico Especialista En Urología.

Resumen:

Objetivos
Revisión de las indicaciones y efectos secundarios que puedan tener el empleo de pruebas de imagen en el embrazo. Valoración de la RMN.

Metodología
Paciente gestante primigesta de 9 s.g. sin antecedentes de interés que empieza con cuadro de fiebre elevada sin otra clínica acompañante y con falta de respuesta a tratamientos empíricos, iniciándose un estudio completo de analíticas y pruebas de imagen un busca de un diagnóstico definitivo.

Resultados
Dada la clínica y persistencia de la fiebre se solicitan distintos estudios: ecocardiografía, ecografía abdominal, gastrocolonoscopia, y RMN.

Conclusiones
La resonancia magnética nuclear es junto a la ecografía una de las técnicas de imagen que no utiliza radiaciones ionizantes.

El Comité de Seguridad de la Sociedad de Imagen por Resonancia Magnética establece que la RM es una técnica de imagen que puede ser utilizada en la gestante siempre y cuando otras técnicas de imagen de tipo no ionizante no resulten adecuadas y tras una correcta evaluación del riesgo-beneficio para cada caso en particular.

A pesar de que no hay evidencia de riesgo fetal, las organizaciones internaciones recomiendan ser prudentes en el primer trimestre del embarazo. En algunos casos, la RM es el método de diagnóstico de elección en la gestante, ya que proporciona más informaciones que la ecografía, evitando al mismo tiempo la radiación ionizante del TAC.

Bibliografía

- *Safety MR, Kanal E, Barkovich AJ, Bell C, Borgstede JP, Bradley WG Jr, Froelich JW et al. ACR guidance document on MR safe practices: 2013. J Magn Reson Imaging 2013; 37:501-30.*
- *ACOG Committee on Obstetric Practice. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 104:647-51.*

217/91. ESTUDIO MULTIDISCIPLINAR: FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN GESTACIÓN INICIAL

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Alcalde Vílchez, Eduardo; (2) Vivas Flores, Cristina Paloma.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia.; (2) .

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico: paciente gestante de 9 s.g. con cuadro de fiebre de origen desconocido.

Metodología
Paciente gestante primigesta de 9 s.g. (F.I.V.) sin antecedentes de interés que empieza con fiebre alta (39°C) sin otra clínica acompañante. Se inicia tratamiento empírico con antitérmicos y antibiótico sin remisión de la fiebre, es ingresada, valorada y estudiada produciéndose varios picos febriles cada día durante dos semanas pese a tratamiento.

Resultados
Se realiza un estudio conjunto con otros especialistas y se solicitan distintas pruebas (hemograma, función renal, elemental de orina, hemocultivos, serología, anticuerpos lúpicos…), un examen ginecológico orientado y el procesamiento de muestras cervicales para baciloscopia y cultivo de Löwenstein, urocultivo, ecografía abdominal, fondo de ojo, ecocardiografía, gastrocolonoscopia, etc , para ampliar el estudio y descartar un origen urológico, infeccioso, reumatológico, hematológico…

Conclusiones
Ante un cuadro de fiebre de origen desconocido se debe realizar una correcta y adecuada anamnesis y un examen exhaustivo. En muchas ocasiones estos cuadros tiene un origen infeccioso, pero no se puede descartar un origen reumático o incluso hematológico.

La importancia de llegar al diagnóstico definitivo radica en los posibles efectos adversos que la clínica, los estudios realizados y los tratamientos pautados puedan tener tanto en la madre gestante como en el desarrollo fetal

Bibliografía

- *David H Bor, MD. Approach to the adult with fever of unknown origin. Apr 2016.*
- *David H Bor, MD. Etiologies of fever of unknown origin in adults. Apr 2016*

217/92. PATOLOGÍA UROGINECOLÓGICA Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Vivas Flores, Cristina Paloma; (2) Alcalde Vílchez, Eduardo.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia; (2) .

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico de paciente diagnosticada de cistocele leve que presenta episodio de retención aguda de orina.

Metodología
Paciente de 76 años obesa con antecedentes de hipertensión, diabetes insulindependiente y litiasis renal, con 6 partos vaginales que consulta por molestias en hipogastrio, polaquiuria, nicturia, disuria y sensación de bulto en genitales, con dolor perineal en sedestación así como incapacidad para micción pese a hidratación abundante y deseo miccional.

Resultados
En exploración la paciente presenta cistocele I con periuretritis, incontinencia urinaria al valsalva. En ecografía se objetiva repleción vesical, con un volumen de 98x83x80mm y al valsalva presenta incontinencia urinaria por rebosamiento. La paciente es sondada con evacuación completa y mejoría de las molestias abdominales y genitales. Se confirma el cistocele en nueva exploración tras sondaje. Se deja sondaje permanente, tratamiento antibiótico y bloqueante de receptores α1.

Conclusiones
Los antecedentes personales (multípara, obesidad, diabetes…) así como el prolapso de órganos pélvicos constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de incontinencia urinaria.

Los grados intensos de prolapso de órganos pélvicos cursan con arrugamiento y obstrucción de la uretra conforme la vejiga se hernia progresivamente. La obstrucción se acentúa durante el pujo, disminuye el flujo máximo de orina y aumenta la orina residual.

Se ha encontrado que no hay relación entre el grado del prolapso y el grado de obstrucción uretral. La micción incompleta puede predisponer a la infección de vías urinarias, hiperactividad del detrusor y disminución de la elasticidad vesical lo que conlleva el riesgo de reflujo ureteral y daño renal.

Bibliografía

- *García-Fadrique G, Morales G. Arlandis M, Bonilloy M.A. Jiménez-Cruz J.F. Causas, características y evolución a medio plazo de la retención aguda de orina en las mujeres remitidas a una Unidad de Urodinámica. Actas Urológicas Españolas 2011;35(7):389–393*
- *García López, AJ. Prolapso de órganos pélvicos. Iatreia vol.15 no.1 Medellín Jan./Mar. 2002*
- *Jiménez Cidre, M. Obstrucción del tracto urinario inferior en la mujer. Arch. Esp. Urol., 55, 9 (989-999), 2002*

217/93. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA UROGINECOLÓGICA EN URGENCIAS. LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Vivas Flores, Cristina Paloma; (2) Alcalde Vílchez, Eduardo.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia; (2) .

Resumen:

Objetivos
Diagnóstico diferencial de los síndromes del sistema genitourinario.

La patología ginecológica en ocasiones es confundida con otras de origen urológico. El objetivo del presente caso es el diagnóstico diferencial de patologías de estas dos especialidades con una adecuada anamnesis y exploración física.

Metodología
Paciente mujer de 53 años diagnosticada de ITU y con tratamiento ATB que acude a urgencias generales en varias ocasiones por cuadro malestar general, disuria, no mejoría de clínica pese a tratamiento y metrorragia, motivo por el que se solicita valoración ginecológica.

En la anamnesis refiere presentar esta clínica durante dos semanas aproximadamente y aporta analítica con marcada leucocitosis, cayados, anemia con leve alteración de coagulación y leucocituria. Refiere leve sangrado coincidente con la micción, sin corresponder a menstruación.

En la exploración destaca regular estado general y febrícula. Especuloscopia con vagina y cérvix normales sin restos hemáticos ni sangrado activo. EcoTV con útero y anejos normales sin líquido libre en FSD. EcoAbd con repleción vesical, impresiona engrosamiento de pared con formaciones papilares y algunas imágenes intracavitarias sugestivas de posibles coágulos. Ambos riñones impresionan con leve dilatación pélvica sin poder descartar patología ureteral obstructiva. Tras sondaje se objetiva hematuria franca.

Resultados
Ante los resultados se inicia tratamiento, se comenta caso con Urología que completa el estudio por cistitis complicada y sepsis de origen urinario. La paciente fue diagnosticada de cáncer de vejiga y recibió tratamiento oncológico.

Conclusiones
Ante una paciente que indica presentar sangrado genital, lo más importante junto a una correcta anamnesis es una adecuada exploración física con la que determinar el origen ginecológico o urológico para enfocar el diagnóstico y tratamientos correctos.

La presencia de un sangrado genital, descartado el origen ginecológico nos conduce al estudio de posibles patologías urinarias complicadas o no que requieren un diagnóstico diferencial con aquellas patologías oncológicas que se manifiestan así.

Bibliografía
- *Andrew M Kaunitz, MD. Differential diagnosis of genital tract bleeding in women. Uptodate, Aug 2016.*
- *Beverly Moy, MD, MPH. Cystitis in patients with cancer. Uptodate, Aug 2016.*

217/94. DERMATITIS EN MAMA PUERPERAL. DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA VS CONFIRMACIÓN MICROBIOLÓGICA

Autores:
(1) Vivas Flores, Claudia Isabel; (2) Vivas Flores, Cristina Paloma; (2) Alcalde Vílchez, Eduardo.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia; (2) .

Resumen:

Objetivos
Revisión de caso clínico de paciente puerperal que presenta dermatitis mamaria.

Metodología
Paciente de 36 años, secundigesta con parto en los 10 días previos que presenta cuadro de eritema periareolar sugestivo de dermatitis candidiásica, con recién nacido valorado por lesiones candidiásicas orales.

Resultados
Tras el diagnóstico de sospecha se mantiene la lactancia materna , se indican cuidados y medidas higiénico-dietéticas y se pauta tratamiento antimicótico a ambos pacientes, presentado mejoría tras las primeras dosis de tratamiento.

Conclusiones
Aunque los antecedentes de infección previa y las lesiones presentes en el recién nacido conduzcan a un diagnóstico de alta sospecha, es la confirmación microbiológica la que nos da el diagnóstico definitivo, realizándose ésta en un mínimo porcentaje de los casos tratados.

Bibliografía
- *Parks EP, Shaikhkhalil A, Groleau V, Wendel D, Stallings VA. Feeding healthy infants, children, and adolescents. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 45*
- *Lawrence RM, Lawrence RA. The breast and the physiology of lactation. In: Creasy RK, Resnick R, Iams JD, et al, eds. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 9.*
- *Rodríguez JM. V Congreso español de lactancia materna. 2009.*

217/95. RELACIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO CON LAS ALTERACIONES DEL SUELO PÉLVICO.

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (2) González Fernández, Yurena; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario Jerez De La Frontera; (2) .

Resumen:

Objetivos
El objetivo es evaluar los efectos del embarazo y el parto sobre el riesgo de las mujeres a desarrollar alteraciones/defectos del suelo pélvico; y como este riesgo puede ser modificado por algunas intervenciones, como la realización de cesáreas electivas o la no instrumentación del parto vaginal.

Metodología
Las alteraciones del suelo pélvico, incluyendo los prolapsos, así como las incontinencias urinaria y fecal; afectan a un tercio de la población femenina adulta con un importante impacto en su calidad de vida.

Resultados
Numerosos estudios observacionales demuestran la asociación del embarazo y el parto en el incremento de riesgo de desarrollar defectos del suelo pélvico.

Conclusiones
La Cesárea electiva es un tema en controversia; ya que el canal del parto es un importante factpr de riesgo para lesiones suelo pélvico pero no hay evidencia de que lo disminuya, y se deben tener en cuenta riesgos-beneficios de esta técnica. Podria considerarse una opción en mujeres con lesión de suelo pélvico reparada o laceración de esfínter anal previa.

Bibliografía

- *1- Pelvic floor disorders associated with pregnancy and childbirth. Literatura review UpToDate Noviembre 2012.*
- *2- Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. Obstet Gynecol 2006; 107:1253.*
- *V3-arma MG, Brown JS, Creasman JM, et al. Fecal incontinence in females older than aged 40 years: who is at risk? Dis Colon Rectum 2006; 49:841.*
- *4-O'Boyle AL, Woodman PJ, O'Boyle JD, et al. Pelvic organ support in nulliparous pregnant and nonpregnant women: a case control study. Am J Obstet Gynecol 2002; 187:99.*
- *5-Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:1160.*
- *6-Moalli PA, Jones Ivy S, Meyn LA, Zyczynski HM. Risk factors associated with pelvic floor disorders in women undergoing surgical repair. Obstet Gynecol 2003; 101:869.*

217/96. PATOLOGIA GINECOLGOICA ONCOLOGICA HORMONODEPENDIENTE - RELACION CON LA ANTROPOMETRIA DE LA MUJER.

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (2) González Fernández, Yurena; (3) Simon, Valmond.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario Jerez De La Frontera; (2) Facultativo Especialista De Area En Obstetricia Y Ginecologia; (3) M.i.r Obstetricia Y Ginecologia.

Resumen:

Objetivos
Conocer los valores antropométricos de nuestras pacientes intervenidas por patología premaligna o maligna hormonodependiente (cáncer de mama,hiperplasias y cáncer de endometrio), para, posteriormente, poder valorar la prevalencia de Sd. Metabólico y el riesgo cardiovascular en esta población.

Metodología
Estudio prospectivo de 195 mujeres tratadas por CM, hiperplasia o cáncer de endometrio en nuestro Servicio. Se compararon medidas antropométricas (peso,talla,IMC,perímetro abdominal,cintura y brazo) de 98 pacientes con CM RRHH(+), 23 con hiperplasias endometriales y 52 con cáncer de endometrio, con 22 con CM RRHH(-),tomadas como control no hormonodependiente.

Resultados
La edad media fue similar en las mujeres con CM(+) vs CM(-) (61,03 vs 60,83), siendo significativamente más jóvenes las pacientes con hiperplasias (54,23) y mayores las mujeres con CA de endometrio (64,76). No hubo diferencias entre ninguno de los 4 grupos en número de gestaciones,paridad,aborto, cesareas y edad de la menarquia. No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los parámetros antropométricos de CM(+) y CM(-). En los CA de endometrios, respecto a los CM(-) y CM (+), se hallaron cifras sig. mayores del perímetro de cadera,cintura y brazo. En las hiperplasias endometriales, respecto a los CM(-) y CM (+) se encontró mayor peso,IMC (35,75 vs 30,12 vs 29,06) y perímetros de cadera,cintura y brazo.

Conclusiones
En base a este estudio,parece que los parámetros antropométricos de mal pronóstico cardiovascular de las mujeres con CM(+) no difieren de las mujeres con cánceres no hormodependiente y éstos parámetros son significativamente peores en la patología endometrial,especialmente en las hiperplasias.

Bibliografía

- *1. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. Lancet Oncology 2001; 2: 533-43.*
- *2. Doll R, Peto R. Epidemiology of cancer. In: Weatherall DJ,*
- *Ledingham JGG, Warrell DA, eds. Oxford textbook of medicine.*
- *Oxford, Oxford University Press, 1996: 197-221.*
- *3. American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2009-2011.*
- *4. Cancer.gov. EE.UU: National Cancer Institute; 2013.*

217/97. GESTACION GEMELAR MONOAMNIOTICA: ENTRECRUZAMIENTO DE CORDONES. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (2) González Fernández, Yurena; (1) Cabrera Rodriguez, Desiree.

Centro de Trabajo:
(1) M.i.r Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Jerez De La Frontera.; (2) Facultativo Especialista De Area En Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
Los embarazos monocoriales monoamnioticos (M-M) son muy poco frecuentes (1-2%gemelares) y conlleva una elevada morbi-mortalidad perinatal (50%), por las complicaciones asociadas: transfusión intergemelar, malform. congénitas, CIRs, parto prematuro y patología funicular como nudos y entrecruzamientos.

Metodología
Se presenta un caso clínico de Gestación gemelar M-M, con un especialmente llamativo entrecruzamiento de cordones.

Resultados
RDS, 28 años, seguida en Alto riesgo por Déficit de Proteína S y Mioma uterino. Dos tromboflebitis por ACHO. Diagnosticada de gestación M-M a las 14 semanas. Controles posteriores normales. A las 35+6 sg ingresó por RPM de Membranas con un TV:1-1/II-P3, liquido claro, ambos gemelos en cefálica, FCF 145-150 lpm y reactivos, dinámica uterina irregular, y analítica normal. Se realiza Cesárea bajo anestesia intrarraquídea, naciendo dos mujeres de 3045 gr, y Apgar 9/10; y 2990 gr, y Apgar 9/10. Se conforma el carácter M-M de la gestación, con cordones de inserción cercana sin membrana divisoria. Llama la atención el importante entrecruzamiento de los cordones umbilicales con múltiples enredos y la presencia de numerosos nudos verdaderos.

Conclusiones
El diagnostico prenatal de embarazo M-M no siempre es posible. La única medida que mejora su pronóstico es el diagnostico acertado de la corionicidad. Los accidentes de cordón están presente hasta en un 76% de los casos (según demuestran las últimas revisiones). Las gestaciones múltiples han aumentado por la utilización de TRA. Con un control prenatal estricto y una cesárea planificada (para evitar el atrapamiento de cordón o el corte inadvertido del cordón del 2° gemelo que podría estar alrededor del 1°), es posible disminuir el riesgo fetal y aumentar la supervivencia hasta un 90%.

Bibliografía

- *1. Platt MJ, Marshall A, Pharoah PO. The effects of assisted reproduction on the trends and zygosity of multiple in England and Wales 1974-99. Twin Res 2001 ;4(6):417-421.*
- *2. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2004. National vital statistics reports. Vol 55. No. 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2006.*
- *3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Gestación multifetal.*

217/98. SINTOMAS GINECOLOGICOS COMO PRIMERA MANIFESTACION CLINICA DE UN CANCER DIGESTIVO.

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) González Fernández, Yurena; (3) Romero Lozano, Azahara.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Especialista En Ginecolgoia Y Obstetricia. Hospital Jerez De La Frontera.; (2) Medico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Jerez De La Frontera.; (3) M.i.r Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
La mayoría de los canceres colorrectales se presentan de manera similar (dolor abdominal, diarrea, tenesmo, rectorragia…).

Metodología
Se presenta el caso de una paciente con CCR diagnosticado a partir de la clínica ginecológica causada por la existencia de una fistula sigmo-uterina (hallazgo muy infrecuente en ausencia de cáncer ginecológico).

Resultados
Mujer, 61 años. Ingreso en Digestivo, por dolor hipogastrico, estreñimiento, leucorrea café con leche, sin fiebre ni de Sd. constitucional. G2P2A0, menopausia a los 50 años. Tacto rectal negativo. Marcadores tumorales normales. Colonoscopia: Sin lesiones agudas. Enema opaco: Normal. PIC ginecología: salida de material endotelial y fecaloideo por endocervix. Ecografía: Imagen ecogénica endometrial de 9x9mm. TAC Abd-pelv: engrosamiento de cérvix y paredes de sigma con lesión entre ellos que podría corresponder a fistulización. AP: Tejido de granulación de fistula colo-uterina con fragmentos de adenocarcinoma y de mucosa exo-endocervical con inflamación crónica y ausencia de neoplasia. Tt° con Ciprofloxacino+Metronidazol, mejorando la clínica. Inmunohistoquímica: CK 20 y CEA +++, CK-7 y RE y RP negativos; permite el diagnostico definitivo de Adenocarcinoma de colon. Intervención quirúrgica: tumoración en sigma que infiltra útero en su porción más cercana a cérvix. Sección de recto superior, posterior resección en bloque de pieza (histerectomía con doble anexectomía y asa de sigma adherida), y linfadenectomía pélvica. Evolución favorable. AP: Adenocarcinoma de sigma poco diferenciado que perfora pared intestinal y se adhiere a cara posterior uterina e infiltra miometrio (pT4); metástasis en 4/8 ganglios: Ca colon pT4 cN2 cM0. Estadio IIIb. Posterior QT adyuvante, con buena respuesta.

Conclusiones
La etiología tumoral más común de las fístulas recto-vaginales o recto-uterinas es la secuela del tratamiento RT local del cáncer ginecológico. El diagnóstico es fácil, radicando la dificultad en establecer el origen y manejo terapéutico del tumor primario causante de la misma.

Bibliografía

- *1. JUTURI JV, FRANCIS B, KOONTZ PW, WILKES JD. Squamous-cell carcinoma of the colon responsive to combination chemotherapy: report of two cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 1999;42(1):102-9.*
- *2. PIGOTT JP, WILLIAMS GB. Primary squamous cell carcinoma of the colorectum: case report and literature review of a rare entity. J Surg Oncol 1987;35(2):117-9.*

217/99. DESARROLLO DE CANCER DE MAMA EN TEJIDO MAMARIO ECTOPICO AXILAR.

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (2) González Fernández, Yurena; (1) Simon, Valmond.

Centro de Trabajo:
(1) M.i.r Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Jerez De La Frontera.; (2) Medico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
El tejido mamario se distribuye a lo largo de la línea láctea desde la axila hasta la región inguinal. Un error en el proceso de involución de dicho tejido puede conducir a la existencia de tejido mamario accesorio, siendo la axila la localización más frecuente. Dicho tejido ectópico responde a los estímulos hormonales y es susceptible de padecer las mismas patologías que el tejido mamario de localización normal.

Metodología
Presentamos el caso de una paciente con una lesión axilar que correspondió a un carcinoma ductal.

Resultados
Paciente de 38 años, remitida por tumoración axilar derecha de 5 cm, dura, bien delimitada y no adherida a planos profundos. Con la sospecha de mama supernumeraria en axila derecha y tras punción con obtención de tejido mamario; se programa para cirugia (exéresis tumoración axilar). Resultado Anatomo-Patológico: carcinoma ductal infiltrante. Se realiza mamografía y ecografia, sin evidenciar lesiones sospechosas en el parénquima mamario de localización normal. Con diagnóstico de Carcinoma ductal infiltrante en tejido mamario ectópico de axila derecha, se realiza Linfadenectomía axilar derecha y QT y RT posterior, con buena respuesta. Actualmente en remisión completa.

Conclusiones
La presencia de tejido mamario ectópico aparece en hasta un 6% de las mujeres. Se ha de distinguir entre mama supernumeraria y tejido mamario ectópico. Se ha observado una mayor incidencia de desarrollo de cáncer en el tejido mamario aberrante. Aunque la PAAF es una técnica útil, raramente se llega a un diagnóstico preoperatorio correcto. El enfoque terapéutico es similar al tratamiento de los tumores en la mama normal. Realizar extirpación completa del tejido mamario ectópico con posterior tratamiento QT y RT para evitar una recidiva local. La radioterapia sobre la mama homolateral no es una indicación sistemática.

Bibliografía

- *1. Saleh HA, Klein LH. Cystosarcoma Phyllodes arising synchronously in right breast and billateral axillary ectopic breast tissue. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 624-6.*
- *2. Marshall MB, Moynihan JJ, Fros A, Evans SR. Ectopic breast cancer: case report and literature review. Surg Oncol 1994; 3: 295-304.*

217/100. MUERTE PERINATAL POR LISTERIOSIS. CASO CLÍNICO.

Autores:
(1) López Alaminos, Simón; (2) Aibar Villán, Laura; (2) Partal Lorente, Ana Belén.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Juan De La Cruz. úbeda.; (2) Hospital San Juan De La Cruz. Ubeda.

Resumen:

Objetivos
La listeriosis es una zoonosis frecuente en países desarrollados causado por el bacilo Listeria monocytogenes. La vía de trasmisión suele ser por vía gastrointestinal, mediante la ingesta de productos lácteos no pasteurizados, carne cruda, o agua contaminados. La clínica de la gestante suele ser leve, sin embargo, la infección a nivel fetal es severa. Al ser capaz de atravesar la barrera placentaria, puede causar infección intrauterina, produciendo corioamnionitis, partos pretérmino o muerte fetal intraútero. Los recién nacidos infectados pueden padecer granulomatosis infantiséptica, o tardíamente meningitis y sepsis.

A continuación se describe un caso clínico de muerte perinatal secundaria a una sepsis por infección de L. monocytogenes.

Metodología
A continuación se describe un caso clínico de muerte perinatal secundaria a una sepsis por infección de L. monocytogenes.

Resultados
Gestante de 38 semanas, primípara, con embarazo de curso normal, que acude a urgencias por fiebre en domicilio de 38º sin foco aparente. Al ingreso presenta una exploración normal, con cérvix cerrado. En el registro cardiotocográfico se observa feto reactivo, con dinámica prodrómica. Se decide su ingreso para observación.

Ante la fiebre resistente al uso de antitérmicos, se repite el registro cardiotocográfico, evidenciando esta vez una frecuencia cardíaca fetal con escasa variabilidad y dinámica irregular. Se decide inducción del parto y se realiza amniorrexis artificial con salida de líquido serohemorrágico. Ante la sospecha de corioamnionitis y riesgo de pérdida de bienestar fetal, se decide finalizar el parto mediante cesárea urgente.

Se obtiene un recién nacido con Apgar 0/0. Se consigue reanimación fetal en paritorio, falleciendo el recién nacido pocas horas después. En el hemocultivo solicitado al recién nacido se informa de infección por Listeria.

Conclusiones
Aunque se trata de una enfermedad de baja incidencia, la gravedad de los resultados adversos perinatales justifica la importancia de la educación poblacional, y la sospecha por parte de los profesionales ante una gestante con fiebre sin foco aparente. Un diagnóstico de sospecha y el tratamiento precoz puede reducir la morbimortalidad fetal.

Bibliografía

- *Larraín de la C D, Abarzúa C F, Jourdan H Fd, et al. Listeria monocytogenes infection in pregnancy: experience of Pontificia Universidad Católica de Chile University Hospital. Rev Chilena Infectol. 2008 Oct;25:336-41*
- *Smith B, Kemp M, Ethelberg S, et al. Listeria monocytogenes: maternal-foetal infections in Denmark 1994-2005. Scand J Infect Dis. 2009;41:21-5.*

217/101. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA TRAS MANIOBRA DE VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA.

Autores:
(1) López Alaminos, Simón; (2) Aibar Villán, Laura; (3) Puertas Prieto, Alberto.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Juan De La Cruz. úbeda.; (2) Hospital San Juan De La Cruz. Ubeda; (3) Hospital Virgen De Las Nieves. Granada.

Resumen:

Objetivos

La versión cefálica externa (VCE) es un procedimiento por el que, mediante la manipulación fetal a través de la pared abdominal materna, se rota al feto a término desde la presentación de nalgas a la de cefálica. Esto permite reducir el número de cesáreas por este motivo, con el consiguiente descenso de la morbimortalidad materna y fetal.

Los resultados adversos maternos y fetales de esta técnica son infrecuentes, estimando la tasa de cesáreas de emergencia del 0,5%, sin incrementar la morbimortalidad perinatal.

A continuación se expone un caso clínico de desprendimiento de placenta (DPPNI) secundaria a dicha maniobra.

Metodología

A continuación se expone un caso clínico de desprendimiento de placenta (DPPNI) secundaria a dicha maniobra.

Resultados

Paciente primípara de 37 semanas, con embarazo de curso normal, que acude a cita programada para un intento de VCE. El peso fetal estimado era 2720 g, con volumen de líquido amniótico normal y placenta de inserción posterior alta.

Tras la administración previa de ritodrine, se realiza la maniobra hacia atrás ("back flip") con éxito. Inmediatamente después se produce metrorragia abundante, por lo que se decide realizar cesárea urgente, comprobando durante la misma un desprendimiento parcial de la placenta. Se obtiene un recién nacido de 2890 g con Apgar 9/9.

El puerperio inmediato cursa sin incidencias salvo anemia leve materna.

Conclusiones

La VCE es un procedimiento de bajo riesgo, que por su efectividad y buena tolerancia, debería ser ofrecida a todas las pacientes con presentación podálica a término.

Sin embargo, la VCE no está exenta de complicaciones, por lo que debe llevarse a cabo por personal entrenado, y con la disponibilidad de un equipo que permita realizar una extracción fetal urgente, en caso de necesidad.

Bibliografía

- *Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 1;(4):CD000083.*

217/102. TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA DEL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Anasagasti Crespo, Carmen Valle; (2) Sanahuja Bort, Silvia; (2) González Sánchez, Lucía; (2) Ponce Muñoz, Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Fea Obstetricia Y Ginecología. Hospital Punta Europa. Algeciras; (2) Mir Obstetricia Y Ginecología Hospital Punta Europa. Algeciras.

Resumen:

Objetivos

Los tumores de células de la granulosa son tumores de los cordones sexuales y del estroma. Tiene una frecuencia del 2-5 %. Siendo más frecuente con un 95% el del adulto con una edad diagnóstica entre 50-54 años.

Metodología

Se presenta el caso clínico de una mujer de 72 años que acude derivada por hallazgo en TAC abdómino pélvico de tumoración mixta de 30 cms que no muestra signos de infiltración locoregional ni a distancia.

AP:

Hipertensión, artrosis.

IQ: Amigdalectomizada e Histerectomizada por miomas sintomáticos.

AGO:

M 12

FM 5/28

Menopausia: 49

G3P3

Se realiza exploración ginecobstétrica:

Tacto bimanual: Abdomen globuloso, se palpa masa móvil que llega hasta 3 traveses por encima de cicatriz umbilical

Eco Abdominal y transvaginal: Masa heterogénea dificil de delimitar.

Se solicitan MMTT, todos normales excepto Ca 125: 51,17

Se decide Laparotomía exploratoria y anexectomía bilateral.

La intervención ocurre sin incidencias, se realiza lavado peritoneal de la abundante ascitis y se realiza anexectomía bilateral, visualizando tumoración de 30cms dependiente de ovario izquierdo.

Evolución postoperatoria es satisfactoria.

La anatomia patológica:

Tumor de células de la granulosa del adulto estadio IA

Resultados

Los controles posteriores fueron favorables, no requiriendo ningún tratamiento posterior.

Conclusiones

Este tipo de tumor esl más favorable que el cáncer epitelial de ovario pero tiende a recurrir años después del diagnóstico por lo que es fundamental un buen control posterior.

Bibliografía

- *S. Tinsley,S.A. Cannistra*
- *Granulosa Cell Tumor of the ovary*
- *J Clin Onc, 21 (2003), pp. 1180-1189*
- *G.C. Stuart,L.M. Dawson*
- *Uptudate on granulosa cell tumor of the ovary*
- *Curr Opin Obstetric Gynecol, 15 (2003), pp. 33*

217/103. A PROPÓSITO DE UN CASO: GESTACIÓN ECTÓPICA CON DIAGNÓSTICO TARDÍO.

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (1) González Fernández, Yurena; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De Jerez; (2) .

Resumen:

Objetivos
Se presenta el caso de una mujer que acude a Urgencias por dolor en hipogastrio y FII en la que se diagnosticada mediante ecografía gestación ectópica en semana 9.

Metodología
Paciente con cinco partos y dos abortos espontáneos previos. En tratamiento con desogestrel. Se visualiza mediante ecografía transvaginal embrión acorde a semana 9 semanas de desarrollo. Presenta actividad cardíaca positiva y movimientos positivos. Implantación en región anexial izquierda. Se realiza salpinguectomía izquierda laparoscópica urgente.

Resultados
Existe una baja incidencia de gestaciones que alcanzan desarrollo avanzado, por lo que parece interesante la presentación del caso.

Conclusiones
Los embarazos ectópicos pueden presentar una clínica muy variada. La presentación clínica y el curso natural son, a veces, impredecibles. Muchas son asintomáticas y se resuelven como abortos espontáneos, pero en otras ocasiones la paciente, incluso en gestaciones tempranas debuta con un cuadro de shock sin síntomas previos.

El dolor abdominal brusco, intenso, en el hemiabdomen

inferior es el síntoma más común y se presenta el 90-100% de las mujeres sintomáticas.

Junto con el sangrado vaginal y la amenorrea, constituye la clásica tríada del diagnóstico clínico, aunque está presente en tan sólo el 50% de las pacientes con embarazo ectópico.

Bibliografía

- *Vaissade L, Gerbaud L, Pouly JL, Job-Spira N, Bouyer J, Coste J, et al. Cost-effectiveness analysis of laparoscopic surgery versus methotrexate: comparison of data recorded in an ectopic pregnancy registry. J Ginecol Obstet Biol Reprod. 2003;32:447-58*
- *Stovall TG, Ling FW. Ectopic pregnancy: diagnostic and therapeutic algorithms minimizing surgical intervention. J Reprod Med. 1993;38:807-12.*
- *Starndell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. Fertl Steril. 1999;71:282-6.*
- *Sowter MC, Farquhar CM. Ectopic pregnancy: an update. Current Opinion Obstet Gynecol. 2004;16:289-93*
- *Kirk E, Condous G, Bourne T. The non-surgical management of ectopic pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;27:91-100*

217/104. A PROPÓSITO DE UN CASO: CIR Y ANEMIA FETAL EN HIJO DE DIABÉTICA PREGESTACIONAL CON SÍNDROME NEFRÓTICO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:
(1) Zuheros Montes, José David; (2) Zapata Muñoz, Miriam; (3) Diez Del Castillo, Natalia; (4) Miño Mora, Monica.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Reina Sofía. Córdoba.; (2) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (3) Médico interno residente de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos
Presentar un caso clínico de CIR y anemia en hijo de diabética pregestacional con síndrome nefrótico e hipertensión arterial.

Metodología
Historia clínica de la paciente, desde su captación en consulta de alto riesgo hasta el postparto inmediato.

Resultados
Primigesta de 33 años, que inicia gestación espontánea con hemoglobina glicosilada de 12,8%. AP: Diabetes tipo I con mal control metabólico y complicaciones microangiopáticas, hipertensión crónica y dislipemia familiar. Requiriendo desde el inicio tratamiento con labetalol, alfametildopa, AAS e insulina. Cribado combinado del primer trimestre de bajo riesgo. Derivada a medicina fetal tras ecografía 20 SG por líquido amniótico abundante sin alteraciones morfológicas. En 26SG en medicina fetal PFE P20-30, doopler normal salvo IPm uterinas límite, ductus venoso onda A positiva pero IPDV límite, VPS de ACM límite, ILA 18. En 26+2 SG se inicia maduración pulmonar con betametasona inyectable, cifras tensionales de difícil control. 29 SG, edemas en miembros, PFE <P.10, líquido amniótico normal, doopler: umbilical patológica, no adiastólica, ACM límite, RCP patológico, Ductus venoso onda A presente, pero IP > P.95. Recuerdo de corticoides. RCTG: Dinámica con 2 contracciones/10 minutos, FC poca variabilidad y desaceleraciones tardías con algunas contracciones. Cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal, naciendo un varón de 1070 gramos, apgar 7/9, pH de 7,02, CO2 71, O2 9, exceso de bases de -13, que es ingresado en UCI pediátrica. Anemia con Hb 9,7 del RN, que es transfundido. Test de Kleihauer negativo.

Conclusiones
Caso interesante, por presentar anemia fetal y CIR, habitualmente los hijos de diabéticas presentan poliglobulina y macrosomia, esto puede estar en relación con la hipertensión y nefropatía de la paciente.

Bibliografía

- *1. Riskin A, García-Prats JA. Infant of a diabetic mother. UpToDate 2016.*

217/105. MIOMA DE LIGAMENTO ANCHO

Autores:
(1) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (3) Presa Lorite, Jesús Carlos; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Servicio De Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén; (2) Médico Interno Residente. Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Dar a conocer las características de este tipo de los miomas con localización atípica, su diagnóstico y tratamiento.

Metodología
caso clínico

Resultados
Paciente de 36 años con antecedente de anexectomía derecha hace 17 años por quiste de ovario y dos partos vaginales previos. Consulta por dolor abdominal intermitente localizado principalmente en fosa iliaca derecha de varios meses de evolución sin otra clínica.

En la exploración se objetiva abdomen blando y depresible con cicatriz media infraumbilical, sin evidencia de masas intraabdominales. En el tacto bimanual se aprecia una formación de unos 5-6 cm de contornos lisos, móvil en posible localización de ovario derecho. En la ecografía transvaginal se identifica útero regular en anteversión con línea endometrial homogénea, en zona anexial derecha se localiza mioma pediculado de 54 x 39 x 45 mm.

Se decide realización de miomectomía por laparoscopia. Durante el procedimiento se identifica formación de consistencia miomatosa independiente del útero con pedículo que se origina en el ligamento ancho y adherencia al apéndice con útero y anejo izquierdo rigurosamente normales. Se realiza exéresis de la formación.

La anatomía patológica informa sobre el leiomioma con marcada hialinización y calcificación distrófica.

El postoperatorio transcurre sin incidencias, remitiéndose por completo la clínica de dolor abdominal.

Conclusiones
Los leiomiomas son tumores sólidos benignos que proceden de células de musculo liso y presentan una abundante matriz extracelular rodeados de una fina pseudocápsula de tejido conectivo y fibras musculares comprimidas. Su localización uterina es la más habitual, aunque excepcionalmente puede situarse extrautero o incluso fuera de la pelvis. Se estima que hasta un 70% de las mujeres desarrollan miomas a lo largo de su vida, siendo máxima su incidencia en la quinta década de la vida.

Los miomas intraligamentosos son miomas subserosos localizados entre las dos hojas del ligamento ancho. Son tumores infrecuentes aunque se desconoce su prevalencia exacta. A veces su diagnóstico requiere realización de un diagnóstico diferencial con masa anexiales.

En cualquier caso el manejo clínico es similar a los miomas de localización uterina.

Bibliografía

- *1. Buttram Jr. VC. Uterine Leiomyomata aetiology, symptomatology and management. Prog Clin Biol Res 1986; 225: 275-96.*
- *2. Miomas uterinos. Protocolos asistenciales en Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2015*

217/106. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ASOCIADAS A IMC ≥40 EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA EN 2015

Autores:
(1) Duro Gómez, Jorge; (2) Zapata Muñoz, Miriam; (2) Rodríguez Marín, Ana Belén; (3) Sánchez Ramos, María Del Sol.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Montilla.; (2) Médico Interno Residente Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; (3) Médico. Universidad De Córdoba.

Resumen:

Objetivos
Analizar la influencia de la obesidad tipo III (IMC>40) durante el embarazo, parto y puerperio inmediato.

Metodología
Estudio de cohortes retrospectivas donde se incluyen gestantes con y sin obesidad tipo III en año 2015 en el Hospital Universitario Reina Sofía. Tras muestreo aleatorio simple, se obtuvo una relación 1:1 entre el grupo de obesas y el grupo control. Se han incluido un total de 108 pacientes en su totalidad.

Se han incluido las siguientes variables: edad materna, paridad, antecedentes personales de aborto, HTA crónica, HTA gestacional, DM gestacional antecedentes personales de TVP, malformaciones congénitas, calidad de transmisión ecográfica, infección por EGB, aborto actual, macrosoma, CIR, semana de gestación, presencia de problemas en el registro cardiotocográfico, duración del parto, comienzo del parto (espontáneo o inducido), tipo de parto, complicaciones anestésicas o quirúrgicas, muerte fetal, distocia de hombros, hemorragia postparto, infección postparto, TVP postparto, retención de restos placentarios, pH venoso del cordón umbilical, Apgar a los 5 minutos e ingreso del recién nacido.

Se empleó T-student para las variables cuantitativas y Chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados
Las gestantes con obesidad severa tienen una tasa más elevada respecto al resto de las gestantes de HTA gestacional (9.8% vs 0%) ($p<0.02$), diabetes gestacional (24.49% vs 4%) 8$p<0.003$), mala transmisión ecográfica (64% vs 0 %) ($p<0.001$). Alteraciones del RCTG (13.95% vs 2.04%) ($p<0.03$) y cesáreas respecto a las no obesas tipo III (34.78% vs 16%) ($p<0.03$) (Tabla 1, Tabla 2)

Conclusiones
En gestantes obesas con IMC > 40 existen más complicaciones en la exploración ecográfica, en la monitorización , un incremento de la hipertensión y diabetes gestacional y mayor tasa de cesáreas cuando las comparamos con el resto de población.

Bibliografía

- *Gallo Vallejo, J.L. "Gestación y obesidad. Consecuencias y manejo." 2014.*
- *American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG Committee opinion no. 549: obesity in pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;121(1):213–217.*
- *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2011) "Guía Práctica de Asistencia de obesidad y obesidad" SEGO.*
- *Puerta Sanaria, J.M. (2014) "Obesidad en el embarazo, parto y puerperio. Complicaciones y seguimiento" Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

217/107. DEGENERACIÓN HIALINA DE MIOMA SUBSEROSO COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAR DE LA FORMACIÓN ANEXIAL COMPLEJA.

Autores:
(1) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (3) Hijona Elósegui, Jesús Joaquín; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Servicio De Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén; (2) Médico Interno Residente. Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
El objetivo de esta comunicación es dar a conocer las características clínicas de este tipo de miomas, su diagnóstico y tratamiento.

Metodología
caso clínico

Resultados
Paciente de 41 años sin antecedentes personales de interés, con dos partos vaginales previos. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución sin otra clínica asociada. Presenta buen estado general, constantes dentro de los rangos de la normalidad, dolor abdominal localizado en el hipogastrio y en la fosa iliaca derecha donde al tacto bimanual se encuentra una formación de contornos lisos, móvil y algo dolorosa a la palpación de unos 10 cm. Ecografiamente se objetiva útero de características normales, con endometrio lineal, ovario derecho normal y una formación quística a nivel de ovario izquierdo de aspecto complejo, de contenido líquido/mucoso, multilobulado, con tabiques finos salvo uno de 6 mm, con un vaso en su interior de baja resistencia. Los parámetros analíticos resultan normales, salvo una discreta elevación de CA-125 (66,5U/ml). Se completa estudio preoperatorio de la paciente, se realiza RM de abdomen y pelvis que la define la formación como masa de probable origen anexial.

La paciente se interviene de forma diferida.

Durante la intervención se observa gran masa de contenido líquido dependiente de cara anterior uterina, sugerente de mioma subseroso degenerado con ovarios rigurosamente normales. Se realiza histerectomía subtotal con salpingectomía bilateral.

El postoperatorio transcurre sin incidencias.

La anatomía patológica informa sobre el leiomioma subseroso con marcada degeneración hialina.

Conclusiones
La degeneración hialina del mioma es el proceso degenerativo más frecuente. Consiste en el reemplazamiento de varias fibras musculares por sustancia amorfa y colágena, bien en amplias bandas o bien en bandas y columnas, que separan los bucles musculares. La hialinización del mioma puede llegar a sustituir casi por completo al tumor original.

Debido a los cambios degenerativos del mioma se altera su estructura musculo-fibrilar característica por los que se pueden producirse confusiones a la hora del diagnóstico diferencial con las masas anexiales complejas, sobre todo si el mioma tiene una localización subserosa.

En cualquier caso el manejo clínico es similar a los miomas ordinarios.

Bibliografía

- *1. Stewart EA. Epidemiology, clinical manifestations, and natural history of uterine leiomiomas. UptoDate 2016. Disponible en: http://www.uptodate.com*
- *2. Miomas uterinos. Protocolos asistenciales en Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2015*

217/108. LEIOMIOMA ATÍPICO BIZARRO COMO VARIANTE DE LESIÓN MIOMATOSA BENIGNA.

Autores:
(1) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (3) Hijona Elósegui, Jesús Joaquín; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Servicio De Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén; (2) Médico Interno Residente. Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
El objetivo de esta comunicación es dar a conocer las características de este tipo de miomas, su diagnóstico y tratamiento.

Metodología
caso clínico

Resultados
Paciente de 37 años con enfermedad de Addison en tratamiento crónico con corticoides, dos partos vaginales y sin otros antecedentes de interés. Se interviene de forma programada por mioma subseroso de gran tamaño en fondo uterino. Se realiza histerectomía total simple. Durante la intervención se aprecia un mioma subseroso en fondo, torsionado y necrosado.

La anatomía patológica informa de leiomioma bizarro con atipia severa con un índice mitósico de 0-2 mitosis por 10 campos.

El postoperatorio transcurre sin incidencias. La paciente permanece asintomática tras 5 años de seguimiento.

Conclusiones
Los leiomiomas uterinos son tumores sólidos procedentes de células de musculo liso. Se estima que hasta un 70% de las mujeres desarrollan miomas a lo largo de su vida, siendo máxima su incidencia en la quinta década de la vida.

Aparte de los miomas ordinarios existe una variante de lesiones miomatosas con características histológicas distintas. Entre ellas se encuentra el mioma atípico bizarro que puede presentar atipia focal, multifocal o difusa.

Dichos tumores presentan los mismos síntomas que lo miomas ordinarios y no existen técnicas de imagen que permitan distinguirlos. Se diagnostican mediante el examen anatomopatológico después de una cirugía.

El manejo es el mismo que para los miomas ordinarios. Estas lesiones tienen generalmente una alta tasa de curación, por lo que se han considerado como una variante de leiomioma benigno.

Bibliografía

- *1. Buttram Jr. VC. Uterine Leiomyomata aetiology, symptomatology and management. Prog Clin Biol Res 1986; 225: 275-96.*
- *2. Miomas uterinos. Protocolos asistenciales en Ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2015.*
- *3. Kalogiannidis I, Stavrakis T, Dagklos T, et al. A clinicopathological study of atypical leiomyomas: Benign variant leiomyoma or smooth-muscle tumor of uncertain malignant potential. Oncology Letters. 2016; 11(2):1425-1428.*

217/109. ANGIOMIXOMA AGRESIVO DE CÉRVIX.

Autores:
(1) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (3) Hijona Elósegui, Jesús Joaquín; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Servicio De Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén; (2) Médico Interno Residente. Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
El objetivo de esta comunicación es dar a conocer las características de este tipo de tumores, su diagnóstico y manejo clínico.

Metodología
caso clínico

Resultados
Paciente de 58 en tratamiento con Sintom® por estenosis mitral reumática y fibrilación auricular permanente con antecedentes obstétricos de dos partos vaginales y menopausia a los 54 años. Acude al servicio de urgencias por sangrado vaginal abundante de varias horas de evolución. En la exploración se destaca vagina normal, cuello dilatado y fino con formación polipoidea sangrante que protruye a su través sugerente de un pólipo. La ecografía transvaginal muestra útero en anteversión de 82 x 42 mm con endometrio de 23 mm y formación polipoidea en vagina de 50.5 x 39 mm de bordes lisos. Durante su ingreso cursa con disminución de sangrado, se realiza biopsia de la lesión y legrado hemostático-diagnóstico tras sustituir el tratamiento con acenocumarol por HBPM, con el resultado de la anatomía patológica del tumor angiomixoide de localización atípica.

La paciente se interviene de forma programada, se realiza histerectomía total con doble anexectomía.

El estudio anatomopatológico definitivo informa de angiomixoma agresivo implantado en cara posterior de cérvix e istmo.

El postoperatorio transcurre sin incidencias. Se considera que la paciente no precisa más tratamiento, actualmente permanece asintomática tras 3 años de seguimiento.

Conclusiones
El angiomixoma agresivo es un tumor mesenquimal mixoide con la característica de crecimiento lento, que emerge de la región pélvica, genital o perineal, predominantemente en mujeres. El término agresivo es debido a su componente vascular y a su comportamiento local, no indica potencial de diseminación a distancia. Su tratamiento de elección es la resección quirúrgica que, cuando se realiza completa, es curativa en todos los casos.

El angiomixoma es un tumor de baja prevalencia, tiene características específicas por técnicas de imagen y un comportamiento típico y deberá considerarse entre las posibilidades de diagnóstico diferencial de los tumores pélvicos.

Bibliografía

- *1. Steeper TA, Rosai J. Aggressive angiomixoma of the female pelvis and perineum. Am J Surg Pathol 1983; 7:463-75.*
- *2. Rakesh S and Ratan V. Case 106: Aggressive Angiomyxoma. Radiology 2007; 242:625–627.*

217/110. EMBARAZO ECTOPICO SOBRE CICATRIZ DE CESÁREA: CASO CLINICO

Autores:
(1) Partal Lorente, Ana Belén; (2) Cueva Carrascosa, Isabel; (2) Aibar Villán, Laura; (2) López Moreno, María Enriqueta.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Juan De La Cruz; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Juan De La Cruz. úbeda.

Resumen:

Objetivos
Se considera embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea cuando el saco gestacional se implanta en el tejido fibroso que rodea la cicatriz uterina de una cesárea anterior. El diagnóstico precoz y el manejo adecuado son particularmente importantes debido a la gravedad de sus potenciales complicaciones, entre las que se encuentran la rotura uterina, la hemorragia severa, la predisposición al acretismo placentario y la pérdida de la fertilidad. Se estima que su prevalencia oscila entre 1:1800-1:2216 embarazos y corresponde al 6,1% de los embarazos ectópicos en mujeres con cesárea previa.

Metodología
Revisión bibliográfica

Resultados
Paciente de 34 años, con antecedentes de 1parto eutocico y 2partos por cesarea, que consulta por gestación de 9+5 semanas y dolor abdominal localizado en hipogastrio, de horas de evolución, acompañado de metrorragia menor que regla. Exploración sin hallazgos salvo en la Ecografía transvaginal: útero con endometrio decidualizado. En la zona ístmica, en el espesor de la cicatriz uterina, se obseva imagen redondeada, anecoica con signo del doble halo que parece corresponder a un saco gestacional. No se observa botón embrionario. En ovario derecho formación de 37mm de aspecto simple compatible con cuerpo lúteo. Escasa cantidad de liquido libre en Douglas. ßhCG:4226UI/L.

Ante la alta sospecha de un caso de embarazo ectópico sobre la cicatriz uterina, se decide inicar tratamiento médico (75UI de metotrexato im). Transcurrida una semana la paciente continúa asintomática, con descenso brusco de los niveles de ßhCG:331UI/L. Ecograficamente persiste la imagen del saco gestacional en la zona de la cicatriz pero de menor tamaño y deformado. A los dos meses la ßhCG es negativa, había presentado una menstruación normal y sin hallazgos ecográficos.

Conclusiones
Existen múltiples formas de abordar esta variedad de embarazo ectópico: médico y quirúrgico (dilatación y legrado, la resección histeroscópica, la resección laparoscópica, laparotómica o por vía transvaginal y la histerectomía).

Aunque la ausencia de una pauta clara universal hace necesario abogar por tratamiento individualizados según la edad gestacional, viabilidad fetal, defecto miometrial y la clínica de la paciente, así como los deseos genésicos de la misma y los medios disponibles en el centro. Se desaconseja actitud expectante por las complicaciones.

Bibliografía

- *Litwicka K, Greco E. Caesarean scar pregnancy:a review of management options. Curr Opin Obstet Gyn 2011; 23(6):415-421.*

217/111. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS PÉLVICAS: NEOPLASIA APENDICULAR MUCINOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Ruiz Aragon, Jose; (2) Prieto Alcedo, Susana.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario De Ceuta; (2) .

Resumen:

Objetivos
El objetivo principal de la evaluación de una masa pélvica es valorar su origen y potencial maligno para ofrecer un tratamiento adecuado. En ocasiones, es difícil llegar a un diagnóstico inicial por su diversidad. El caso que presentamos es una neoplasia apendicular mucinosa, con pocos casos descritos en la literatura y una incidencia del 0.2 al 0.7 %.

Metodología
Paciente de 53 años, como antecedente HTA. Remitida a nuestras consultas por dolor abdominal de varios meses de evolución. Menopaúsica.

EXPLORACION: genitales externos normales, cérvix macroscópicamente sano. TV: masa de 10 cm alojada en fosa iliaca derecha, móvil y no dolorosa.

ECOGRAFIA TV: útero con endometrio lineal. Ovario derecho de 20 x 12 mm, con formación adyacente sólida heterogénea de 84 x 43 mm, con baja señal doppler. Ovario izquierdo no visible. No líquido libre.

MARCADORES TUMORALES: CEA 52 ng/mL. Resto negativos.

RMN: Ovario izquierdo normal. En región parametrial derecha lesión neoformativa, sin polos sólidos apreciables, pudiendo corresponder con patología ovárica benigna.

Ante discordancia entre niveles CEA y hallazgos radiológicos, se solicitó estudio digestivo.

COLONOSCOPIA: compresión externa en ciego, con mucosa normal.

LAPAROSCOPIA : tumoración de 10 cms, de contorno irregular y abollonado que trás individualizarla depende del apéndice. Aparato genital interno normal. Se requiere la presencia de cirujano, practicando hemicolectomía derecha. El resto de la cavidad abdominal normal.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DEFINITIVO: Neoplasia apendicular mucinosa de bajo grado (Grado 1).

Resultados

Conclusiones
En ocasiones es difícil identificar el origen de las masas pélvicas por sus complejos y similares hallazgos. Deben tenerse en cuenta patologías de bajas incidencia como diagnósticos diferenciales.

Bibliografía

- *Rymer B, Forsythe RO, Husada G. Mucocoele and mucinous tumours of the appendix: A review of the literature. Int J Surg. 2015 Jun;18:132-5.*
- *Tirumani SH, Fraser-Hill M, Auer R, Shabana W, Walsh C, Lee F, Ryan JG. Mucinous neoplasms of the appendix: a current comprehensive clinicopathologic and imaging review.*
- *Cancer Imaging. 2013 Feb 22;13:14-25.*

217/112. RESULTADO DEL ESTUDIO MICROBIOLÓGICO EN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO Y RESULTADOS PERINATALES.

Autores:
(1) Contreras Herrera, Sofia; (2) Alday Iriondo, Imanol; (3) González Vanegas, Otilia; (1) Sarrión Hernández, María Azahara.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada; (2) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos
Describir los microorganismos aislados más frecuentemente en las pacientes con RPMP y analizar los resultados perinatales.

Metodología
Se evaluaron 315 gestantes ingresadas por RPMP entre Enero de 2011 y Diciembre de 2015 en la UGC de Obstetricia y Ginecología del HUSC de Granada. Se realizó al ingreso cultivo cervico-vaginal (CV), urocultivo y determinación de EGB.

Estudio observacional analítico retrospectivo.

Programa estadístico IBM SPSS STATISTICS v21.

Resultados
De 315 casos de RPMP, el 11.7% presentaron cultivo CV positivo.

Dentro de este grupo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al resultado de Test Apgar:

• 1min:Apgar >7: 8.6% cultivo CV positivo, 30.7 % negativo y 60.7% desconocido

• A los 5 minutos, el Apgar >7, se registró en 10.7% de los casos con cultivo CV positivo, 30 % negativo y 59.3% desconocido

De los 208 (72.3%) recién nacidos que precisaron ingreso: 15.9% presentaron cultivo CV positivo, 34.6 % negativo y 49.5% desconocido.

La pauta antibiótica profiláctica fue ampicilina + azitromicina (48.3%) seguido de ampicilina exclusiva (25.1%). 8 casos precisaron ajuste según antibiograma.

Un 5.1% presentaron urocultivo positivo: 70% Ureaplasma U., Gardnerella V. 21.62%, Candida A. 16.2%, E. Coli 16.2%.

El EGB fue positivo en 10.2% casos.

Hubo 11 casos (4.2%) con diagnóstico de corioamnionitis, de los que se registraron 6 muertes neonatales. De estos, se detectaron: 2 gestantes con cultivo cv positivo a Ureaplasma U., 2 con urocultivo positivo a E.Coli y 5 con cultivos placentarios positivos (Ureaplama U, Gardnerella V, E.Coli)

Conclusiones
La infección es una de las principales causas de RPMP. No siempre es demostrable mediante la toma de cultivos. Se deben utilizar los recursos disponibles para la detección precoz de corioamnionitis.

Bibliografía

- *Parry S, Strauss JF. Premature rupture of the fetal membranes. N Engl J Med 1998; 338:663.*
- *Kumar D, et al. The physiology of fetal membrane weakening and rupture: Insights gained from the determination of physical properties revisited. Placenta 2016; 42:59.*

217/113. EXPERIENCIA CON EL ESSURE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA

Autores:
(1) Ruiz Aragon, Jose; (2) Prieto Alcedo, Susana.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario De Ceuta; (2) .

Resumen:

Objetivos
Determinar la evolución de los Essures insertados de forma ambulatoria en nuestro servicio; así como sus complicaciones y retiradas.

Metodología
: Estudio retrospectivo observacional sobre las 88 inserciones de Essure realizados en consulta ambulatoria del Hospital Universitario de Ceuta desde Febrero 2014 a agosto 2016. Se incluyeron a todas las pacientes que lo solicitaron, sin exclusiones por edad como en otras comunidades autónomas.

También se recogieron las complicaciones surgidas durante el procedimiento , método de control, tasas de embarazo y motivos por los cuales fueron retirados posteriormente.

Resultados
De la totalidad de los 88 Essures insertados, en dos casos sólo se pudo hacer de forma unilateral, por probable obstrucción tubárica.

Tasa de complicaciones severas 0 %.

Síndrome vasovagal leve (2.1 %), cediendo con reposo y analgesia.

Método de control utilizado (3 meses) fue radiografía de abdomen, salvo 4 (4.54 %) histerosalpingografía por inserción dificultosa o duda radiológica.

Tasa de embarazos 0 %.

Las solicitudes de retirada fueron 4 (4.54 %), todas por dolor, una paciente alérgica al níquel, y el resto sin hallazgos, mejorando posteriormente. Las vías de extracción fueron una por laparotomía, otra por histeroscopia y el resto por laparoscopia.

De una media de 38 Essures insertados por año, actualmente la demanda se ha reducido en un 50 %.

Conclusiones
El método Essure es eficaz ,con baja morbilidad en comparación con otras técnicas de anticoncepción definitiva. Pero a raíz de las noticias divulgadas en los medios de comunicación su demanda ha disminuido.

Bibliografía

- *Effectiveness and feasibility of hysteroscopic sterilization techniques: a systematic review and meta-analysis. la Chapelle CF, Veersema S, Brölmann HA, Jansen FW. Fertil Steril. 2015 Jun;103(6):1516-25.*
- *Management of complications encountered with Essure hysteroscopic sterilization: a systematic review. Adelman MR, Dassel MW, Sharp HT. J Minim Invasive Gynecol. 2014 Sep-Oct;21(5):733-43.*

217/114. EVALUACIÓN DEL POTENCIAL MALIGNO DE LOS PÓLIPOS ENDOMETRIALES.

Autores:
(1) Ruiz Aragon, Jose; (2) Prieto Alcedo, Susana.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario De Ceuta; (2) .

Resumen:

Objetivos
Determinar las lesiones premalignas y malignas de las polipectomías histeroscópicas realizadas en nuestro servicio, así como las complicaciones de la técnica.

Metodología
: Estudio retrospectivo observacional sobre las 204 histeroscopias realizadas en el Hospital Universitario de Ceuta desde agosto 2009 a agosto 2016 en un grupo de mujeres con metrorragia o hallazgos sospechoso de pólipo o endometrio superior a 5 mm en pacientes postmenopaúsicas asintomáticas. Se incluyeron las pacientes a partir de los 45 años. Se revisa la prevalencia de la hiperplasia con o sin atipias y de adenocarcinoma en las polipectomías realizadas.

También se recogieron las diversas complicaciones derivadas de la técnica.

Resultados
Se incluyeron 61 mujeres premenopausicas y 143 postmenopaúsicas. Todas presentaban metrorragia, excepto 34 asintomáticas indicándose la histeroscopia por hallazgo ecográfico de endometrio superior a 5 mm.

Los resultados obtenidos fueron 162 (70.9 %) pólipos y 42 endometrios atróficos (29.1 %).

El estudio anatomopatológico reveló 4 (2.46 %) hiperplasia simple, 2 (1.23 %) hiperplasias complejas con atipias en premenopaúsicas sintomáticas y 1 (0.61 %) adenocarcinoma de endometrio en menopaúsica sintomática.

Las complicaciones fueron 2 (0.98 %), correspondiendo a perforaciones uterinas (manejo conservador, sin incidencias).

Conclusiones
Los pólipos deben extirparse en pacientes sintomáticas. En las asintomáticas podría mantenerse una actitud conservadora con controles.

Bibliografía
- *Clinical factors and malignancy in endometrial polyps. Analysis of 1027 cases. Ricciardi E1, Vecchione A2, Marci R3, Schimberni M4, Frega A4, Maniglio P4, Caserta D4, Moscarini M4. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Dec;183:121-4.*
- *The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. Lee SC1, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. Obstet Gynecol. 2010 Nov;116(5):1197-205*

217/115. LESIÓN PERINEAL DE IV GRADO EN PARTO EUTÓCICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Ruíz Olivares, María; (2) Carmona Sánchez, Encarnación; (1) Fernández Nieto, Elena; (3) Espadas Padial, Benjamina.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santa Ana. Motril.; (2) Facultativo Especialista de Área de Ginecolgía y Obstetricia. Hospital Santa Ana. Motril.; (3) Médico especialista en Cirugía General. Hospital Comarcal Santa Ana. Motril. Granada.

Resumen:

Objetivos
Revisión de incidencia y repercusiones de lesiones perineales de IV grado durante el parto mediante exposición de caso clínico.

Metodología
Revisión de artículos científicos publicados del año 2010 al actual. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Medline y Cochrane. Las ecuaciones de búsqueda fueron “Perineal tear AND profilaxis” y “Perineal tear AND Fourth degree AND risk factors”.

Resultados
Caso clínico. Mujer de 28 años, nulípara a término ingresa para inducción del parto por embarazo prolongado. Parto inducido con prostaglandinas intravaginales y terminación espontánea con episiotomía medio-lateral derecha. Ginecólogo identifica desgarro de IV grado con aparente integridad de esfínter interno. Se realiza reparación de tabique recto-vaginal y colostomía en quirófano. El postoperatorio sin incidencias y la dada de alta con antibiótico. Posteriormente, manometría anorrectal informa esfínter interno con déficit anterior que no compromete presión media. Reflejos y sensibilidad rectal normales. Cierre de colostomía y postoperatorio sin incidencias, recuperación de tránsito, sin evidencias de fistulización o incontinencia fecal.

Conclusiones
Parece haber un aumento en la incidencia de desgarros debida al mejor adiestramiento en su detección y estandarización de clasificaciones. Estos desgarros pueden contaminarse y es precisa la profilaxis antibiótica. El seguimiento de estas pacientes es imprescindible para garantizar buen resultado estético y funcional.

Bibliografía
- *1. Cornell K, De Souza A, Tacey M, Long DM, Veerasingham M. The effect of implementing a new guideline and operative pro forma on the detection and management of third- and fourth-degree perineal tears. Int J Womens Health. 2016 May 5;8:131-5*
- *2. Groutz A1, Cohen A, Gold R, Hasson J, Wengier A, Lessing JB, Gordon D. Risk factors for severe perineal injury during childbirth: a case-control study of 60 consecutive cases. Colorectal Dis. 2011 Aug;13(8):e216-9*
- *3. LaCross A, Groff M, Smaldone A J. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. Midwifery Womens Health. 2015 Jan-Feb;60(1):37-47.*
- *4. Vintejoux E, Flandrin A, Clarivet B, Begue L, Reyftmann L, Rathat G, et al. Anal sphincter injury during operative vaginal delivery using spatulas. What are the risk factors? Gynecol Obstet Biol Reprod. 2012 Feb;41(1):69-75.*

217/116. DESGARROS PERINEALES DE III Y IV GRADO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CASUÍSTICA DURANTE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores:
(1) Ruíz Olivares, María; (2) Carmona Sánchez, Encarnación; (1) Fernández Nieto, Elena.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santa Ana. Motril.; (2) Facultativo Especialista de Área de Ginecolgía y Obstetricia. Hospital Santa Ana. Motril.

Resumen:

Objetivos
Análisis descriptivo de los casos de desgarro perineal de III-IV grado en partos ocurridos durante 4 años en Área de Gestión Sanitaria Sur-de-Granada.

Metodología
Revisión de los partos asistidos entre los años 2011 y 2015 e identificación de los desgarros perineal de III y IV grado según la clasificación de Royal-College-of-Obstetricians-and-Gynaecologists (RCOG). Identificacion de partos eutócicos e instrumentales y evolución posterior.

Resultados
Existe lesión perineal de III-IV grado en 28 casos. Un 60% (n=17) ocurren en partos instrumentales, con incidencia en vacuo-kiwi (n=10), fórceps (n=5) y espátulas (n=2). El único caso registrado de desgarro de IV grado acontece en parto eutócico donde se realizó episiotomía. Se describe un caso de lesión de mucosa rectal con integridad de los esfínteres anales que no puede encuadrarse en la clasificación de la RCOG, también en parto eutócico. Un 39% de los casos ocurren en el año 2014. La incidencia en el resto de los años es más baja, 14% del total de media.

Conclusiones
La identificación de los desgarros perineales graves es importante; la aplicación de técnicas de reparación correcta reducirá la aparición de secuelas a medio-largo plazo. El pico de incidencia reportado en 2014 puede deberse al aumento de la detección de estas lesiones tras incluir la clasificación de la RCOG en el protocolo del servicio analizado. El parto eutócico no está exento de riesgo, y la episiotomía puede no ser efectiva como maniobra preventiva.

Bibliografía

- *1. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir RI, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016;95(7):746-54.*
- *2. Hamouda S, Mancini J, Marchand F, Bretelle F, Boubli L, D'Ercole C, et al. Severe perineal morbidity of instrumental deliveries using Thierry's spatulas and vacuum extraction: A prospective observational cohort study. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015*
- *3. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon BS. Pattern of episiotomy use & its immediate complications among vaginal deliveries in 18 tertiary care hospitals in India. Indian J Med Res. 2016;143(4):474-80*

217/117. ENFERMEDAD RENAL POLIQUISTICA INFANTIL. POTTER TIPO I. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Bermúdez Quintana, Martín; (2) Moreno Champale, María; (3) Castilla Marchena, Maria.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Jaen; (2) Residente; (3) .

Resumen:

Objetivos
La enfermedad de Potter tipo I tiene una incidencia de 1/30.000, con herencia autosómica recesiva, por mutación del gen PKHD1 que se localiza en el brazo corto del cromosoma 6p. El diagnóstico se realiza a partir de la semana 16 y ecográficamente se evidencia oligoamnios, ausencia de vejiga y aumento de tamaño reniforme bilateral de los riñones con aumento de la ecogenicidad de manera homogénea. Su pronóstico depende de la afectación renal. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el Potter tipo III, donde el volumen de liquido aminiotico es normal y existe historia familiar. Tiene un riesgo de recurrencia del 25%, por lo que la detección prenatal es de gran importancia.

Metodología
Caso clinico

Resultados
Paciente de 34 años, primigesta, sin antecedentes de interés, aporta cribado del primer trimestre normal, serologías normales, valorada a las 17 semanas de gestación, se visualiza embrión con AC+, sin vejiga, riñones normales y oligoamnios severo. Ante la sospecha de enfermedad renal poliquística infantil se oferta pruebas de diagnóstico prenatal, explicando a la paciente la importancia de definir el diagnostico para gestaciones futuras. La paciente no desea realizarse ninguna técnica de diagnóstico prenatal y ante la alta sospecha ecográfica de esta patología, decide interrupción voluntaria del embarazo.

Conclusiones
Se trata de una enfermedad muy grave. El pronóstico va a depender fundamentalmente de la variedad clínica; a corto plazo, depende de la gravedad del compromiso pulmonar, mientras que a largo lazo depende del compromiso renal. En cuanto al manejo obstétrico, si el diagnóstico se realiza antes de la viabilidad fetal, debe ofertarse la posibilidad de dignostico prenatal especifico mediante técnicas invasivas o no invasivas y posteriormente la posibilidad de finalizar la gestación.

Bibliografía

- *1. Kitagawa H1, Pringle KC; Early fetal obstructive uropathy produces Potter's syndrome in the lamb. Pubmed; Rev Fr Gynecol Obstet. 2010*
- *2. Garba H1, Dechivré J, Broussard P; Positive diagnosis of Potter's syndrome by ultrasonography. A case report; Pubmed; Rev Fr Gynecol Obstet. 2000.*

217/119. ANEMIA PUERPERAL Y TERMINACIÓN DEL PARTO

Autores:
(1) Porcel Marín, Mª Carmen; (1) Martinez López, Linarejos; (1) Muñoz García, María; (2) Cruz Martínez, Milagros.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia.complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos
Valorar la relación entre el modo de terminación del parto y la incidencia de anemia en el puerperio.

Metodología
2787 mujeres que se les asiste el parto en el Hospital San Cecilio.

Diseño: estudio observacional analítico de cohorte prospectiva.

Se realiza estadística descriptiva. Se utiliza el test $\chi 2$ o el test exacto de Fisher para comparación entre variables cualitativas.

La anemia en el puerperio se considera como hemoglobina (HB) <11g/dL, hemos excluido a las gestantes que presentaban HBg/dlL<11 previa al parto.

Resultados
1989 mujeres que se les asiste el parto sin anemia en el tercer trimestre (se han excluido 798 mujeres, que si la presentaban).

En relación con la aparición de novo de anemia en el puerperio, se observa que es de 6,7% en aquellas mujeres que terminan el parto de modo espontáneo, en el 23,9% cuando se aplica fórceps para la extracción fetal, el 11,2% cuando es necesaria la utilización de ventosa y del 72,6% cuando se practica una cesárea. Existe diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$) con respecto al modo de terminación del parto y la incidencia de anemia en el puerperio.

Se analizaron 508 cesáreas de mujeres que no presentaban anemia previamente, presentando anemia en el 69,4% de las cesáreas electivas y en el 73,6% de las realizadas de modo urgente. No mostrando diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de anemia según el modo de terminación del parto ($p=0,413$).

Conclusiones
1.- La cesárea es el modo de terminación del parto que más se relaciona con la incidencia de anemia en el puerperio, seguido del parto con fórceps.

2.- El momento de la indicación de cesárea (electiva o urgente) no influye en la aparición o no de anemia.

3.- Debe valorarse la realización de un hemograma de control postparto en caso de terminación departo mediante cesárea o fórceps para detectarse precozmente la anemia y establecer el tratamiento adecuado.

Bibliografía

- *1.-JM. Lailla Vicens, E.Pérez Picañol, T.Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate. Monografía de actualización Clínica. Anemia ferropénica del embarazo.Profármaco.2010.*
- *2.-Á. Remacha Sevilla. Curso Experience. Módulo 3:Patología en el embarazo. Un abordaje multidisciplinar. Anemia y Embarazo.2014.*

217/120. SÍNDROME UROGENITAL. ¿CÓMO AFECTA A NUESTRAS PACIENTES?

Autores:
(1) Bermúdez Quintana, Martín; (2) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Fernandez Angulo, Patricia.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.; (2) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Conocer como afecta la atrofia vulvo-vaginal a la calidad de vida, así como su percepción y opinión acerca del tratamiento con estrógenos locales.

Metodología
Se facilitó un cuestionario anómimo sobre atrofia vulvo-vaginal a pacientes del área de Jaén. El cuestionario recogía características sociodemográficas básicas (edad, estado civil, nivel de estudios) y preguntas sobre atrofia vulvo-vaginal.

Resultados
Se encuestaron a 22 pacientes, con una edad media 47,3 años, el 80% eran casadas y el 85 % mantenían relaciones sexuales.

El 41% no consideraban la atrofia vaginal un problema de salud grave. Un 36% opinaban que esta entidad no tiene ninguna repercusión sobre su calidad de vida; sólo 5 (23%) han presentado algún episodio de dispareunia durante el último mes.

Sobre si realizarían un tratamiento hormonal vaginal, el 82% respondieron afirmativamente. Un 31% pensaba que dicho tratamiento puede tener algún efecto adverso grave. Al preguntar por efectos en particular, son muchas más las que muestran su preocupación, siendo la principal los efectos sobre el útero (45'5%), mama (22'7%), efectos cardiovasculares (18%) y trombosis (18%).

La forma de administración preferida fue crema vaginal, elegida por el 77%, comprimidos vaginales 18% y comprimidos orales 5%. Ninguna eligió el anillo vaginal.

Conclusiones
Nuestra población no considera un gran problema de salud la atrofia vulvo-vaginal, pudiendo ser porque muchas de ellas piensan que es una etapa natural de la menopausia.

Es necesario mayor información y asesoramiento para realizar un correcto tratamiento de la atrofia vaginal, un tratamiento que sin duda es seguro.

Bibliografía

- *217/121. HALLAZGOS INFRECUENTE: ANGIOMIXOMA AGRESIVO CERVICAL*

Autores:
(1) Forero Díaz, Carmen; (2) Rodríguez González, Nerea; (1) López González, Elga.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.

Resumen:

Objetivos
El angiomixoma agresivo es un tumor de tejidos blandos pélvicos y perineales, poco frecuente, originado por miofibroblastos, local-

mente agresivo y no metastatizante. Descrito en 1983 por Steeper y Rosai, en los tejidos blandos de la pelvis y periné de mujeres premenopáusicas, estos tumores se caracterizan por citología de aspecto benigno, siendo formados por células fusiformes y estelares, inmersas en una matriz mixoide, que contienen vasos de mediano calibre, pero a pesar de la apariencia citológica inofensiva, son tumores infiltrantes y presentan un alto riesgo de recurrencia, de ahí el adjetivo "agresivo".

Por ser una lesión poco frecuente, su incidencia no ha sido claramente establecida , pero se considera que existen actualmente unos 190 casos descritos en la literatura médica, de los cuales aproximadamente 150 han sido reportados en mujeres premenopáusicas (30 a 40 años) y 40 casos en hombres. Del total de casos mencionados, solo unos 70 de estos tienen una localización anatómica pélvica y/o retroperitoneal.

La cirugía de resección (márgenes libres) se considera el gold estándar de tratamiento, ya que es curativo.

Metodología

Paciente 37 años consulta en nuestra área de urgencias por sensación de bultoma vulvar. Sin antecedentes médicos de interés. Intervenida de corrección miopía y nódulos vocales. Nuligesta. No antecedentes ginecológicos previos.

En la exploración revela masa pediculada dependiente de labio posterior cervical. En el tacto vaginal se palpa dicha masa pediculada, no otros hallazgos de interés. La ecografía transvaginal revela útero con sospecha de imagen intrauterina pudiendo corresponder a parte del pedículo de la masa antes descrita. Anejos sin patología.

Con el diagnóstico de sospecha de mioma cervical pediculado se programa exéresis completa, realizándose ésta sin complicaciones.

Resultados

El análisis anatomopatológico muestra angiomixoma agresivo. Se realizó histeroscopia diagnóstica con resultado de cavidad sin alteraciones.

Tras la cirugía ha seguido controles periódicos con resultados normales.

Conclusiones

Desde el punto de vista clínico el diagnóstico de estas lesiones es muy difícil, sin embargo es necesario tener en cuenta a esta variedad de tumor en lesiones del suelo pélvico, para obtener una biopsia y hacer el diagnóstico temprano, lo que permitirá al cirujano resecar totalmente a la lesión cuando aún es pequeña y en caso de recurrencia la presencia de receptores hormonales permite el bloqueo hormonal como una alternativa.

Bibliografía

- *1. Szklaruk J,. MR imaging of common and uncommon large pelvis masses. RadioGraphics. 2003;23:403–24.*
- *2. Steeper TA,. Aggresive angiomixoma of the female pelvis and perineum: report of nine cases of a distinctive type of gynecologic soft tissue neoplasm. Am J Surg Pathol 1983; 7:463-75*

217/122. CERCLAJE CERVICAL: NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores:

(1) Romero Domínguez, Marina; (2) Palma Quero, Marta; (3) Gimeno Gimeno, Mª Joaquina; (3) Marín Martín, Elena María.

Centro de Trabajo:

(1) Residente En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; (2) Residente En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (3) Fea En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos

Determinar la frecuencia de utilización del cerclaje en nuestro hospital sin tener en cuenta la técnica quirúrgica utilizada y analizar la efectividad del procedimiento evaluado a través del resultado perinatal.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo comprendiendo el período entre el 1 de agosto de 2014 y el 1 de agosto de 2016 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, valorando la edad gestacional al momento de la colocación del cerclaje, la prolongación del embarazo, complicaciones maternas y el estado del neonato.

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes en nuestro estudio, cuya edad media fue de 33,5 años. Se observó que el embarazo se prolongó en promedio 15 semanas después de la colocación del cerclaje. La semana promedio de colocación del cerclaje fue a las 16,75 semanas de gestación. La supervivencia neonatal obtenida fue del 75%.

Conclusiones

La frecuencia de utilización del cerclaje en nuestro hospital fue baja; sin embargo, existe evidencia clínica a favor de su utilidad en nuestro medio, por lo que optamos por éste como una alternativa eficaz a la actitud expectante en casos de incompetencia cervical como los descritos.

Bibliografía

- *Protocolo: Cerclaje uterino. Unidad de Prematuridad. Servicio de medicina maternofetal. Hospital Clinic. Hospital Joan de Déu. Universidad de Barcelona. [Última actualización 29/10/14]. Disponible en: https://medinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patología_materna_obstetricia/cerclaje%20hcp_hsjd.pdf*

217/123. CASO CLÍNICO: LINFOMA DE HODGKIN EN GESTANTE.

Autores:
(1) Bermúdez Quintana, Martín; (2) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Moreno, María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.; (2) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Los linfomas, así como la leucemia, son complicaciones raras durante la gestación, ya que su mayor incidencia ocurre en edades más avanzadas. No obstante, hay que recordar que si bien el embarazo no afecta al curso de estas enfermedades, hay importantes complicaciones debidas a la evolución del proceso y al tratamiento, sin contar con la posible, aunque rara, existencia de metástasis placentarias o fetales.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Primigesta de 34 años, gestante de 32 semanas, se realiza biopsia de ganglio axilar con diagnóstico de linfoma de Hodgkin. Debido a la necesidad de realizar estudio de extensión de la enfermedad y tratamiento, se decide finalización de la gestación en semana 36. Se realiza una cesárea, con RN sano con Apgar 7 / 10. Tras estudio de extensión, se clasifica en estadio IIB de Bulky, y se inicia tratamiento quimioterápico con BEACOPP.

Conclusiones
Las embarazadas con enfermedad de Hodgkin requieren consideraciones terapéuticas especiales. Un principio del tratamiento señala que la estadificación cuidadosa es indispensable y están indicadas la radioterapia local o la quimioterapia sistémica. Aunque el embarazo limita la aplicación amplia de algunos estudios radiográficos, se deben realizar como mínimo una radiografía de tórax, una biopsia de médula ósea y una técnica de imagen abdominal. La gestación no afecta de manera adversa la evolución o la supervivencia de mujeres con linfoma de Hodgkin. Además, los resultados adversos perinatales no se incrementan. Sin embargo, puesto que suelen requerirse radiación y quimioterapia intensivas para la curación, es razonable la interrupción del embarazo cuando se determina el diagnóstico durante su primera mitad. La postposición del tratamiento hasta que se alcanza la madurez fetal parece justificable sólo cuando el diagnóstico se establece en el embarazo tardío.

Bibliografía

- *- Brenner B, Avivi I, Lishner M. Haematological cancers in pregnancy. Lancet 2012;379:580-87.*
- *- Rizack T, Mega A, Legare R. Management of hematological malignancies during pregnancy. Am J Hematol 2009;84:830-41.*

217/124. PREVENCIÓN DE ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS POSTERIORES APLICACIÓN DE HEMOSTÁTICO TACHOSIL©

Autores:
(1) Forero Díaz, Carmen; (1) López González, Elga; (2) Marina Tascón, Elena.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Rio Tinto. Huelva.

Resumen:

Objetivos
La aparición de adherencias postquirúrgicas tiene unas trascendentales implicaciones clínicas. Su formación después de una cirugía aumenta el tiempo de la misma y favorece el desarrollo de complicaciones perioperatorias. Además, elevan el número de reintervenciones, alargan las estancias hospitalarias e incrementan los costes. Tachosil es una esponja medicamentosa de colágeno que da soporte a fibrinógeno y trombina humanos. Al contacto con fluidos fisiológicos se inicia la última fase de la coagulación fisiológica.

Metodología
Presentamos caso de paciente de 35 años, sin antecedentes personales. Como antecedente ginecológico cabe reseñar una cesárea anterior por RPBF , sin incidencias intraoperatorias. Acudió a nuestro centro por inicio de trabajo de parto a las 38+5. La gestación en parámetros analíticos y ecográficos se encontraba dentro de la normalidad. La terminación del parto se realizó mediante cesárea por no progresión. Como hallazgos intraoperatorios se objetivó un síndrome adherencial severo, muy marcado a nivel de cara anterior uterina/fondo hacia peritoneo parietal, que obligó a disección de serosa uterina, con desgarro miometrial. Tras la extracción fetal mediante histerotomía segmentaria transversa, con cierre mediante histerorrafia en doble capa , se procedió a la sutura de desgarro miometrial, no consiguiendo una correcta hemostasia. Por lo que se decidió la colocación como hemostático de Tachosil en las lesiones antes descritas. Consiguiendo así el efecto deseado. Postoperatorio cursó sin incidencias.

Resultados
Recientemente se ha sometido a una cesárea iterativa tercera, no hallando adherencias abdominales tan severas, demostrando así la eficacia del Tachosil en la prevención de adherencias postquirúrgicas

Conclusiones
La cesárea es un procedimiento quirúrgico de alta frecuencia mundial. Tasas mundiales varían del 5 % - 20 % de los partos.

Las complicaciones tras una cirugía previa uterina se elevan en cuanto al número de lesiones tracto urinario, desgarros uterinos, lesiones vasculares o lesiones intestinales, muchas veces influidas por factores no modificables como el desprendimiento prematuro de la placenta que obliga a una cirugía más agresiva.

Si bien la existencia o no de estas complicaciones puede ser prevenida mediante la adecuación de la técnica quirúrgica y otras medidas como el refuerzo como materiales destinados para ello como Tachosil.

Bibliografía

- *1. Duenas-Garcia OF, Goldberg JM. Topical hemostatic agents in gynecologic surgery. Obstet Gynecol Surv 2008; 63:389.*

- *2. Achneck HE, Sileshi B, Jamiolkowski RM, et al. A comprehensive review of topical hemostatic agents: efficacy and recommendations for use. Ann Surg 2010; 251:217.*
- *3. Gabay M. Absorbable hemostatic agents. Am J Health Syst Pharm 2006; 63:1244.*
- *4. Berrevoet F, de Hemptinne B. Use of topical hemostatic agents during liver resection. Dig Surg 2007; 24:288.*
- *5. Hong YM, Loughlin KR. The use of hemostatic agents and sealants in urology. J Urol 2006; 176:2367.*

217/125. RESOLUCIÓN SANGRADO SOBRE COLPORRAFIA MEDIANTE HEMOSTÁTICO TACHOSIL EN HISTERECTOMÍA POR CIRUGÍA RADICAL DE CÁNCER DE ENDOMETRIO

Autores:

(1) Forero Díaz, Carmen; (1) López González, Elga; (2) Limón García, Gloria.

Centro de Trabajo:

(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Clínicas Ginemed. Huelva.

Resumen:

Objetivos

El cáncer de endometrio es la cuarta neoplasia en frecuencia en los países desarrollados. La tasa incidencia ajustada por edad en España es de 10,4 por 100.000 mujeres y la de mortalidad de 2,4 por 100.000.

Existen en función a su clasificación histológica del cáncer de endometrio dos subtipos de riesgo, tipo 1 y 2, no sólo se diferencia en cuanto a su naturaleza anatomopatológica sino también a su biología, pronóstico y tratamiento. El tratamiento viene establecido en función del estadio o naturaleza histológica.

Presentamos un caso de una paciente con adenocarcinoma endometroide IB G2 que fue sometida a histerectomía, doble anexectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica

Metodología

Paciente de 48 años, sin antecedentes familiares de interés. Como antecedentes personales destaca una depresión mayor en tratamiento con fluoxetina 60mg. En cuanto a los ginecoobstétricos tuvo una menarquia a los 13, con fórmula menstrual 4/30.

Acude a nuestras consultas de ginecología por hipermenorrea desde hace 2-3 meses, en tratamiento con ácido tranexámico sin éxito. Durante dicha visita se objetivó engrosamiento endometrial con áreas hiperrefringente. No otro hallazgo en la exploración. Se procedió a toma de microaspirado endometrial, obteniéndose como resultado de adenocarcinoma endometroide G2.

Tras ello se inicia protocolo preoperatorio con RNM indicando estadío radiológico IB.

La paciente se somete a histerectomía, doble anexectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica mediante laparotomía. A la extirpación uterina y tras la colporrafia persiste sangrado continuo del lecho quirúrgico tras lo cual se decide colocación de hemostático Tachosil, consiguiendo el efecto hemostático deseado. (Figura 1, 2 y 3)

Postoperatorio cursa sin incidencias.

El diagnóstico anatomopatológico definitivo es adenocarcinoma endometroide grado 2 con infiltración de >75% del grosor miometrial. Resto sin signos de malignidad. Confirmándose así el estadio definitivo IB G2

Resultados

Como conclusión , resaltar que ante todo proceso oncológico hay que tener presente la posibilidad de complicaciones hemorrágicas dadas las alteraciones de la coagulación de dichas pacientes, por lo tanto hay que tener presente que pueden ser tratadas con sellante y hemostático Tachosil con éxito.

Conclusiones

Debido que la cirugía oncológica técnicamente implica complicaciones inherentes a la propia cirugía, es necesario minimizar los riesgos postquirúrgicos de ellos, ya que son pacientes, por lo general, complejos. Es importante por tanto tener en cuenta las complicaciones hemorrágicas secundarias a la técnica en sí y a la enfermedad de base.

Bibliografía

- *1.Han LY, Schimp V, Oh JC, Ramirez PT. A gelatin matrix-thrombin tissue sealant (FloSeal) application in the management of groin breakdown after inguinal lymphadenectomy for vulvar cancer. Int J Gynecol Cancer 2004; 14:621.*
- *2. Duenas-Garcia OF, Goldberg JM. Topical hemostatic agents in gynecologic surgery. Obstet Gynecol Surv 2008; 63:389.*

217/126. CASO CLÍNICO. PANCREATITIS AGUDA EN GESTACIÓN DE TERCER TRIMESTRE SECUNDARIA A COLELITIASIS.

Autores:

(1) Bermúdez Quintana, Martín; (2) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Fernandez Angulo, Patricia; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.; (2) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos

La pancreatitis que aparece durante la gestación casi siempre es secundaria a episodios de colecistitis y de colelitiasis. Se asocia con fallo hepático agudo y preeclampsia. La incidencia de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal también es elevada, en especial debido a la prematuridad.

Metodología

CASO CLÍNICO

Resultados

Paciente de 21 años, secundigesta de 35 semanas, ingresa con fiebre, dinámica prodrómica, dolor en epigastrio e ictericia mucocutánea. En analítica presenta leucocitosis con neutrofilia, PCR de 164, amilasa de 667 UI/l y lipasa de 4620 UI / l. Se decide finalización de la gestación debido al mal estado general de la paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda. Parto eutócico, con un RN sano, Apgar 9 / 10. La colangio - RMN evidencia colelitiasis con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, realizándose posteriormente una colecistectomía laparoscópica.

Conclusiones

La colelitiasis es la causa más frecuente de pancreatitis durante la gestación. El cuadro clínico generalmente es de intensidad moderada, con el dolor epigástrico típico, náuseas, vómitos e íleo. Las pérdidas de líquido en la cavidad peritoneal junto con los vómitos pueden conducir a deshidratación y shock. La amilasa está muy elevada, con un descenso concomitante del calcio, y si se altera el perfil bioquímico hepático hay que pensar en la presencia de cálculos en el conducto hepático común. El tratamiento consiste en dieta absoluta, fluidoterapia y analgesia con vigilancia estricta de las constantes vitales. Puede desencadenarse un parto prematuro. La decisión de realizar un tratamiento quirúrgico durante la gestación debe estar bien justificada, y siempre se realizará cuando haya desaparecido la inflamación pancreática.

Bibliografía

- *- Karsenti D, Bacq Y, Brechot JF, Mariotte N, Vol S, Tichet J. Serum amylase and lipase activities in normal pregnancy: a prospective case-control study.*
- *Am J Gastroenterol 2001; 96(3): 697-9.*
- *- Takaishi K, Miyoshi J, Matsumura T, Honda R, Ohba T, Katabuchi H, Hypertriglyceridemic acute pancreatitis during pregnancy: prevention with diet therapy and w-3 fatty acids in the following pregnancy. Nutrition 2009;25:1094- 1097.*

217/127. CASO CLÍNICO: GESTANTE CON MACROADENOMA HIPOFISARIO.

Autores:
(1) Bermúdez Quintana, Martín; (2) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Moreno Champale, María; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.; (2) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Los macroadenomas hipofisarios producen clínica por efecto masa: alteraciones visuales (el defecto campimétrico más frecuente es la hemianopsia bitemporal por afectación del quiasma), alteraciones neurológicas (cefalea, alteración de pares craneales y rara vez otra clínica focal neurológica) y déficit de hormonas hipofisarias. Salvo en el caso de los prolactinomas, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica generalmente por vía transesfenoidal.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Primigesta de 25 años, gestante de 30 semanas, inicia parestesias orofaciales con afectación de la III rama del trigémino y III par izquierdo. Se realiza RMN que muestra adenoma hipofisario invasivo con afectación paraselar de 25 mm de diámetro máximo. El adenoma no origina alteraciones hormonales, filiándose como no funcionante. Parto eutócico en semana 37 con RN sano, se plantea tratamiento de radioterapia fraccionada / radiocirugía.

Conclusiones
La existencia de tumores hipofisarios es rara durante la gestación, ya que generalmente dificultan el embarazo. La incidencia de complicaciones varía con el tamaño del tumor. Los más frecuentes son los adenomas cromófobos productores de prolactina. En la mayoría de estas gestantes, el embarazo transcurre sin complicaciones, aunque un reducido grupo presentan cefalea y alteraciones visuales. En estos casos están indicados los agonistas dopaminérgicos. No está contraindicada la lactancia materna en las madres en tratamiento con estos fármacos. En el caso de los macroadenomas, es preferible que el tratamiento definitivo (cirugía o radioterapia) se haya realizado previamente, ya que durante la gestación se intensifican los síntomas. La determinación de prolactina no es útil porque se eleva durante el embarazo. Los exámenes oftalmológicos se deben realizar al menos con periodicidad mensual y, si el cuadro clínico lo indica, se debe acudir a determinar con precisión el tamaño de la hipófisis mediante resonancia magnética. Al alcanzar la madurez fetal, se debe poner fin a la gestación.

Bibliografía

- *González, J.C. ; Elizendo G.; Saldívar, D. : Pituitary gland growth during normal pregnancy: A in vivo study using magnetic resonante imaging. Am. J. Med. 2000, 185: 217.*

217/128. CASO CLÍNICO: LA ENDOMETRITIS TUBERCULOSA COMO CAUSA INFRECUENTE DE METRORRAGIA POSTMENOPÁUSICA

Autores:
(1) Bermúdez Quintana, Martín; (1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Fernandez Angulo, Patricia; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.; (2) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
La endometritis granulomatosa es una inflamación crónica que se define histológicamente por la presencia de granulomas en un endometrio con un infiltrado linfoplasmocitario. Su hallazgo en una biopsia o pieza de endometrio, debe hacer pensar en tuberculosis (TBC) genital. La TBC es una infección rara en la mujer, y más aún en mujeres postmenopáusias. Las localizaciones endometrial, tubárica y ovárica casi siempre son secundarias a otra localización. El diagnóstico definitivo de TBC genital es el cultivo del bacilo de Koch. La presunción se puede hacer si aparecen granulomas en la biopsia y Mantoux positivo. Su tratamiento es médico y con buen pronóstico.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Paciente de 62 años sin antecedentes gineco-obstétricos de interés derivada a consulta de Ginecología por hallazgo de elevación de Ca125:73,5. A la exploración se evidencia leucorrea purulenta en vagina, en la ecografía transvaginal se encuentra cavidad ocupada por imagen ecolúcida que invade miometrio, con una primera sospecha diagnóstica de adenocarcinoma de endometrio. Se realiza biopsia endometrial con resultado anatomopatológico de endometritis granulomatosa tuberculoide, realizando a la paciente a partir de ese momento tratamiento médico y revisiones periódicas con ecografía y eventual histeroscopia.

Se realiza estudio sistémico en servicio de Medicina Interna, que descarta la existencia de tuberculosis en otra localización.

Conclusiones
La endometritis tuberculosa en las pacientes postmenopáusicas es muy infrecuente, siendo la responsable de aproximadamente el 1% de las metrorragias postmenopáusicas. debe ser tenida en cuenta como parte del diagnóstico diferencial ante una masa endometrial. Una vez diagnosticada debe realizarse un estudio sistémico que descarte la presencia de patología tuberculosa extragenital.

Bibliografía

- *- Namaver Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. Int J Gynaecol Obstet. 2001;75:269-72.*
- *- Chowdhary NN. Overview of tuberculosis of the female geni- tal tract. J Indian Med Assoc. 1996;361:345-6;361.*

217/129. EDAD GESTACIONAL AL PARTO EN GESTANTES CON OBESIDAD

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Sarrión Hernández, María Azahara; (2) Hidalgo Chicharro, Alberto; (2) González Vanegas, Otilia.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. (chug) Granada; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos
Describir la edad gestacional al momento del parto en gestantes con un índice de masa corporal (IMC) ≥ a 30.

Metodología
Estudio observacional descriptivo. Durante el periodo comprendido entre enero de 2014 y diciembre de 2015 se recogieron los datos del embarazo y parto en las gestantes que presentaron IMC ≥ 30 en la semana 12-13. Del total de partos en este período (5036) el 9.9% presentaron esta condición. Finalmente, se obtuvo una muestra de 227 pacientes con obesidad. Se describe según el grado de obesidad la edad gestacional al parto.

Programa estadístico IBM SPSS v21.0

Resultados
Las 227 gestantes estudiadas presentaban la siguiente distribución según IMC: obesidad tipo I (30-34.9) (N 141) 62.9%; tipo II (35-39.9) (N 59) 26.3%; tipo III (≥40) (N 24) 10.7%.

En relación a la edad gestacional al parto, el 91.5% (tipo I: 90.8%; tipo II: 93.2%; tipo III: 91.7%) fueron recién nacidos a término (N 205).

Se registró un 14.3% (tipo I: 11.9%; tipo II: 19.2%; tipo III: 14.3%) de embarazos en vías de prolongación o embarazos cronológicamente prolongados, siendo éstos considerados a partir de la semana 41+5.

El 8.5% (tipo I: 9.2%; tipo II: 6.8%; tipo III: 8.3%)de los partos fueron pretérmino (N 19), de los cuales el 1.3% (tipo I: 2.1%; tipo II y III: 0%) por debajo de la semana de gestación 24, el 3.5% (tipo I: 4.3%, tipo II: 1.7%; tipo III: 4.2%) entre las semanas 24+1 y 34+6 y el 3.5% (tipo I: 2.8%; tipo II: 5.1%; tipo III: 4.2%)entre las semanas 35 y 36+6.

Conclusiones
Aunque la prematuridad es una de las complicaciones descritas en la bibliografía en las gestantes obesas, en nuestra población no hemos encontrado diferencias significativas entre los tipos de obesidad y el riesgo de parto pretérmino.

Bibliografía

- *Cnattingius S, et al. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 79(1): 64 - 66*

217/130. VISUALIZACIÓN ECOGRÁFICA Y DIAGNÓSTICO PRENATAL DEL ARCO AÓRTICO DERECHO

Autores:
(1) Soldevilla Pérez, Susana; (2) Salas Salguero, Javier; (3) Chacon Romero, Marta.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Sas Jerez De La Frontera; (2) Médico Especialista En Cardiología Pediátrica. Hospital Sas Jerez De La Frontera; (3) Médico Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Sas Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
El arco aórtico derecho (AAD) es una entidad rara (prevalencia del 0,1%) y sus variantes pueden condicionar sintomatología compresiva y estar relacionadas con anomalías cardiacas (hasta 90%) y/o con la microdelección 22q11 (hasta en 46%)

Metodología
Presentamos un caso de diagnóstico prenatal de arco aórtico derecho aislado que se detectó a las 20 sg. Mediante un corte axial del tórax fetal a nivel del plano de tres vasos-tráquea, se comprobó el trayecto anómalo del arco aórtico, a la derecha de la tráquea.

Resultados
El corte ecográfico de tres vasos -tráquea es fundamental para su diagnóstico prenatal y tras su detección está indicada una evaluación exhaustiva del corazón fetal, distinguir sus variantes y/o un estudio cromosómico-genético especifico.

Conclusiones
En presencia de otras anomalías, el pronóstico es pobre; los casos aislados suelen tener una evolución postnatal oligo o asintomática.

Bibliografía

- *1. S.J. Yoo,J.Y. Min,Y.H. Lee,K. Roman,E. Jaeggi,J. Smallhorn*
- *Fetal sonographic diagnosis of aortic arch anomalies*
- *Ultrasound Obstet Gynecol, 22 (2003), pp. 535-546 2. Yagel S, Silverman NH and Gembruch U. Aortic arch anomalies. Fetal Cardiology: embryology, genetics, physiology, ecocardiographic evaluation, diagnosis and perinatal management of cardiac disease. Informa Healthcare; 2009. p. 330–41.*
- *3. C. Berg,F. Bender,M. Soukup,A. Geipel,R. Axt-Fliedner,J. Breuer*
- *Right aortic arch detected in fetal life*
- *Ultrasound Obstet Gynecol, 28 (2006), pp. 882-889*
- *4. V. Zidere,E.G. Tsapakis,I.C. Huggon,L.D. Allan*
- *Right aortic arch in the fetus*
- *Ultrasound Obstet Gynecol, 28 (2006), pp. 876-881*
- *5. A. Galindo,O. Nieto,M.T. Nieto,M.O. Rodriguez-Martin,I. Herraiz,D.. Escribano*
- *Prenatal diagnosis of right aortic arch: associated findings, pregnancy outcome, and clinical significance of vascular rings*
- *Prenat Diagn, 29 (2009), pp. 975-981*

217/132. CASO CLÍNICO. GESTANTE CON SOSPECHA DE INFECCIÓN POR TOXOPLASMA. ¿QUÉ DEBEMOS HACER?

Autores:
(1) Bermúdez Quintana, Martín; (1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Moreno Champale, María; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.; (2) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
La infección por toxoplasma se adquiere principalmente por la ingestión de productos cárnicos crudos o poco cocinados. La transmisión vertical del parásito se produce durante la infección aguda, aumentando el riesgo a medida que avanza la gestación. La forma más frecuente de afectación es la ocular, pudiendo llegar a producir afectación neurológica grave. Por este motivo se realiza el cribado serológico a todas las gestantes. La detección de la IgM positiva debe confirmarse y ser acompañada con el test de la avidez de la IgG, parámetro que mejor se correlaciona con el inicio de la infección materna, y a continuación se indicará una amniocentesis para la amplificación del DNA de toxoplasma gondii en líquido amniótico.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Paciente de 31 años, primigesta, presenta en analítica de primer trimestre IgG e IgM positivas a toxoplasma con baja avidez de IgG. El resultado no puede excluir infección materna reciente, por lo que se realiza amniocentesis en semana 17 por petición de la paciente.

Transcurridos siete días, la paciente ingresa con diagnóstico de sospecha de corioamnionitis, produciéndose la expulsión fetal a las pocas horas.

El estudio del líquido amniótico ofrece una PCR negativa para toxoplasma, en un feto 46 XY.

Conclusiones
En el caso de sospecha de infección por toxoplasma durante la gestación, se indicará una amniocentesis guiada por ecografía para la amplificación de DNA de Toxoplasma gondii en líquido amniótico. En caso de resultado positivo, se sustituirá el tratamiento con espiramicina por pirimetamina y sulfadiazina, y se recomienda el seguimiento de la gestante con ecografía de morfología fetal para definir la severidad y compromiso del feto.

Entre los marcadores ecográficos de afectación fetal se encuentran la ventriculomegalia, hidrocefalia y focos o nódulos hiperrefringentes intraparenquimatosos.

Bibliografía
- *- Dupouy-Camet J. Immunopathogenesis of toxoplasmosis in Ppregnancy. Infect Dis Obstet Gynecol. 1997;5:121-127.*
- *- Duff P. Infección materna y perinatal. En: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editores. Obstetricia. 4a edición. Filadelfia: Marbán Libros, S. L.; 2004.p.1293- 1345.*

217/134. CARCINOMA NEUROENDOCRINO PRIMARIO DE MAMA

Autores:
(1) Sánchez Ruiz, Rocío; (2) Gomez Vazquez, Virginia; (3) Bonilla Garcia, Laura.

Centro de Trabajo:
(1) Complejo Hospitalario Universitario Granada; (2) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Virgen Macarena. Sevilla; (3) Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Objetivos
El tumor neuroendocrino se ha descrito habitualmente en pulmón y tracto digestivo. Sin embargo, los tumores neuroendocrinos primarios de mama son neoplasias raras que representan menos del 0,1% de todos los cánceres de mama. Suelen aparecer en mujeres de edad avanzada y se presentan habitualmente como una lesión única bien delimitada. Se diagnostica cuando más del 50% de las células tumorales presentan marcadores neuroendocrinos mediante inmunohistoquímica. Es imprescindible hacer el diagnóstico diferencial con metástasis de un tumor neuroendocrino de otro origen.

Metodología

Resultados
Mujer de 60 años que consulta por nódulo palpable en mama derecha de un mes de evolución. A la palpación destaca nódulo palpable, denso e irregular, de aprox 2,5 cm en UCCInternos de mama derecha; resto sin hallazgos clínicos de interés. En mamografía se describe la presencia de un nódulo denso de contorno espiculado de 28 x 25mm considerado BIRADS 5. No se evidencian adenopatías metastásicas. Se realiza biopsia con aguja gruesa de la lesión, con resultado AP de carcinoma infiltrante de características neuroendocrinas con inmunohistoquímica: receptores hormonales negativos, ki67: 70%; her 2 negativo; así como positividad para marcadores neuroendocrinos como sinaptofisina y CD 56. Se realiza RMN de estadificación locorregional descartando multifocalidad, multicentricidad y bilateralidad. No evidencia radiológica de afectación axilar metastásica. Estudio de extensión negativo

Conclusiones
Los carcinomas neuroendocrinos primarios de la mama son tumores muy poco frecuentes, por lo que el protocolo de acción sobre esta entidad está todavía por consensuarse debido a su baja incidencia. En la actualidad existe acuerdo en utilizar el mismo protocolo de acción que en el resto de tumores mamarios. Tampoco su pronóstico está claro aunque parece mejor que el de los tumores neuroendocrinos primarios de otras localizaciones. En general su pronóstico parece depender de factores tradicionales como el tamaño tumoral, la ausencia de afectación ganglionar y positividad de los receptores hormonales.

Bibliografía
- *1. Valdes EK, Feldman SM, Krassilnik N. Neuroendocrine tumor of the breast. Am Surg 2006; 72 (2): 185-187.*
- *2. Jochems L, Tjalma WAA, Primary small cell neuroendocrine tumour of the breast.European Journal of Obstetricsand Gynecology and Reproductive Biology. 2004; 115: 231-233*

217/135. CASO CLÍNICO: SEGUIMIENTO Y ACTITUD TERAPÉUTICA ANTE UN POLIHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA.

Autores:
(1) Bermúdez Quintana, Martín; (2) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Fernandez Angulo, Patricia; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén.; (2) Médico Interno Residente. Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Se habla de polihidramnios cuando la cantidad de líquido amniótico es mayor de 2 litros, siendo hasta el 60% de los casos idiopáticos. El protocolo de estudio de estas pacientes incluye descartar diabetes, isoinmunización, patología infecciosa, patología malformativa fetal y valoración del cariotipo fetal.

El tratamiento ha de ser etiológico en caso de que identifiquemos la causa o sintomático, cuya intención es disminuir la cantidad de líquido amniótico.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Paciente de 27 años ingresada en nuestro hospital por hallazgo incidental de polihidramnios severo (ILA de 36) en la semana 31 de gestación. Ecografía morfológica en semana 20 normal con nueva valoración en semana 31 sin hallazgos relevantes. O' Sullivan patológico con Test de Sobrecarga Oral de Glucosa normal. Serologías negativas. Se realiza test de Coombs indirecto con resultado positivo para anticuerpos irregulares anti D con una titulación ¼. Para descartar anemia fetal se realiza la medida de la velocidad pico sistólica en la arteria cerebral media, con resultado normal.

La paciente ingresa por trabajo de parto en semana 33, dando a luz a un varón sano de 2630 gramos.

Conclusiones
La mayoría de los casos de polihidramnios son idiopáticos. Podemos definir tres grupos en las causas de polihidramnios; causas fetales, maternas y placentarias.

Se aconseja la evaluación de la longitud cervical y el control cada 1 – 2 semanas en función de la severidad.

El tratamiento puede ser etiológico o sintomático, comprendiendo este último el amniodrenaje y fármacos inhibidores de las prostaglandinas.

La finalización del embarazo se decidirá en función de la etiología del polihidramnios. En los casos de polihidramnios idiopático, el grado del mismo no se ha asociado peores resultados perinatales, por lo que la finalización se decidirá en función de la clínica materna a partir de la semana 37.

Bibliografía
- *- Pri-Paz S, Khalek N, Fuchs KM, Simpson LL. Maximal amniotic fluid index as a prognostic factor in pregnancies complicated by polyhydramnios. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012;39(6):648-53.*
- *- Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM et al. Hydramnios: anomaly prevalence and sonographic detection. Obstet Gynecol 2002; 100:134-38.*

217/136. SINDROME DE HELLP NORMOTENSIVO. CASO CLINICO

Autores:
(1) Gómez Molina, Maria Gertrudis; (2) Zambrano Dominguez, Sara; (3) Rodríguez González, Nerea.

Centro de Trabajo:
(1) Residente de segundo año del Complejo Hospitalario de Huelva.; (2) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jimenez.huelva; (3) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.

Resumen:

Objetivos
El Sd de Hellp representa una forma severa de PE, aunque la relación entre estas dos entidades es controvertida,ya que el 15-20% de las pacientes con Sd de Hellp no tienen antecedente hipertensivo o proteinuria.Éste se desarrolla entorno al 0,1% -0,8% de los embarazos y en el 10-20 % de las gestantes con preclampsia severa/eclampsia.

Objetivos: Revisión bibliográfica del Sd de Hellp con presión arterial (PA) en rango normal y sin PE previa.

Metodología
Primigesta,30 años,sin antecedentes personales de interés.No RAM.Grupo 0 positivo. Gestación normoevolutiva con examen físico normal y controles tensionales normales.

Acude a urgencias con 35 semanas por dolor torácico,descartándose TEP y diagnosticándose de ERGE secundario al embarazo.Tras 4 días acude de nuevo por persistencia del cuadro.PA 100/60 y ligero tinte ictérico.No edemas.RCTG: reactivo /Adinamia.Ecografía abdominal:cefálica,latido y movimiento fetal positivo,LA normal, placenta NI.PFE 2500 gr.Bishop 3.Analitica:GPT 378,GOT 435,LDH 405, haptoglobina descendida,Hb 12,6; plaquetas 19000.Test de COOMBS directo negativo. Frotis sangre periférica:esquistocitos.Proteinuria negativa.

Resultados
Ante el diagnóstico de Sd de Hellp se finaliza gestación mediante cesárea,previa transfusión de un pool de plaquetas.Nace feto varón peso 2340 gr,Apgar 8/9.Durante la cesárea precisa administración de uterotónicos ante aumento del sangrado.El postoperatorio cursó de forma favorable,con normalización analítica a los 4 días.

Conclusiones
El Sd de Hellp constituye la forma mas grave de los trastornos hipertensivos del embarazo aunque no siempre cursa con hipertensión.

La importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno radia en la elevada mortalidad materna (1-24%) y fetal (7-34%).

Los diagnósticos diferenciales a considerar son el higado graso,la trombocitopenia del embarazo,la púrpura trombocitopénica trombótica,el sindrome hemolítico urémico y LES.

Se debe mantener un alto índice de sospecha ante pacientes con síntomas,signos y hallazgos de laboratorio sugerentes de PE o HELLP aún en ausencia de hipertensión o a edades gestacionales precoces,ya que puede tener presentaciones atípicas.

La rápida normalización de los parámetros de laboratorio posterior es clave para confirmar el diagnóstico.

No existe acuerdo general que establezca el momento y la vía para finalizar la gestación, sin embargo la interrupción del embarazo es la parte fundamental del tratamiento.

Bibliografía
- *SEGO, CLINIC, COCHRANE,SCIELO*

217/137. LEIOMIOMA PARIDO VS. PÓLIPO GIGANTE

Autores:
(1) González Sánchez, Lucía; (2) Anasagasti Crespo, Carmen Valle; (2) Romero Garri, Cristina; (3) Sanahuja Bort, Silvia.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Primer Año En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta De Europa. Algeciras; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta De Europa. Algeciras; (3) Residente De Cuarto Año En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta De Europa. Algeciras.

Resumen:

Objetivos
Describir un caso diagnosticado y tratado en nuestro Centro de un leiomioma submucoso parido. Los miomas uterinos constituyen la patología benigna más frecuente del útero y su causa exacta es en la mayoría de los casos desconocida, aunque parecen tener una clara influencia hormonal ya que su aparición está en estrecha relación con la edad fértil de la mujer. Su localización característica es el cuerpo uterino aunque un 1% aparece en cérvix, debiendo establecerse un diagnóstico diferencial con pólipos cervicales en la exploración con espéculo (su dureza característica los diferencia de estos últimos).

Metodología
-MC: Paciente de 25 años sin AP de interés que acude derivada desde un centro privado por sospecha de mioma parido Vs. pólipo gigante. Presenta metrorragia desde hace 2 semanas, sin repercusión hemodinámica. AGO: M10, FM 5/28, G1P1. -Exploración: abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. No defensa ni peritonismo. -PPCC: *Especuloscopia: se evidencia mioma en vagina protruyendo a través de OCE (se visualiza labio anterior de cérvix), no sangrante. *EcoTV: canal endocervical y gran parte del endometrio ocupado por mioma de 60x39 mm que alcanza OCE y llega a vagina. Ambos anejos normales. No líquido libre. -Hemograma, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad.

Resultados
Se decide ingreso para analgesia IV y observación, siendo intervenida de forma programada mediante miomectomía por via vaginal con exéresis de la mitad con corte eléctrico y posterior decapsulación digital del resto de forma exitosa. La paciente evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta. La AP informa de leiomioma mitóticamente activo, sin evidencia de malignidad en el material remitido. Actualmente se encuentra en seguimiento, mediante revisiones periódicas, por nuestro servicio.

Conclusiones
Los miomas submucosos son menos frecuentes que los subserosos pero más sintomáticos, por lo que son más diagnoticados. Típicamente producen sangrados abundantes y crecen hacia la cavidad uterina produciendo un resalte en el endometrio. Algunos autores defienden que en este tipo de mioma la degeneración sarcomatosa es frecuente, de ahí la importancia del diagnóstico anatomopatológico definitivo.

Bibliografía

- *-Fundamentos de ginecología, SEGO (2009). Capítulo 32*
- *-Protocolos asistenciales en ginecología, SEGO. Mioma uterino, 2015*

217/138. STRUMA OVARII EN GESTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Garcia Arreza, Aida; (2) Ventura Sauci, Laura; (3) González Cejudo, Carmen; (3) Martínez Maestre, Mariángeles.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla.; (2) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen De Rocío. Sevilla.; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen De Rocío. Sevilla.

Resumen:

Objetivos
Descripción de un caso clínico y manejo de una gestante con quiste anexial con resultado anatomopatológico de Struma Ovarii.

Metodología
Revisión retrospectiva de un caso clínico, manejo y seguimiento.

Resultados
Primigesta de 31 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, diagnosticada de quistes anexiales bilaterales en ecografía de 12 semanas. Asintomática. Valorada en semana 16 en consultas de ecografía de alta resolución, donde se describe en zona anexial izquierda una tumoración refringente con haces lineales de 112x66 mm, compatible con teratoma. En zona anexial derecha se objetiva otra tumoración de 73x50 mm de aspecto quístico multilocular, tabicada y con paredes gruesas, con captación Doppler periférica y central, compatible con cistoadenoma mucinoso.

El Ca 125, HE4 e índice ROMA no se hallaron elevados. La RMN reveló la presencia de estas dos tumoraciones, de 101x100x86 mm a nivel izquierdo y de 40x30x48 mm a nivel derecho, ambas compatibles con teratomas quísticos.

El estudio de hormonas tiroideas fue rigurosamente normal, y en el hemograma sólo destacó anemia.

Se consensuó quistectomía bilateral laparotómica en semana 18, con resultado anatomopatológico de teratoma quístico maduro de ovario izquierdo y teratoma quístico maduro con componente de Struma Ovarii de ovario derecho.

El parto finaliza mediante cesárea en semana 41 por falta de progresión. Nació un varón de 3840 gramos con Apgar 10/10.

Actualmente, se encuentra pendiente de revisión en consultas de Endocrinología para control de tiroglobulina y en Ginecología.

Conclusiones
Existen muy pocos casos en la literatura de Struma Ovarii asociado a embarazo, por lo que su manejo no se halla protocolizado. La mayoría de las veces se presenta como hallazgo casual, bien en una ecografía de rutina o como hallazgo intraoperatorio al realizar una cesárea. Con menor frecuencia cursa sintomático, con signos de hipertiroidismo. La clínica que se asocia a este tipo de tumor (dolor en hipogastrio, percepción de masa pélvico-abdominal, trastornos menstruales, ascitis) se ve mermada o inexistente durante la gestación, lo cual dificulta su diagnóstico.

Bibliografía

- • *Usha RN, Vandana S. Struma Ovarii in Pregnancy: a case report. Indian Journal of Obstetrics and Gynecology 2015;3(1): 41-44.*
- • *Oreopulu FV, Sofoudis C, Voulgaridou S. Struma ovarii complicating pregnancy: a case report. Clin Exp Obstet Gynecol 2015;42:550-2.*

217/139. EVOLUCIÓN CLÍNICA TRAS EL DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE TUMORACIÓN OVÁRICA DURANTE EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Autores:
(1) Soldevilla Pérez, Susana; (2) Alcalá Alcalde, María Del Mar; (3) Marchena Román, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Sas De Jerez De La Frontera; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Sas Jerez; (3) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Sas Jerez.

Resumen:

Objetivos
El hallazgo de masas anexiales durante el embarazo es excepcional; la incidencia es menor de 5% y la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente, conforme evoluciona el embarazo. La causa casi siempre es benigna y los diagnósticos histológicos más frecuentes son: teratoma maduro (30-50%), cistadenoma (40-20%) y tumores funcionales (13%).

Es importante considerar sus diferentes causas y durante el primer trimestre debe tenerse en cuenta la posibilidad de masas anexiales funcionales, como el cuerpo lúteo, en cuyo caso su resección pone en riesgo la continuación del embarazo. Cuando el diagnóstico se realice durante el segundo trimestre deben analizarse los criterios quirúrgicos con los que cuente la paciente para decidir el tratamiento.

Metodología
Presentamos dos casos en los que se diagnosticó una tumoración anexial materna a principios del segundo trimestre de embarazo y su evolución clínica.

Resultados
Debido al uso rutinario del ultrasonido, la detección de masas anexiales ha mostrado un incremento y el ultrasonido se ha constituido en un método eficaz para el diagnóstico. Cuando existen dudas en los resultados del ultrasonido, la resonancia magnética nuclear es el método de elección para complementar o corroborar los hallazgos.

Ambos métodos son altamente sensibles (97-100%) pero el ultrasonido es más económico, accesible y seguro para la madre y el feto, circunstancia que determina se considere el método de diagnóstico de elección en el estudio de la mujer embarazada con masa anexial. Ante la sospecha de masa anexial maligna durante el embarazo el estudio de imagen que ha demostrado mejor valor predictivo positivo es la resonancia magnética nuclear. Los marcadores tumorales son de poca utilidad durante el embarazo, por eso la conducta terapéutica no debe condicionarse a los resultado de los mismos.

Conclusiones
Se recomienda programar el tratamiento quirúrgico

durante el segundo trimestre del embarazo (entre las 16 y

20 semanas de gestación)

Bibliografía

- *1. González-Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E. Ginecología. Tumores de ovario. 6ta ed. Madrid: Editorial Salvat. 2003.*
- *2. Santisteban S. Tumores de ovario. Capítulo 30. En: Rigol Ricardo O, editor. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2006;313-7.*

217/140. ECLAMPSIA CON DEBÚT DURANTE EL PARTO

Autores:
(1) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Dyachkova, Nataliya; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Interno Residente Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Dar a conocer los síntomas, diagnóstico y manejo de la eclampsia grave en mujer con gestación a término.

Metodología
Caso clínico

Resultados
Mujer de 31 años sin antecedentes personales de interés que es remitida a urgencias por 061 tras presentar varias crisis comiciales en domicilio presenciados por familiares. Gestación desconocida por familiares y sin control obstétrico. La familia refiere que la paciente lleva 24 h con molestias lumbares y ha presentado 3 episodios convulsivos. A su llegada a urgencias TA 190/100 mmHg.

A la exploración ginecológica: en ecografía feto vivo gestación a término, presentación cefálica. Al tacto vaginal presentación cefálica, III plano. La paciente se encuentra en estado postcrítico con desorientación. Se administra sulfato de Magnesio.

Pasa a paritorio donde se realiza parto instrumental mediante espátulas con desgarro 3º grado.

Es ingresada en UCI donde no se objetiva focalidad neurológica. En analítca de control Hb 12 g/ dL, plaquetas 99.000, GOT 121, GGT 83, GPT 77. En TC craneal urgente leucoencefalopatía posterior reversible.

La evolución es favorable durante el puerperio normalizando tensiones con tratamiento con Hidralazina 25 mg/8h. Precisa transfusión en las primeras 48 h.

Es dada de alta a los 13 días postparto con seguimiento posterior en neurología y nefrología.

Buena evolución del recién nacido.

Conclusiones
La eclampsia es la aparición en una gestante con preeclampsia, de convulsiones tipo gran mal no atribuibles a otras causas (accidentes cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, lesiones del sistema nervioso central ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas o enfermedades metabólicas).

El tratamiento se basa en: anticonvulsivos con sulfato de Magnesio, tratamiento hipotensor y finalización del embarazo con la mayor urgencia posible.

Las complicaciones asociadas a la eclampsia incluyen: edema pulmonar, insuficiencia cardiaca, desprendimiento de placenta, CID y síndrome HELLP.

Bibliografía

- *1. Usandizaga JA, De la Fuente P: Tratado de obstetricia y ginecología. 3º edición. Marbán. Madrid, 2010*
- *2. González-Merlo J, Lailla Vicens JM, González Bosquet E, Fabre González E : Obstetricia. 6º edición. Elsevier, 2013*

217/141. RELACIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR EN LAS GESTANTES OBESAS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN NUESTRA POBLACIÓN

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) González Raish, Amanda Said; (2) Sarrión Hernández, María Azahara; (2) González Vanegas, Otilia.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. (chug) Granada; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos
Determinar la relación entre el grado de obesidad pregestacional, el hábito de fumar y el peso del recién nacido.

Metodología
Estudio observacional analítico. Se incluyen las gestantes que presentaron IMC ≥ 30 al inicio del embarazo desde enero de 2014 hasta diciembre 2015 HUSC.

Paquete estadístico IBM SPSS v21.0 (FIBAO)

Resultados
Durante el período estudiado, hubo 5036 partos, el 9.9% presentaban IMC≥ 30 al inicio del embarazo; se analizan 227 pacientes; distribuidas así según el IMC: obesidad tipo I (30-34.9) (N 141) 62.9%; tipo II (35-39.9) (N 59) 26.3%; tipo III (≥40) (N 24) 10.7%.

En la población de estudio, el 11.7% eran fumadoras. Según el tipo de obesidad, obtuvimos: De las pacientes fumadoras 42,9% obesidad tipo I, el 28.6% obesidad tipo II y el 28,6% obesidad tipo III. Se van observando menos pacientes que no fuman conforme aumenta el IMC: de las obesas tipo I no fuma un 62,7%, de las obesas tipo II no fuma un 28.5% y de las obesas tipo III no fuma un 8.9%.

Se clasificaron los pesos de los recién nacidos de la siguiente manera: RN Bajo peso (<2500 g); RN Nomopeso (≥2500- 4000 g) y RN Macrosoma (≥4000 g)

Los RN de Bajo Peso fueron similares en ambos grupos (5.1% en las no fumadoras y 4,8% en las fumadoras), mientras que los casos de RN Macrosomas, se dieron en mayor proporción en pacientes no fumadoras (8.9%) que en las fumadoras (4.8%)

Conclusiones
El hábito de fumar se encuentra en relación con la obesidad, cuanto mayor es el IMC de nuestra población, más probable es encontrar menos pacientes no fumadoras en ella.

Muchas pacientes no son sinceras respecto a este hábito; aunque la diferencia no fue significativa, podemos observar como es menos probable encontrar RN con peso superior a 4000 g en pacientes que fuman.

Bibliografía

- *S Pichini, O García-Algar - Med Clin (Barc), 2014*

217/143. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGÍA HIPERTENSIVA, EN PACIENTE CON GESTACIÓN DESCONOCIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Carricondo Avivar, María Del Mar; (3) Frías Sánchez, Zoraida; (2) Cobos Bosquet, Cecilia.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Residente De 4° Año De Mfyc En El Huv De Valme (sevilla); (3) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia En El Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
Nuestro objetivo es resaltar la importancia de la formación básica de los médicos de urgencias en el manejo de las patologías obstétricas médicas.

Metodología
Mujer de 41 años que acude a Urgencias por cefalea intensa persistente y dolor epigástrico repentino una hora antes.

La paciente refiere comenzar con cefalea holocraneal intensa mientras trabajaba, acompañándose de intenso dolor epigástrico con náuseas y sin vómitos. No alteraciones del hábito intestinal ni clínica miccional. No fiebre.

La paciente presenta regular estado general, encontrándose sudorosa, consciente, orientada y colaboradora, con frecuencia cardíaca 110 lpm, tensión arterial 168/115mmHg, saturación de oxígeno 98% , temperatura 36,8°C.

Abdomen globuloso, duro sin signos de irritación peritoneal. Doloroso a la palpación profunda generalizada. Destaca útero palpable aumentado de tamaño.

Edemas en manos y miembros inferiores pretibiales, sin signos de trombosis.

Exploración neurológica: reflejos pupilares conservados con visión borrosa y fotopsias. No nistagmo.

Plan: se administra Captopril 25 mg vía oral, Metoclopramida 10 mg, Furosemida 40mg y Paracetamol 1g, intravenosas. Se solicita:

-Hemograma: hemoglobina 14, leucocitos 9000, plaquetas 102.000.

-Bioquímica: AST 80, ALT 102, creatinina 0,91.

-Electrocardiograma: ritmo sinusal a 130 lpm, aumento de onda S en V1.

-Sedimento de orina: 350 mg proteínas. Nitritos negativos.

-Radiografía de tórax y abdomen: se aprecia feto.

Resultados
Gestación de 24+2 por ecografía. Preeclampsia grave con signos de empeoramiento analítico. Cesárea por sospecha de HELLP. Nace recién nacido vivo que requiere ingreso en Neonatología.

Conclusiones
A destacar, la importancia de prevenir los factores de riesgo cardiovasculares y la educación sanitaria desde Atención Primaria, y el abordaje precoz de estos, haciendo énfasis en los hábitos de vida saludables, medidas higiénico-dietéticas y del control estrecho para evitar el desarrollo posterior de complicaciones multiorgánicas.

La formación de los médicos de urgencia y de familia en el manejo básico de la patología gestacional médica, es muy importante para

obtener una valoración inicial rápida que permita orientar el diagnóstico hacia los trastornos del embarazo.

Bibliografía

- *Laura A et al. "Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy." (HDP) Working Group, 4 (April 2014): 105–45.*
- *American College of Obstetricians and Gynecologist. ACOG Committee opinio no. 549: obesity in pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 121:213.*

217/144. INFECCIONES SISTÉMICAS DURANTE LA GESTACIÓN Y PRONÓSTICO MATERNO-FETAL

Autores:

(1) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (3) Hijona Elósegui, Jesús Joaquín; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente. Servicio De Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén; (2) Médico Interno Residente. Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos

Dar a conocer el pronóstico materno-fetal en caso de infecciones sistémicas durante la gestación

Metodología

Serie de dos casos

Resultados

Caso 1:

Paciente de 28 años con antecedentes de litiasis renal y pielonefritis aguda en el puerperio hace 3 años, actualmente gestante de 30 semanas, ingresa por cuadro de pielonefritis aguda que sufre una evolución tórpida a pesar de la antibioterapia adecuada (Imipenem y Aztreonam), empeorando desde el punto de vista respiratorio. A los 5 días de ingreso tras la rotura espontánea de membranas, se inicia el parto, por lo que se traslada al Hospital de referencia con el diagnóstico: Sepsis de origen urinario con el hemocultivo positivo a E.coli. Sospecha de corioamnionitis.

RN: varón, peso 1700 g, Apgar 8/9 con inicio de distrés respiratorio inmediato con evolución posterior favorable.

La evolución clínica de la paciente es favorable con alta al mes de ingreso.

Caso 2:

Paciente de 32 años primigesta de 22 semanas que por rotura espontánea de membranas de una hora de evolución que se confirma clínicamente y por la ecografía con feto vivo en cefálica. La paciente se encuentra febril (39°C) y taquicárdica, refiere dolor a la palpación abdominal y al tacto bimanual, presenta dilatación cervical de 3 cm con salida de líquido claro. Analíticamente presenta leucocitosis (19,5x109/L).

Entre sus antecedentes se encuentra un ingreso hospitalario hace 2 semanas por peritonitis de origen apendicular por lo que fue intervenida. Desde entonces está en tratamiento con Ampicilina/ácido clavulánico. A las 7 horas de ingreso se produce nacimiento del feto varón de 450 g sin signos de vitalidad.

La evolución clínica de la paciente es favorable.

Conclusiones

Las infecciones sistémicas entre ellas la sepsis grave continua siendo una afectación potencialmente mortal, aunque su incidencia durante la gestación no es un hecho frecuente y en cualquier caso requiere una atención profesional multidisciplinar. La principal patología no obstétrica relacionada con sepsis en gestante es la infección urinaria.

En algunos casos las infecciones sistémicas maternas ensombrecen el pronóstico perinatal debido a los partos pretérminos con sus consecuencias y a la sepsis neonatal.

Bibliografía

- *1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23ª edición. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2011.*

217/145. MIOMA PREVIO GIGANTE: MANEJO CLÍNICO Y PRONÓSTICO PERINATAL

Autores:

(1) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (3) Hijona Elósegui, Jesús Joaquín; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente. Servicio De Obstetricia Y Ginecología. Complejo Hospitalario De Jaén. Jaén; (2) Médico Interno Residente. Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el manejo de una gestación que presenta un mioma previo gigante, debido a que es una complicación del embarazo frecuente y que puede ensombrecer el pronóstico perinatal y el materno.

Metodología

Presentamos el caso clínico de una gestante con mioma previo gigante que tras realizarse una cesárea programada requirió una histerectomía puerperal.

Resultados

Tercigesta de 36 años sin antecedentes personales de interés, con dos partos vaginales previos, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y amenorrea de 6 semanas. Se realiza ecografía transvaginal y abdominal donde se observa un útero con saco gestacional de 10 mm, situado en fondo uterino, sin ecos embrionarios en su interior y mioma intramural localizado en cara anterior, de 10 cm de diámetro máximo, con situación previa respecto al saco.

Durante el seguimiento de la gestación, la paciente precisa ingreso hospitalario en dos ocasiones, en las semanas 24 y 26, por amenaza de parto pretérmino precisando tocolisis y maduración pulmonar con corticoides. Se finaliza la gestación mediante una cesárea programada en la semana 37, siendo necesario realizar una histerectomía obstétrica por un sangrado incoercible provocado por la enucleación del mioma fuera de cavidad uterina que imposibilita la histerorrafia y la hemostasia. El periodo postoperatorio transcurre de forma satisfactoria salvo por la presencia de anemia ferropénica grave, que requiere la trasfusión de dos concentrados de hematies. La paciente se da de alta a los 14 días de la intervención.

Conclusiones

Los miomas uterinos son una complicación muy frecuente en la gestación y su manejo va a depender de su tamaño y su situación; en algunos casos pueden impedir la gestación y el parto normales. La frecuencia de amenaza de aborto, riesgo de pérdida gestacional en el segundo trimestre, nacimientos pretérmino, rotura prematura de membranas, presentaciones fetales anómalas y hemorragia postparto son significativamente mayores en este tipo de gestaciones.

Bibliografía

- *1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23ª edición. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2011.*

217/146. VIRUS ZIKA. COMO ACTUAR ANTE UNA ALERTA SANITARIA

Autores:
(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Blanes Martinez, Angel Arturo; (3) Boza Novo, Patricia; (4) Muñoz González, María Dolores.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital La Linea De La Concepcion; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario Valencia; (3) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Agustín. Linares; (4) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos
Tratar un tema de actualidad como es el Virus Zika, y valorar como realizar el diagnóstico del mismo.

Tratar el seguimiento que hay que realizar en el embarazo a las pacientes que lo presentan así como el tratamiento que se puede administrar.

Metodología
La infección por Virus Zika está provocada por la picadura de un mosquito vector llamado Aedes Aegypti.

La mayoria de pacientes cursa de manera asintomática o presentando cuadro inespecífico con febricula, artralgias, malestar general, lo que dificulta el diagnostico.

Es un virus potencialmente muy peligroso, debido al flujo migratorio existente, la facilidad de transmisión y lo inespecifico del cuadro.

Resultados
Se han diagnosticado en España hasta la fecha 190 casos, 26 de ellos en embarazadas, causando microcefalia en 2 de las pacientes.

Conclusiones
¡¡Interrogatorio dirigidado !!

Existe transmisión vertical

Es necesario solicitar la serología ante posible contacto

Actualmente No existe vacuna ni tratamiento que no sea sintomático

Para valorar si hay afectación hay que realizar una neurosonografia y una ecografía morfológica

Se recomienda diferir viajes como medida de prevención del contagio

De momento no se ha encontrado relación causal entre microcefalia y Virus Zika

Bibliografía

- *Centers for Disease Control and Prevention. Geographical distribution [Internet]. Zika Virus Home. 2015 [cited 2015 Nov 25]. Available from: http://www.cdc.gov/zika/geo/index.html*
- *VIRUS "ZIKA". CONDUCTA ANTE LA APARICIÓN DE UN*
- *BROTE DURANTE LA GESTACIÓN. Protocolo de la SEGO*

217/147. HEMORRAGIA INTRAVENTICULAR FETAL (HIV). A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Moreno Champale, María; (3) Presa Lorite, Jesús Carlos; (3) Gómez Fernández, Julia.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Jaen; (2) Residente; (3) Adjunto.

Resumen:

Objetivos
La ventriculomegalia es el aumento de volumen de los ventrículos laterales por el acumulo anormal de liquido cefalorraquídeo con una incidencia de 0,5- 1%. Se clasifica en leve (10-12mm), moderada (12-15mm) o grave (>15mm). Indica mal pronóstico el tamaño atrial, anomalías asociadas, sexo masculino, unilateral o bilateral y la asimetria o simetria.

Las ventriculomegalias graves causan 90% de discapacidad neurológica, mientras que la leve y moderada tras descartar patología asociada tiene buen pronóstico postnatal.

Metodología
Caso clinico

Resultados
Paciente de 26 años, secundigesta, con antecedente de cesárea por corioamnionitis y muerte neonatal por sepsis (Listeria), serología TORCH negativa y estudio de discrasias sanguíneas negativo. Embarazo actual de curso normal, ecografía de primer y segundo trimestre sin hallazgos de interés.

En ecografía a las 33 semanas se evidencia ventriculomegalia derecha de 20 mm con asimetría. Se realiza resonancia magnética cráneo-fetal que indica hemorragia subaguda de la matriz germinal derecha grado III- IV (según Papile) de 25x45x40mm, con sangrado intraventricular bilateral que condiciona hidrocefalia, efecto de masa sobre línea media, desplazando el cavum, obstrucción del foramen de Monro y adelgazamiento del parénquima cerebral.

Informada del mal pronóstico fetal, la madre solicita la fetolisis electiva. Posterior eutócico inducido con prostaglandinas, feto sexo masculino macerado. Puerperio normal.

Conclusiones
No se han descrito casos de HIV antes de las 23 semanas de gestación por la embriogenia de la matriz germinal. Se produce por estasis vascular que causa obstrucción venosa e infarto venoso cerebral por un estado protrombótico.

Con la ecografía se puede detectar casos de hidrocefalia, la RM es clave para el diagnóstico. Es importante determinar la causa como deficiencia hereditaria de factores de la coagulación (V y X) y purpura trombocitopénica. En nuestro caso se debería realizar más pruebas complementarias maternas para descartar estado protrombótico.

Bibliografía

- *1. Yoon HK1, Cho SW2. Neonatal head ultrasound: systematic approach to congenital Central Nervous System anomalies; Pubmed; Med Ultrason. 2016 Sep*
- *2. Tee LM1, Kan EY1, Cheung JC1, Leung WC2. Magnetic resonance imaging of the fetal brain. Pubmed. 2016*

217/148. EXPERIENCIA A LARGO PLAZO DEL SISTEMA MORCELACIÓN MECÁNICA MYOSURE

Autores:
(1) Forero Díaz, Carmen; (1) López González, Elga; (2) León Tovar, José; (1) Vidal Mazo, Cinta.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario De Huelva.

Resumen:

Objetivos
Estudio descriptivo de 392 casos de morcelaciones mecánicas ambulatorias con Myosure, analizando la eficacia, seguridad de la histeroscopia con energía mecánica para el tratamiento de patología endocavitaria.

Metodología
Estudio observacional prospectivo realizado en Complejo Hospitalario de Huelva desde Abril de 2013 hasta Enero de 2016.

Recogimos datos sociodemográficos de la paciente, antecedentes obstétricos y reproductivo, tiempo de espera quirúrgica, datos intervención (tratamiento previo de la misma, tiempo de qx, volumen pieza, complicaciones), evolución posterior de paciente, tasa de recidiva a corto y largo plazo, tolerancia de la prueba y grado de satisfacción.

Resultados
392 pacientes completaron nuestro estudio. La media de edad de 52,82 años.

47,70% (n=187) menopáusicas (edad media de 61,58 años (rango: 41-94)). Resto premenopáusicas (edad media de 43,31 años (rango:26-59)). La media paridad fue 2,8 hijos. 242 pacientes (61,73%) polipectomías y 150 pacientes (38,26%) miomectomías, (51,33% fueron grado 0 (n=77), 44,66% grado 1 (n=67) y 4% grado 2 (n=6))

Los tiempos quirúrgicos para resección completa medios fueron de 53 segundos para polipectomías y 273 segundos para miomectomías para un volumen medio 12,66cc.

218 pacientes no precisaron tratamiento médico previo, 84 gestágenos, 66 acetato ulipristal, 7 análogos GnRH y 17 ACH. Con diferencia estadísticamente significativa en cuanto a tiempo quirúrgico en pacientes tratadas con AUP / gestágenos frente resto.

Tasa de éxito de la técnica se obtuvo en un 92,45% (99.99% para pólipos y 90,65% miomas). Tasa de fracaso de la técnica ocurrió en 5,1%. Necesidad de remorcelación en 10 casos, tasa recidiva a corto plazo (< 6 meses) de 2,79%.

En los casos de malignidad, se le realizó el proceso terapéutico indicado en cada caso.

Como complicaciones 9 sangrado, 6 síndromes vagales, 2 reacciones al anestésico local, y 2 shock por dolor.

La tolerancia del dolor y el grado de satisfacción de la técnica durante la intervención encontramos un 98,88% de las pacientes con buena o muy buena tolerancia a la técnica mediante cuestionarios completados por la paciente el día de la realización de la misma.

Conclusiones
La utilización del sistema Myosure para el tratamiento de patología intracavitaria salvaguarda los riesgos del resto con tasas de éxitos cercanas al 100%.

Bibliografía

- *1.ReslovaT,et al. Endometrial polyps: a clinical study of 245 cases. Arch Gynecol Obstet. 1999;262:133–9.*
- *2. Van Dongen H, et al. Hysteroscopic morcellator for removal of intrauterine polyps and myomas: a randomized controlled pilot study among residents in training. J Minim Invasive Gynecol 2008; 15:466.*
- *3. Garuti G, et al. Outpatient hysteroscopic poly- pectomy in postmenopausal women: a comparison between mechanical and electrosurgical resection. Min Inv Gyn. 2008. 4.Emanuel MH, et al. The intrauterine morcellator: a new hysteroscopic operating technique to remove intrauterine polyps and myomas. J Minim Invasive Gynecol. 2005;12:62–6.*
- *5. Muñoz JL, et al. Hysteroscopic myomectomy: our experience and review. JSLS. 2003;7:39–48.*
- *6. Lasmar RB, et al. Submucous myomas: a new presurgical classification to evaluate the viability of hysteroscopic surgical treatment--preliminary report. J Minim Invasive Gynecol. 2005 .12(4): 308*
- *7. Rovira J, et al.Morcelador histeroscópico: nuestra experiencia inicial. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(9):459–463*
- *8. Protocolos HUVN. Histeroscopia: técnica , aplicaciones y complicaciones más frecuentes. 2011.*
- *9. Di Spiezio Sardo A, Mazzon I, Bramante S, Bettocchi S, Bifulco G, Guida M, et al. Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques. Hum Reprod Update. 2008 Mar-Apr; 14 (2) :101-19.*

217/149. SINDROME DE REED A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Dyachkova, Nataliya; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Interno Residente Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Dar a conocer la sintomatología, el diagnóstico y el manejo de este síndrome.

Metodología
Caso clínico

Resultados
Mujer de 50 años que acude a consulta por sangrado postmenopaúsico. No presenta antecedentes personales de interés. Menopausia a los 48 años.

A la exploración ginecológica: genitales externos normales, en ecografía transvaginal se encuentra útero polimiomatoso con línea endometrial engrosada de 8 mm y ovarios aparentemente normales.

Se toma muestra endometrial para estudio. Se informa como adenocarcinoma endometrial bajo grado.

Se solicita estudio de extensión mediante TC abdomino-pélvico, en el que se encuentra una masa de 2x3 cm en riñón derecho de probable origen tumoral.

Se realiza tratamiento quirúrgico mediante histerectomía total abdominal más doble anexectomía y nefrectomía derecha.

El resultado anatomopatólogo de la pieza es: carcinoma renal de células clara grado I, cistoadenocarcinoma endometrioide bien diferenciado de ovario y adenocarcinoma endometrioide bien diferenciado “in situ” de endometrio.

En un segundo tiempo se completa la cirugía realizándose linfadenectomía, apendicectomía y omentectomía para completar estadificación.

La paciente recibe tratamiento con radio/quimioterapia.

Es derivada para realización de estudio genético

En la actualidad se encuentra en seguimiento

Conclusiones
El Síndrome de Reed o déficit hereditario de fumarato hidratasa. Este síndrome se caracteriza por la presencia de leiomiomas cutáneos de origen papilar y leiomiomas uterinos en mujeres.

Además, una variante de esta enfermedad se asocia a carcinoma renal, conocida como leiomiomatosis heridataria múltiple y carcinoma de células renales. Aunque el carcinoma papilar de células renales tipo 2 es la forma histológica predominante, también se han descrito carcinomas de células renales de los conductos colectores, formas mixtas papilares y tubulopapiares y carcinomas renales de células claras.

Este síndrome, de herencia autosómica dominante, se produce por una mutación en la línea germinal del gen de la fumarato hidratasa, una enzima del ciclo de Krebs que actúa como supresor tumoral.

Bibliografía

- *González-Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E: Ginecología. 9° edición. Elsevier, 2014*
- *Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F: Williams Ginecología. 2° edición.Mc Graw Hill. Madrid,2014*

217/150. HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA IZQUIERDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Soldevilla Pérez, Susana; (1) Cabrera Rodriguez, Desiree; (2) Chacon Romero, Marta.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Sas Jerez; (2) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Sas Jerez.

Resumen:

Objetivos
La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto diafragmático con una elevada mortalidad perinatal secundaria a hipoplasia pulmonar y/o hipertensión intrapulmonar neonatal. La HDC aislada ocurre aproximadamente en 1 de cada 4000 embarazos, unos 150/año en España.

Antes de plantear un posible tratamiento a la familia, hay que realizar en todos los casos un estudio anatómico completo y realizar un estudio de los cromosomas en líquido amniótico ya que hasta en un 20% de los casos existen alteraciones cromosómicas. Hay que prestar una atención particular a la presencia de cardiopatías congénitas, alteraciones renales que sugieran la presencia de síndromes congénitos

Metodología
Presentamos un caso de diagnóstico de hernia diafragmática izquierda aislada a las 27 semanas de embarazo

Resultados
Una vez confirmado el diagnóstico de hernia diafragmática aislada (no malformaciones

acompañantes y cariotipo normal) se clasificará el grado de hipoplasia pulmonar (leve, moderada, severa) en base al lado de la hernia diafragmática (izquierda en nuestro caso), a la evaluación del tamaño pulmonar mediante la medición del LHR (Lung to head circumference ratio) y a la presencia o ausencia de herniación hepática (ausencia en nuestro caso). De acuerdo a esta clasificación, es posible predecir la probabilidad de supervivencia postnatal con o sin terapia fetal y valorar así la opción de realizar o no la oclusión traqueal (OT) por fetoscopia.

Conclusiones
En nuestro caso , consultado con Hospital Clinic de Barcelona, no se indicó terapia fetal ya que se consideró

hipoplasia pulmonar leve siendo la supervivencia estimada es >80% con manejo postnatal convencional.

Bibliografía

- *1. N. Butler,A.E. Claireaux*
- *Congenital diaphragmatic hernia as a cause of perinatal mortality*
- *Lancet, 1 (1962), pp. 659-663*
- *2. S. Grisaru-Granovsky,R. Rabinowitz,A. Ioscovich,D. Elstein,M.S. Schimmel*
- *Congenital diaphragmatic hernia: review of the literature in reflection of unresolved dilemmas*
- *Acta Paediatr, 98 (2009), pp. 1874-1881*
- *3. K.G. Ackerman,B.R. Pober*
- *Congenital diaphragmatic hernia and pulmonary hypoplasia: new insights from developmental biology and genetics*
- *Am J Med Genet C Semin Med Genet, 145 (2007), pp. 105-108*
- *4. H. Skari,K. Bjornland,G. Haugen,T. Egeland,R. Emblem*
- *Congenital diaphragmatic hernia: a meta-analysis of mortality factors*
- *J Pediatr Surg, 35 (2000), pp. 1187-1197*

217/151. EFICACIA TOCOLÍTICA DEL NIFEDIPINO: NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores:
(1) Lozano Jimenez, María José; (2) Zuheros Montes, José David; (3) Diez Del Castillo, Natalia.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Reina Sofía. Córdoba.; (2) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.; (3) Médico interno residente de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos
Analizar la eficacia tocolítica del nifedipino en nuestro centro.

Metodología
Analizamos doce pacientes, gestantes de menos de 35 semanas, a las que se le indicó el tratamiento tocolítico con nifedipino debido a la alta sospecha de amenaza de parto prematuro. Se indicó el mismo tras la existencia de dinámica regular y acortamiento progresivo de cérvix uterino.

Resultados
De las doce pacientes estudiadas, diez de ellas llegaron a término y las otras dos alcanzaron la semana 36. La cervicometría de las pacientes en el momento de la frenación variaba desde los 32mm con ACTIM PARTUS positivo hasta los 8mm con ACTIM PARTUS negativo. Dos pacientes presentaron cultivo de exudado vaginal positivo, para E. Coli y para Gardnerella vaginalis. La estancia media de las gestantes fue de 4 días. La finalización del parto en dos casos fue cesárea, una ventosa, y los otros nueve fueron eutócicos.

Conclusiones
La amenaza de parto prematuro es el proceso clínico que sin tratamiento, podría conducir a un parto antes de las 37 semanas de gestación. El objetivo de los tocolíticos es la inhibición de la dinámica uterina para completar la tanda de maduración pulmonar y/o permitir el traslado de la paciente al centro de referencia. El nifedipino, inhibidor del canal de calcio, es el fármaco de primera elección en nuestro centro. Nuestros resultados muestran una alta eficacia terapéutica al haber permitido la maduración pulmonar completa con corticoides, objetivo del tratamiento. Además se consiguió que 10 de las 12 semanas llegaran a término.

Bibliografía

- *1- H. Simhan, S. Caritis. Inhibition of acute preterm labor. UpToDate 2016.*
- *2- C. Lockwood. Diagnosis of preterm labor and overview of preterm birth. UpToDate. 2016.*
- *3- J. Gimeno, P. Jimena, A. de la Torre, P. Molina. Guía de Práctica Clínica: Amenaza de Parto*
- *Prematuro. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba): 2015.*

217/152. APLICACIÓN CLÍNICA DE MIOMECTOMÍAS MECÁNICAS CON MYOSURE

Autores:
(1) Forero Díaz, Carmen; (1) López González, Elga; (2) Rodríguez González, Nerea; (1) Vidal Mazo, Cinta.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.

Resumen:

Objetivos
Analizar los datos disponibles sobre el uso de morcelador mecánico para el tratamiento de los miomas submucosos en términos de seguridad, satisfacción de la técnica y eficacia de la morcelación mecánica e identificar así su utilidad real para todo tipo de miomas submucosos.

Metodología
Reclutamos 150 casos de morcelación mecánica mediante Myosure® realizados en el Complejo Hospitalario de Huelva desde Abril 2013 hasta Enero 2016. Fueron evaluadas características tales como tipo de mioma, volumen de la pieza, número miomas, tiempo quirúrgico, tratamiento, porcentaje resección completa, porcentaje total altas y grado de satisfacción. Todos los resultados estadísticos fueron calculados con SPSS v22.0.

Resultados
Los procedimientos de resección demostraron un mejor resultado de tiempo quirúrgico para mioma tipo 0 con un tiempo medio de 72,55 segundos para volumen medio de 10,44cc. Las tasas de complicaciones fueron nulas para todo tipo de miomas.

Sobre fertilidad, obtuvimos tasa de fertilidad de 41,66 %.

Resección incompleta se encuentra influenciada por volumen, número miomas y posición. Así los miomas tipo II obtuvieron necesidad de un 2º tiempo quirúrgico que alcanzan 50% versus mioma tipo I y 0 del 26% de media. La tasa de recurrencia (presencia de mioma sintomático hasta el año del procedimiento) reportada fue 5,33% para tipo 0 y 1,33% para tipo II. Existe una relación entre el riesgo de recurrencia y nueva cirugía con el tamaño uterino y número de miomas, así tamaño uterino 6-7cm y menos de dos miomas tasa de recurrencia de en 2,45% 1 año. Tamaño uterino de > 7cm y/o más de dos miomas tasa de recurrencia de 25% en 1 año. Por tanto en pacientes con deseo genésico cumplido y FR antes descrito la alternativa sería la histerectomía. Se encontraron diferencias en cuanto al tiempo quirúrgico empleado tratadas con acetato de ulipristal/gestágenos vs no tratadas /análogos GnRH.

La mayor tasa de altas (87,01%) fue para miomas tipo 0 con un grado de satisfacción global de 98,88%.

Conclusiones
La evidencia disponible nos permite considerar el dispositivo de morcelación mecánica MyoSure® como una herramienta segura, eficaz y rentable para los leiomiomas submucosos tipo 0 y I.

Bibliografía

- *1. Van Dongen H, et al. Hysteroscopic morcellator for removal of intrauterine polyps and myomas: a randomized controlled pilot study among residents in training. J Minim Invasive Gynecol 2008; 15:466.*
- *2. Muñoz JL, et al. Hysteroscopic myomectomy: our experience and review. JSLS. 2003;7:39–48.*
- *3. Lasmar RB, et al. Submucous myomas: a new presurgical classification to evaluate the viability of hysteroscopic surgical treatment--preliminary report. J Minim Invasive Gynecol. 2005 .12(4): 308*

- *4. Rovira J, et al.Morcelador histeroscópico: nuestra experiencia inicial. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(9):459–463*
- *5. Protocolos HUVN. Histeroscopia: técnica , aplicaciones y complicaciones más frecuentes. 2011.*
- *6. Di Spiezio Sardo A, Mazzon I, Bramante S, Bettocchi S, Bifulco G, Guida M, et al. Hysteroscopic myomectomy: a comprehensive review of surgical techniques. Hum Reprod Update. 2008 Mar-Apr; 14 (2) :101-19.*

217/153. CÁNCER DE CÉRVIX Y EMBARAZO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

(1) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Dyachkova, Nataliya; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Interno Residente Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos

La neoplasia cervical es la más frecuente durante la embarazo y es el único cáncer cribado durante la gestación. La edad media de aparición son los 34 años y su incidencia 1-15 casos de cada 10000 embarazos.

El principal síntoma es la hemorragia genital, que se presenta en el 55% de los casos. Otros menos frecuentes son: leucorrea, sangrado postcoital y dolor. El resto se diagnostica por una citología alterada.

Metodología

Caso clínico

Resultados

Primigesta de 31 años, a la que se le realiza citología de control en semana 5 de embarazo, cuyo resultado es HSIL abarcando displasia severa/ CIN 2-3/ Ca In situ. No tiene antecedentes personales de interés.

Se realiza colposcopia en semana 9, donde se observa un punteado grueso que se biopsia y se toma muestra para HPV, el resultado se informa como displasia severa/Ca In situ y HPV positivo para los serotipos 16, 42 y 6. Se decide seguimiento estrecho de la paciente cada 2 meses mediante citología y biopsia, si es precisa y seguimiento del embarazo en consulta de Alto riesgo obstétrico. No se realiza conización. La gestación trascurre de forma normal ingresando en la semana 40+5 con rotura de bolsa, el embarazo finaliza mediante parto vaginal con ventosa y sin incidencias.

Es valorada de nuevo a las 6 semanas postparto donde se indica conización.

Conclusiones

Todas las gestantes deben de ser cribadas al inicio del embarazo. En este periodo podemos encontrarnos con falsos positivos, ya que hay cambios propios de la gestación: halos perinucleares que simulan coilocitos, células metaplásicas reactivas e inmaduras que se confunden con LSIL o HSIL, células glandulares hiperplásicas que aparentan AGC, decidua o células trofobásticas que se parecen a ASC-US, ASC-H y reacción de Arias-Stella que puede confundirse con efecto citopático viral.

El tratamiento durante la gestación en lesiones preinvasivas debe ser conservador, ya que la progresión de estas lesiones es muy rara. En CIN 1 el riesgo de progresión es mínimo. En CIN 2-3 hay que realizar controles citológicos cada 12 semanas.

Bibliografía

- - *American Cancer Society. Cancer Fact and Figures 2008. Atlanta, Ga:American Cancer Society; 2008.*
- - *Oncoguía SEGO. " Cáncer de cuello uterino". 2013*

217/154. CÁNCER DE VAGINA PRIMARIO

Autores:
(1) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Dyachkova, Nataliya; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Interno Residente Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos

El cáncer primario de vagina es un tipo raro de cáncer, representa el 1-3% de los cánceres ginecológicos. Se define como toda lesión maligna localizada en la vagina, sin invadir el cuello uterino o la vulva. La localización más frecuente es el tercio superior y pared posterior

Es más común en mujeres mayores de 60 años. Hay descritos numerosos factores relacionados con el cáncer de vagina: antecedente de histerectomía, radioterapia pélvica, prolapso de útero, uso de pesarios, virus PVH, virus del herpes, endometriosis, tratamiento inmunosupresor. La mayoría se presenta como un sangrado genital anormal aunque puede presentarse como dolor pélvico, hematuria o rectorragia y el 27% de los casos son asintomáticos.

Metodología

Caso clínico

Resultados

Mujer de 42 años que consulta por lesión excrecente en vagina y dolor. Antecedentes personales sin interés.

A la exploración con espéculo se observa una lesión de unos 6 cm excrecente y móvil, no adherida a planos profundos que abarca desde el tercio superior hasta el tercio medio. Se toma biopsia de la lesión que se informa como displasia severa/ Ca In situ sin poder descartar infiltración, el resto de exploración ginecológica está dentro de la normalidad.

La RMN informa de carcinoma vaginal estadio T3-N2-M0, por lo que se realiza exéresis de la lesión y posteriormente se administra radio/braqui/quimioterapia, con seguimientos posteriores dentro de la normalidad y VPH y citologías negativas.

En la actualidad la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones

El cáncer primario de vagina es muy infrecuente. El diagnóstico es mediante examen físico y citología anormal. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide (90%) y el rol de la cirugía está limitado a lesiones pequeñas en el tercio superior de la vagina. El estándar de tratamiento es la radioterapia más quimioterapia, basada en cisplatino.

Son importantes las tomas citológicas periódicas, incluso en pacientes histerectomizadas por alguna causa benigna, ya que el riesgo de padecer cáncer de vagina está aumentado y es útil poder hacer el diagnóstico de forma precoz y por lo tanto mejorar el pronóstico de pacientes y aumentar la supervivencia.

Bibliografía

- *1. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F: Williams Ginecología. 2° edición.Mc Graw Hill. Madrid,2014*

217/155. CASO CLÍNICO: HIMEN IMPERFORADO

Autores:
(1) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Dyachkova, Nataliya; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Interno Residente Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos

La imperforación del himen es la anomalía obstructiva más frecuente del trato genial femenino, su diagnóstico es relativamente fácil, basado en anamnesis y exploración física minuciosa. Es una entidad infradiagnosticada, y aunque debería de identificarse en el periodo de neonatal la mayoría se observan en la pubertad.

La presencia de esta anomalía es casi siempre un hallazgo esporádico, aunque a veces se puede asociar a diversas malformaciones: polidactilia, duplicación ureteral, membrana uretral y enfermedad multiquística renal, por lo que se debe estudiar el tracto urinario en todas las mujeres con este diagnóstico. Los síntomas más frecuentes son: hematocolpos, dolor abdominal o lumbociático cíclico, amenorrea primaria, estreñimiento, sintomatología urinaria por compresión, peritonitis, déficit sensitivo y motor o edemas en los miembros inferiores, endometriosis pelviana, infección y adenosis vaginal.

Metodología

Caso clínico

Resultados

Mujer de 13 años que acude a consulta de urgencias por dolor hipogástrico de tipo intermitente de 3 días de evolución, sin antecedente familiares ni personales de interés, salvo que aún no ha tenido la menarquía y en el último año ha precisado la asistencia a consulta de urgencias pediátricas en múltiples ocasiones por la misma sintomatología, siendo diagnosticada de ITUs y dolor abdominal inespecífico.

A la exploración se observa genitales externos normales con himen abombado y coloración violácea, que nos sugiere la presencia de hematocolpos por himen imperforado que se evidencia claramente por ecografía abdominal, por lo que se realiza himeneotomía mediante incisión vertical y radiada, con evacuación de hematocolpos. Se deja cobertura antibiótica en domicilio y se aconseja utilización de dilatador vaginal para evitar el cierre hasta cicatrización.

Se revisa en consulta a los 2 meses con buena evolución.

Conclusiones

La detección temprana es importante para prevenir la morbilidad consiguiente al diagnóstico tardío, por lo que el examen de la vulva debe formar parte de toda exploración pediátrica.

El tratamiento es siempre quirúrgico para prevenir complicaciones como una salpingitis secundaria a un hematosálpinx, que puede provocar infertilidad, un piohematocolpos o una hidronefrosis. Es necesario un seguimiento posterior para inspeccionar el área y descartar signos de infección o inflamación locales.

Bibliografía

- *Usandizaga JA, De la Fuente P: Tratado de obstetricia y ginecología. 3° edición. Marbán. Madrid, 2010*
- *González-Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E: Ginecología. 9° edición. Elsevier, 2014*

217/156. SÍNDROME DE SJÖGREN Y EMBARAZO, CASO CLÍNICO.

Autores:

(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Escamez Leon, Mª Carmen; (3) Carrasco Trigueros, María Amparo; (4) Muñoz González, María Dolores.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Comarcal La Linea De La Concepción; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Comarcal La Linea De La Concepción.; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Comarcal La Línea De La Concepción.; (4) Médico Interno Residente De Obstetricia Y Ginecología. Hospital Comarcal La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos

Dar a conocer el curso del embarazo y resultado obstétrico de una gestante, con síndrome de Sjögren y anticuerpos anti Ro/SSA y anti La/SSB positivos, así como las recomendaciones en el manejo de su gestación.

Metodología

Caso clínico de paciente con de Síndrome de Sjögren, antiRo y antiLa positivos que acude a control de embarazo.

Se realizan controles obstétricos quincenales alternos en nuestro hospital y la unidad de medicina fetal de hospital de referencia de tercer nivel, con ecocardiografías, ante el riesgo de aparición de bloqueo cardiaco congénito fetal (BCCF), sin encontrar hallazgos patológicos y con ritmo cardiaco sinusal sin alteraciones, y doppler normal.

En semana gestacional 37, presenta biometría en percentil 1 y oligoamnios; con diagnóstico de CIR tipo 1 , se decide finalización de la gestación.

Resultados

Tras inducción de parto, finaliza un parto eutócico, con recién nacido de 2040g, apgar 9/10.

La monitorización electrocardiográfica del recién nacido muestra un ritmo sinusal adecuado sin hallazgos de bloqueo auriculo-ventricular.

Conclusiones

El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica que compromete a las glándulas exocrinas, produciéndose una hiperactividad de linfocitos B que da lugar a la aparición de anticuenpos antiRo, y antiLa, responsables de complicaciones obstétricas como abortos recurrentes, valvulopatías fetales y lupus neonatal debido al paso transplacentario de Anticuerpos antiRo, y cuya complicación más grave será el BCCF, con una prevalencia del 2% en esta población frente a 1/17000 recién nacidos en la población general.

Algunos estudios relacionan el síndrome de Sjögren con menor tasa de partos eutócicos y mayores tasas de CIR y bajo peso al nacimiento.

Es pertinente el seguimiento multidisciplinar, con controles rigurosos y ecocardiografias cada dos semanas desde la semana 16 de gestación, para el diagnóstico precoz de una eventual complicación cardiaca y realizar así el tratamiento oportuno, así como biometría, doppler fetal y RCTGs frecuentes en tercer trimestre para diagnóstico de posible CIR.

Es importante la asistencia de neonatología al nacimiento y posterior valoración por cardiología infantil.

Bibliografía

- *- Cervera Segura R, et al. Embarazo y enfermedades autoinmunes sistémicas. Jano. 2006;1619:35–8.*
- *-Julkunen H, et al.Fetal outcome in women with primary*
- *Sjögren's syndrome. A retrospective case-control study. ClinExp Rheumatol. 1995;13:65–71.*

217/157. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Dyachkova, Nataliya; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Interno Residente Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
La úlcera genital aguda o úlcera de Lipschütz es una entidad clínica muy infrecuente que se caracteriza por la aparición de úlceras genitales en niñas y adolescentes que no han iniciado actividad sexual y que se caracteriza por un inicio del cuadro agudo con formación de úlceras dolorosas, habitualmente en el contexto de un cuadro sistémico de fiebre, cefalea, odinofagia, mialgias, astenia y ocasionalmente adenopatías inguinales.

Metodología
Caso clínico

Resultados
Niña de 12 años que acude a consulta de urgencias de pediatría por cuadro de 24h de evolución de fiebre, odinofagia, cefaleas, astenia y anorexia; se realiza exploración física donde se aprecian placas pultáceas en amígdalas, con analítica dentro de la normalidad, es diagnosticada de amigdalitis bacteriana. A las 24h consulta de nuevo por aparición de forma brusca de lesiones en genitales externos, muy dolorosas.

A la exploración ginecológica presenta dos úlceras, de color pardo, en ambos labios menores de 1 cm de diámetro, dolorosas a la palpación y adenopatías inguinales. No presentan signos de sobreinfección, por lo que se decide continuar con el tratamiento antibiótico y antiinflamatorio pautado por el proceso de vías respiratorias altas. Se cita en consulta en 2 semanas para revisión donde la exploración es normal con desaparición completa de las lesiones

Actualmente no se han producido recurrencias.

Conclusiones
En este tipo de úlcera, son características la aparición de una o más lesiones dolorosas de bordes irregulares y fondo purulento. La etiología es desconocida, aunque se ha relacionado con la primoinfección del virus Epstein-Barr. El diagnóstico de esta entidad se realiza la mayoría de las veces mediante exclusión y el tratamiento es sintomático.

Es un cuadro alarmante por el aspecto de las lesiones, por ello es importante encontrarse familiarizado con este cuadro para realizar un diagnóstico adecuado, es importante tener en cuenta que las lesiones curan espontáneamente y que el 33% de los casos pueden recurrir dentro del primer año.

Bibliografía

- *1. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F: Williams Ginecología. 2° edición.Mc Graw Hill. Madrid,2014*
- *2. Carreras Collado R, Giné Martínez L: Atlas de vulvovaginitis. 1° edición. Esmon Publicidad. Barcelona, 2013.*

217/158. ABDOMEN AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DEL SÍNDROME DE SWYER EN PACIENTE DE 24 AÑOS

Autores:
(1) Fernandez Angulo, Patricia; (2) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Hijona Elósegui, Jesús Joaquín.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente (1) En Ginecología Y Obstetricia En Hospital Maternoinfantil De Jaén; (2) .

Resumen:

Objetivos
Dar a conocer la forma de presentación infrecuente de disgenesia gonadal pura XY (Sdr de Swyer) como consecuencia de rotura de gonadoblastoma con clínica de abdomen agudo

Metodología
caso clínico

Resultados
Mujer de 24 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución, vómitos y fiebre de 38°C. Entre sus antecedentes se destaca el tratamiento con ACHO prescrito en una consulta extrahospitalaria por reglas escasas e irregulares según refiere la paciente.

En la exploración clínica se objetiva abdomen distendido con defensa muscular en hemiabdomen inferior y con signos de irritación peritoneal. Al especulo se visualiza cuello uterino puntiforme con sangrado menor que regla. Al tacto bimanual se aprecia una formación de consistencia blanda de bordes irregulares de unos 10 cm en Douglas. Durante la ecografía se encuentra útero pequeño con endometrio de 5 mm, formación de bordes irregulares en Douglas de 90 mm con abundante cantidad de líquido intraabdominal, sin visalizarse el ovario contralateral. Con sospecha de torsión ovárica se realiza cirugía urgente. Durante la laparotomía se descubre hemoperitoneo severo con salida de abundante tejido necrótico hemorrágico procedente de la tumoración pélvica. Se identifica que la tumoración es dependiente de anejo derecho con afectación de cara posterior de útero, Douglas, asas intestinales, epiplón. Se visualiza útero y ovario izquierdo hipoplásicos. Se realiza tumorectomia.

La anatomía patológica informa de tumor originado sobre tumor mixto de células germinales/cordones sexuales con patrón de tipo gonadoblastoma.

Debido a estos hallazgos se realiza cariotipo a, con resultado de cariotipo 46XY, siendo así diagnosticada de síndrome de Swyer.

Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento quimioterápico con remisión de la siembra tumoral.

Conclusiones
El Síndrome de Swyer es una disgenesia gonadal pura que produce amenorrea primaria en sujetos con fenotipo femenino, talla normal, infantilismo sexual, falta de desarrollo de caracteres sexuales secundarios y gónadas en cintilla. El cariotipo es 46XY. Estas pacientes tienen tendencia a desarrollar neoplasias a partir de las cintillas ováricas, siendo la más habitual el gonadoblastoma.

Bibliografía

- *1. Coutin AS, Hamy A, Fondevilla M, Savigny B, Paineau J. Pure 46XY gonadal dysgenesis. J Gynecol Obstet Biol Reprod (París). 1996;25:792-6*

217/159. SÍNDROME DE HELLP INCOMPLETO A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (2) Dyachkova, Nataliya; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Interno Residente Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario De Jaén.

Resumen:

Objetivos
El síndrome de Hellp se trata de una complicación multisistémica del embarazo. Se desarrolla aproximadamente en el 0.1-0.8% de los embarazos y en el 10-20% de las gestantes con preeclampsia severa. El síntoma más frecuente es la cefalea y la epigastralgia. Solo el 30% debutan en el puerperio y se suelen presentar en las primeras 48h, normalmente con el antecedente de preeclampsia. Está en estrecha relación con la purpura trombótica trombocitopénica.

El diagnóstico se basa en la presencia de las siguientes alteraciones: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y elevación de enzimas hepáticas. El Hellp incompleto se caracteriza por cumplir solamente uno o dos de los criterios de laboratorio. Las principales complicaciones son: hematológicas, renales y cardiopulmonares.

Metodología
Caso clínico

Resultados
Primigesta de 33 años, con gestación gemelar bicorial – biamniótica, con seguimiento de gestación en consulta de Alto Riesgo Obstétrico por útero polimiomatoso. Gestación de curso normal.

Ingresa en semana 32+5 por APP y cifras tensionales elevadas (150/90) con cefalea intensa y epigastralgia. Se instaura tratamiento con pauta de frenación intravenosa con atosiban y maduración pulmonar fetal. Se solicita analítica completa que se informa con las siguientes alteraciones GOT 188, GPT 165, Hb 11.2 g/dl y plaquetas 152. Ante este hallazgo se decide cesárea urgente por preeclampsia grave con sospecha de síndrome de Hellp incompleto.

RN 1690 gr Apgar 9/9 y RN2 1540 gr Apgar 3/8. Buena evolución posterior

En el postoperatorio presenta cifras tensionales limite y en la rx de tórax se observa cardiomegalia y pinzamiento de senos costofrénicos. Se realiza ecocardio que pone de manifiesto una miocardiopatía dilatada periparto.

La evolución posterior es favorable recibiendo el alta 10 días después

Conclusiones
Es un cuadro que se debe de tener bajo sospecha aun cuando se trata de un embarazo de bajo riesgo, ya que se necesita un diagnóstico y soporte terapéutico rápido.

Es importante informar a la mujer del riesgo de recurrencia en siguientes embarazos

Bibliografía

- *1. Usandizaga JA, De la Fuente P: Tratado de obstetricia y ginecología. 3° edición. Marbán. Madrid, 2010*
- *2. González-Merlo J, Lailla Vicens JM, González Bosquet E, Fabre González E : Obstetricia. 6° edición. Elsevier, 2013*

217/160. VÍA DEL PARTO EN GESTANTES CON OBESIDAD EN NUESTRA ÁREA SANITARIA.

Autores:
(1) Lorite Vilchez, María Isabel; (2) Sarrión Hernández, María Azahara; (2) Hidalgo Chicharro, Alberto; (2) González Vanegas, Otilia.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. (chug) Granada; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. (chug). Granada.

Resumen:

Objetivos
Analizar los resultados en cuanto a terminación al parto en las gestantes obesas de nuestra área sanitaria

Metodología
Estudio observacional analítico. Se revisaron los registros de las gestantes que presentaron IMC ≥ 30 en la visita de la semana 12-13; desde enero del 2014 a Diciembre del 2015. Se calculó Chi cuadrado para comparar las variables.

Programa estadístico IBM SPSS v21.0

Resultados
Durante el tiempo estudiado, hubo 5036 partos, del 9.9% de mujeres que presentaron IMC≥ 30, se estudiaron 227 pacientes; distribuidas así: obesidad I (30-34.9) (N 141) 62.9%; tipo II (35-39.9) (N 59) 26.3%; tipo III (≥40) (N 24) 10.7%.

En la población estudiada: el 54.3% (N 120) tuvieron un parto eutócico, el 7.3% (N 16) un parto tocúrgico, el 9% (N 7) Cesárea electiva y el 29.4% (N 65) finalizó mediante Cesárea intraparto.

Según el tipo de obesidad: Obesidad tipo I el 54.3% de las gestaciones fueron partos eutócicos, el 9.4% fueron partos que terminaron mediante vacuo-kiwi, el 0.7% terminó mediante espátulas, el 8,7% mediante Cesárea Electiva y el 26.8% mediante Cesárea intraparto. Obesidad tipo II el 54.2% de las gestaciones fueron partos eutócicos, el 3.4 % fueron partos que terminaron mediante vacuo-kiwi, el 8,5% mediante Cesárea Electiva y el 33.9% mediante Cesárea intraparto.

En el grupo de las pacientes con Obesidad tipo III el 54.2% de las gestaciones fueron partos eutócicos, el 12.5 % mediante Cesárea Electiva y el 33.3% mediante Cesárea intraparto.

Conclusiones
Las gestantes con obesidad en nuestra población de estudio presentan más riesgo de terminación del parto mediante cesárea intraparto, y aunque las diferencias obtenidas no son significativas, este riesgo es mayor cuanto mayor es el IMC.

Bibliografía

- *Beatriz Arenas Farrona et all. Influencia de la obesidad en la evolución del parto. Prog Obstet Ginecol. 2015;58(4):171–176*

217/161. SECUESTRO PULMONAR INFRA-DIAFRAGMÁTICO

Autores:
(1) Moreno Gómez, Alegría; (1) Utrera Jiménez, Almudena; (2) Sanahuja Bort, Silvia.

Centro de Trabajo:
(1) F.e.a. Obstetricia Y Ginecología. Hospital Punta Europa, Algeciras; (2) M.i.r. Obstetricia Y Ginecología. Hospital Punta Europa, Algeciras.

Resumen:

Objetivos
Los secuestros pulmonares son anomalías infrecuentes pero bien reconocidas. En los últimos años se ha percibido un aumento de su incidencia debido a los controles ecográficos rutinarios a los que son sometidas las gestantes. La mayoría se localizan en hemiabdomen izquierdo y es importante su diagnóstico diferencial con masas suprarrenales.

Metodología
Caso clínico.

Resultados
Secundigesta de 29 años que acude a la ecografía morfológica. Gestación controlada en nuestro área de curso fisiológico. Objetivamos una masa hiperecogénica en hemiabdomen superior, siendo el resto normal. Derivamos a la paciente al hospital de referencia.

Allí, la paciente es valorada y nos remiten el informe: "cámara gástrica desplazada hacia la parrilla costal por imagen ecorrefringente infradiafragmática izquierda de ecogenicidad mixta. Vaso nutricio procedente de aorta fetal. Medidas: 19x17x23 mm. Riñón izquierdo impresiona desplazado caudalmente. No se visualiza la suprarrenal izquierda". Resto de la exploración es normal.

Opciones diagnósticas: secuestro broncopulmonar extralobar ingradiafragmático izquierdo. Menos probable: MAQ, tumor suprarrenal izquierdo.

Se explica la escasa relación con cromosomopatías y otros síndromes no cromosómicos.

Se solicita serología frente a CMV y Herpesvirus, que resulta negativa. Cita en Neonatología para pronóstico.

Se establecen revisiones cada 3 semanas, presentando el feto un crecimiento acorde.

En semana 30-32 se solicita una RMN.

RMN fetal: "El diafgnostico diferencial debe incluir: secuestro extralobar infradiafragmático con MAQ asciada, neuroblastoma de posible origen suprarrenal, linfangioma quístico, quiste de duplicación neuroentérico, teratoma quístico o "feto en feto"". Conclusión: masa retroperitoneal infradiafragmatica izquierda con extensión/origen torácico de apariencia quística y diagnóstico diferencial referido. Crecimiento fetal dentro de la normalidad, tumoración suprarrenal izquierda de 38 x 33 mm.

Revisiones cada 3 semanas, planteando parto vaginal programado en semana 37 en el hospital de referencia. Produciéndose el nacimiento de un feto mujer de 2485 gramos tras inducción de parto. Apgar 9/10

Conclusiones
El diagnóstico diferencial debería ser considerado en todo neonato con masa abdominal superior o suprarrenal, sobre todo en casos de diagnóstico prenatal.

Bibliografía

- *J. Franko,K. Bell,C.M. Pezzi*
- *Intraabdominal pulmonary sequestration*
- *Curr surg, 63 (2006), pp. 35-38*
- *Medline*
- *G. Shanmugam,K. Mac Arthur,J.C. Pollock*

Congenital lung malformations - antenatal and postnatalnevaluation and management

Eur J Cardiothorac Surg, 27 (2005), pp. 45-52

Medline

217/162. MELANOACANTOMA VULVAR

Autores:
(1) Moreno Champale, María; (2) Medina Vico, Elvira; (3) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (4) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. C.h De Jaén; (2) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital De Baza; (3) Médico Interno Residente En Ginecologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén; (4) Jefe De Servicio De Ginecología Y Obstetricia. Ch. De Jaén.

Resumen:

Objetivos
El melanoacantoma es una entidad que hasta ahora prácticamente sólo se ha descrito en la mucosa oral. El caso con localización vulvar que se expone es el de una lesión pigmentada de comportamiento benigno.

Las lesiones pigmentadas en vulva comprenden una variedad de entidades: la hiperplasia de melanocitos (nevus, melanoma), hiperpigmentación epitelial sin hiperplasia de melanocitos (melanosis de la vulva, léntigo y pigmentación postinflamatoria) y lesiones no melanocíticas, como la neoplasia intraepitelial de vulva, queratosis seborreica, angioqueratoma y carcinoma basocelular

Los melanoacantomas son máculas únicas o múltiples localizadas con más frecuencia en la mucosa oral, asintomáticas, que al estudio histopatológico se distinguen por numerosos melanocitos dendríticos de aspecto benigno, que se localizan en el epitelio escamoso.

A pesar de que su patogénesis aún es incierta, su comportamiento clínico sugiere una lesión de origen reactivo. La apariencia clínica del melanoacantoma no es diagnóstica y, por tanto, la toma de biopsia es obligatoria para diferenciarlo de otras lesiones pigmentadas de la vulva, incluido el melanoma.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Mujer de 65años, nulípara, con antecedente de exéresis reciente de dos carcinomas basocelulares en espalda. Acude derivada por su MAP por una verruga genital de 10años de evolución con crecimiento paulatino que nunca había sido revisada según la paciente. En la exploración encontramos una formación fibromatosa en labio mayor derecho de base de implantación ancha con hiperpigmentación en bordes. Siendo el resto de la exploración ginecológica normal. Se toma biopsia con Punch de 4mm. Resultado de AP: no concluyente. Informa de lesión queratósica de aspecto benigno, con Ki-67 elevado (propio del crecimiento de las células basales), por lo que se recomienda la exéresis completa de la lesión. Se interviene a la paciente realizando una exéresis total de la lesión con margen de seguridad de unos 5-7mm. Resultado de AP definitivo, informa de Acantosis epidérmica con presencia de numerosos melanocitos dendríticos, positivos a HMB45, sugerentes de melanoacantoma.

Conclusiones
Esta lesión, como hemos expuesto, puede afectar no sólo a la mucosa oral por lo que es importante conocerla con el fin de saber diagnosticarla correctamente, para así dar el tratamiento y seguimiento adecuado.

Bibliografía

- *Mishima Y, Pinkus H. Benign mixed tumor of melanocytes and malpighian cells. Melanoacanthoma: Its relationship to Bloch's benign non-nevoid melanoepithelioma. Arch Dermatol 1960; 81:539-550.*
- *Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. J Oral Pathol Med 2004; 33:550-557.*
- *Wright JM, Binnie WH, Byrd DL, Dunsworth AR. Intraoral melanoacanthomas. J Periodontol 1983; 54:107-111.*

217/163. VARIZ VENOSA UMBILICAL INTRAABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Escamez Leon, Mª Carmen; (3) Muñoz González, María Dolores; (4) Carrasco Trigueros, María Amparo.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Comarcal La Linea De La Concepción; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Comarcal La Linea De La Concepción.; (3) Médico Interno Residente De Obstetricia Y Ginecología En Hospital Comarcal La Línea De La Concepción; (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Comarcal La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos
Analizar la trascendencia para la gestación del hallazgo ecográfico poco habitual consistente en la dilatación varicosa de la vena umbilical en su trayecto intraabdominal.

Metodología
Caso clínico de gestante con seguimiento obstétrico en nuestro hospital.

Presenta controles gestacionales normales hasta tercer trimestre.

En control de 32 semanas presenta bajo peso fetal con estudio doppler normal por lo que es reevaluada en semana 34, llamando la atención una formación intraabdominal quística econegativa de 18mms de espesor máximo, próxima a la pared abdominal que con doppler color presenta flujo sanguíneo turbulento en su interior lo que permite identificar su correspondencia con una dilatación de la porción intraabdominal de la vena umbilical.

Se deciden controles semanales, sin presentar la formación varicosa aumento de tamaño ni mostrar zonas de posible trombosis y persistiendo bajo peso fetal para la edad gestacional, con estudio doppler normal.

Resultados
En semana 36+5 ingresa por RPM, finalizando la gestación mediante parto eutócico con recién nacido mujer , 1990g, apgar 9/10.

El recien nacido presentó evolución favorable sin complicaciones y la ecografía abdominal a las 24h de vida no mostró hallazgos patológicos.

Conclusiones
La variz del trayecto intraabdominal de la vena umbilical fetal es una entidad rara. El uso del doppler color permitirá diferenciarlo de otras masas intraabdominales y descartar la presencia de trombos en su interior.

La revisión bibliográfica reporta casos relacionados con muerte fetal y cromosomopatías, especialmente cuando el diagnóstico se realiza antes del tercer trimestre y cuando presenta anomalías asociadas.

La etiología parece residir en una debilidad intrínseca de la pared del vaso y la muerte fetal podría deberse a la oclusión de de la variz por un trombo.

Dado lo excepcional de estas lesiones la historia natural y el manejo correcto son desconocidos. Algunos autores aconsejan finalizar la gestación una vez alcanzada la madurez pulmonar, otros sugieren controles con RCTG y doppler semanal buscando signos de pérdida de bienestar fetal o trombosis.

Bibliografía

- *-Waldo Sepúlveda MD. Prenatal diagnosis and obstetrical managementof umbilical cord abnormalities.(monografia en internet). Vanessa A Barss, MD: uptodate (2015)*
- *-Zalel Y, et al. Varix of the fetal intraabdominal umbilical vein: prenatal sonographic diagnosis and suggested in utero management. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;16: 476-8.*

217/164. ABDOMEN AGUDO DURANTE LA GESTACIÓN Y PUERPERIO. APENDICITIS PUERPERAL

Autores:
(1) Moreno Champale, María; (1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Bermúdez Quintana, Martín; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Ch. De Jaén; (2) Medico Interno Residente En Ginecologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén; (3) Jefe De Servicio De Ginecologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén.

Resumen:

Objetivos
El abdomen agudo en la gestación y el puerperio constituye un diagnóstico complejo y un reto terapéutico. Principalmente, su sintomatología se resume en el dolor y la distensión abdominal, las náuseas y/o los vómitos. Estos síntomas se encuentran presentes en el embarazo normal, dificultando el diagnóstico diferencial. El abdomen agudo es relativamente infrecuente durante la gestación y el puerperio, siendo la apendicitis aguda la principal causa de origen no obstétrico. El crecimiento uterino desplaza a las estructuras intestinales, incluyendo el apéndice y el mesoapéndice haciendo mucho más difícil su diagnóstico. Asocia una elevada morbimortalidad materno-fetal, que aumenta a medida que la gestación avanza, requiriendo un manejo multidisciplinar para alcanzar un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo. Fundamentalmente, el abordaje terapéutico es quirúrgico debido, en gran medida, al diagnóstico tardío con frecuente asociación de complicaciones.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Mujer de 31 años, puérpera de 12 días de evolución (vacuoextracción sin incidencias) remitida de Urgencias Generales por cuadro de abdomen agudo con dolor en hipogastrio y FID. Blumberg +, analítica con leucocitosis (18.78), neutrofilia (86.4%) y elevación de PCR (14.4). Tª 37.4°C. En ECO abdominal imagen retrouterina de 4x3cm no filiada con líquido libre intraperitoneal. Exploración ginecológica y ETV normal. Se decide laparoscopia exploradora de la paciente. Se evidencia plastrón apendicular de difícil liberación con proceso apendicular agudo. Se realiza apendicectomía laparoscópica. Como hallazgo casual evidenciamos quiste endometriósico en ovario izquierdo no infectado. Postoperatorio de curso tórpido con colección en FID de 4cm que se trató de manera conservadora, siendo dada de alta a los 12 días. Nueva exploración ginecológica dentro de la normalidad puerperal.

Conclusiones
Tanto la mujer gestante como la no gestante son susceptibles de ser afectadas por complicaciones quirúrgicas. De éstas, las extrauterinas, aunque raras, son probablemente las más serias, y la apendicitis aguda es la complicación quirúrgica más frecuente durante la gestación y el puerperio. Un manejo temprano será primordial para minimizar los efectos sobre la madre y el feto. Según Badler (1908), "La mortalidad de la apendicitis en el embarazo es la mortalidad en la demora".

Bibliografía

- *Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia. 21ª ed. Madrid: Panamericana, 2004.*
- *Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in pregnancy. Am J Surg, 2008;*
- *196 (4): 599-608.*
- *Dietrich III CS, Hill CC, Hueman MD. Surgical diseases presenting in pregnancy. Surg Clin N Am, 2008 (88): 403-19.*

217/165. TASA DE CESAREAS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN. EN EL PERIODO DE 2014-2016.

Autores:
(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Carrasco Trigueros, María Amparo; (2) Dominguez Gonzalez, Manuel; (3) Villalon Vaquero, Paloma.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Conpeción.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción; (3) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos
Analizar la tasa de cesáreas en nuestro servicio así como las indicaciones para valorar posibles medidas que nos ayuden a mejorarla.

Metodología
REcopilación de datos del total de nacimientos que se han producido en el periodo comprendido entre enero de 2014 y Agosto de 2016 , diferenciando aquellos que han finalizado en cesárea.

Estudio de aquellos nacimientos que se han producido mediante cesárea para conocer la indicación que presentaban.

Resultados
Entre enero de 2014 y Agosto de 2016 se han producido en nuestro servicio 2168 nacimientos, finalizando en cesárea 535 (lo que equivale al 24.6%)

Del total de cesáreas, 179 (33.5%) fueron electivas, mientras que 356 (66.5%) fueron urgentes

Del total de cesáreas electivas más del 85%, se han realizado con dos indicaciones: cesárea iterativa (62.5%) y por podálica (24.5%)

Por otra parte entre las cesáreas urgentes más del 80% se realizan por cuatro motivos: SPBF (38.5%) NPP (17.8%) Sospecha DCP (16.4%) Fallo inducción (9%).

Conclusiones
Con la informacion recopilada vemos que podemos disminuir nuestra tasa de cesáreas actuando en el grupo de cesáreas electivas principalmente; mediante la realización de un mayor número de versiones cefálicas para disminuir las cesáreas por presentación podálica, y también sobre el grupo de pacientes que presentan una cesárea anterior.

Bibliografía

- *217/166. MUERTE FETAL INTRAÚTERO DE FETO CON LABIO LEPORINO. A PROPÓSITO DE UN CASO.*

Autores:
(1) Moreno Champale, María; (1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (1) Bermúdez Quintana, Martín; (2) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente En Gineocologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén; (2) Jefe De Servicio De Ginecologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Las hendiduras oro-faciales son malformaciones relativa¬mente frecuentes (1/500 nacimientos). Son el doble de frecuentes en varones y también más frecuentes en el lado izquierdo.

El labio hendido (LH) o labio leporino y la hendidura o fisura palatina (HP) son entidades consideradas distin¬tas, por su diferente origen embriológico, pero que coinci¬den frecuentemente en el tiempo. El LH supone el 70% de las hendiduras oro-faciales, con o sin HP. El LH se inicia en la parte lateral del labio superior y continúa hacia el filtrum, hasta el alveolo dental, entre el incisivo lateral y el canino; después puede continuarse con la cisura incisiva hasta el foramen incisivo. Puede ser unilateral y bilateral, separando el filtrum del labio superior. Siendo su diagnóstico estrictamente ecográfico y su tratamiento quirúrgico.

Existe un cierto grado de predisposición hereditaria, pero la verdadera causa, aparte de posibles factores teratógenos (físicos, infecciones o tóxicos), sigue siendo desconocida.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Primigesta de 25s+4d de gestación, sin antecedentes personales relevantes y con gestación no controlada, acude a urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución. No hidrorrea ni metrorragia. Control de contracciones negativo. Ecografía abdominal: gestación de nalgas, ausencia de movimientos fetales y de actividad cardiaca que se comprueba con Eco-Doppler. Se decide ingreso de la paciente para inducción del parto con Prostaglandinas intravaginales. Amniorrexis con líquido teñido (xx/xxx). A las 48h se produce el parto: feto muerto hembra de 370gr con malformaciones faciales evidentes. Se realiza legrado puerperal por dificultad en el alumbramiento bajo profilaxis antibiótica. Necropsia: feto concordante con edad gestacional, con fisura labio-palatina completa y labio leporino. Signos de envejecimiento placentario. La paciente fue dada de alta, se le realizó un estudio de trombofilias sin encontrar ninguna anomalía.

Conclusiones
Se ha demostrado que los suplementos de yodo y ácido fólico preconcepcionales y durante la gestación disminuyen su incidencia así como de los defectos del cierre del tubo neural. Es de gran importancia una buena ecografía morfológica y estudio prenatal para su diagnóstico, siendo realizado sobre todo en un corte coronal.

Bibliografía

- *Rangel H, Carreras E. Malformaciones faciales. En: Gratacós E, Gómez R, Nicolaides K, Romero R, Cabero J. Medicina Fetal. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p.263-275.*
- *Sección de Ecografía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SESEGO). Ecografía Básica en Obstetricia y Ginecología: Anatomía ecográfica normal y malformaciones de la cara y cuello fetales. Madrid: Edita Escuela Española de Ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología; 2004. p.71-76.*

217/167. PROLAPSO UTERINO EN GESTANTE DE PRIMER TRIMESTRE

Autores:
(1) Carrasco Trigueros, María Amparo; (2) Escames León, Maria Del Carmen; (3) Muñoz González, María Dolores; (3) Blanes Martinez, Eugenio José.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea. La Línea De La Concepción; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia.hospital La Línea. La Línea De La Concepción; (3) Medico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. hospital La Línea. La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos
Mantenimiento de la gestación hasta el termino en ausencia de complicaciones obstétricas. Evitar infecciones y/o rotura de las membranas por exposición uterina a través del introito y mejora de la sensación de pesadez y "bultoma" genital, así como el mantenimiento de una vida diaria normal durante la gestación.

Metodología
Secundigesta que ingresa en semana 12+1 por sospecha de fisura de bolsa. Prolapso uterino de III grado.

Sin antecedentes familiares ni antecedentes personales de interés.Gestación actual: normoevolutiva hasta la fecha.Parto anterior: Fórceps. R:N: <4000gr F.U.R: 16/02/2016

Evolución favorable con antibioticoterapia y reposo relativo sin objetivarse perdida de líquido durante ingreso.

Se decide colocar pesario del n°65, tipo donut, inicialmente,que se recambio posteriormente por n°70, lavado genital con gel intimo antiséptico y revisión, lavado del pesario y recolocación cada dos semanas.

Retirándose pesario a partir de semana 24,en nuestro caso a las 25+5, según bibliografía consultada.

Resultados
La gestante, hasta la fecha, mantiene un embarazo normoevolutivo y sin síntomas asociados al propaso genital.

No se ha presentado signos potencialmente esperables como la rotura prematura de membranas y/o la infección vaginal ni corioamninitis.

Tras la retirada del pesario en semana 25+5, no ha presentado síntomas asociados al propaso y actualmente lleva una vida activa.

Conclusiones
Es una entidad infrecuente en la gestación y por lo tanto su manejo no esta estandarizado. Tras la revisión bibliográfica y consensuado previamente con la paciente, se decidió el uso del pesario. La gestante no ha precisado reposo,llevando una vida activa y sin precisar uso de profilaxis tromboembólica. Por lo que podemos concluir, que puede ser una alternativa aceptable para el manejo del propaso sintomático durante la gestación.

Bibliografía

- *Pizzoferrato A, Bui C, Fauconnier A, Bader G. Advanced uterine prolapse during pregnancy: pre- and postnatal management. Gynécologie, obstétrique & fertilité. 2013;41(7-8):467*
- *Daskalakis G, Lymberopoulos E, Anastasakis E, Kalmantis K, Athanasaki A, Manoli A, et al. Uterine prolapse complicating pregnancy. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2007;276(4):391-2. Buyukbayrak EE, Yilmazer G, Ozyapi AG, Kars B, Karageyim Karsidag AY, Turan C. Successful management of uterine prolapse during pregnancy with vaginal pessary: a case report. Journal of the Turkish German Gynecological Association. 2010;11(2):105-6.*

217/168. DEFECTOS DEL TUBO NEURAL DETECTADOS POR ECOGRAFÍA. DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ANENCEFALIA

Autores:
(1) Moreno Champale, María; (1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (1) Fernandez Angulo, Patricia; (2) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Interno Residente En Ginecologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén; (2) Jefe De Servicio De Ginecologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Los defectos del tubo neural, como la anencefalia, son un grupo de malformaciones resultantes de un fallo en el cierre del tubo neural entre la semana tercera y cuarta del desarrollo embriológico normal. La anencefalia es una consecuencia final de la acrania caracterizada por la ausencia de los hemisferios cerebrales como resultado de la disrupción del tejido cerebral normal al no tener protección del cráneo.

Su incidencia en España es del 0.62/10.000 RN vivos. Su diagnóstico es posible desde la semana 10° de gestación, donde no encontramos calota. Se aprecia mejor en un corte coronal del cráneo, donde la base está presente y las órbitas son prominentes.

El pronóstico siempre es fatal. El riesgo de recurrencia es diez veces superior a la población general para una gestante con un caso anterior descrito y también está aumentado en sus familiares de primer grado.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Primigesta de 26 años, sin antecedentes personales de interés. En la Ecografía de las 12s se evidencia gestación evolutiva con AC+, Movimientos fetales, Placenta homogénea y Líquido Amniótico normal. CRL de 52mm acorde a edad gestacional. Se visualiza en polo cefálico la ausencia completa de calota compatible con anencéfalo. Se informa a la paciente del hallazgo de malformación mayor y se explica la posibilidad de IVE. Siendo aceptado y finalmente realizado.

Conclusiones
Es importante hacer una buena ecografía de primer trimestre para diagnosticar estas malformaciones mayores causadas por defectos del cierre del tubo neural dado su pronóstico fatal. Dichas alteraciones son compatibles con un cribado combinado normal de primer trimestre (de elección en nuestro medio) ya que los defectos del cierre del tubo neural pueden ser diagnosticados por una elevación de alfa feto proteína en sangre materna siendo este marcador parte del cribado de segundo trimestre.

Bibliografía

- *Chatzipapas IK, Whitlow BJ, Economides DL. The 'Mickey Mouse' sign and the diagnosis of anencephaly in early pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 1999;13:196–199.*
- *Filly R. Ecografía del segundo trimestre (18-23 semanas). En: Callen P. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1995. p.137-150.*
- *Jeanty P, Gonzçalves L. Anomalías del cuello y la cabeza fetales. En: Fleischer A, Manning F, Jeanty P, Romero R. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Madrid: Editorial Marbán Libros S.L.; 2004. p.389-408.*

217/169. PREVENCIÓN DE LA LINFORREA TRÁS LINFADENECTOMIA AXILAR.

Autores:
(1) López González, Elga; (1) Forero Díaz, Carmen; (2) León Tovar, José.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Huelva.

Resumen:

Objetivos
Presentamos el caso de un cáncer de mama localmente multifocal, en una paciente con Enfermedad de Von Willebrand, en el que empleamos Tachosil® en el lecho de la linfadenectomía con el objetivo de realizar una adecuada hemostasia, en una paciente de difícil control hemostatico así como para controlar la linforrea excesiva propia de este tipo de pacientes.

Metodología
Mujer de 52 años derivada del Programa de detección Precoz de Cancer de Mama por dos lesiones en la mama derecha con el diagnostico de Ca. mama. Antecedente familiar en madre. Antecedente personal menopausia a los 46 años, con terapia hormonal sustitutiva posterior. Diagnósticada de Enfermedad de Von Willebrand , con complicaciones hemorragicas tras intervenciones quirúrgicas.

Mamografía lesión de 8mm en CSE mama derecha con signos de malignidad, microcalcificacificaciones en CII. BAV informado cómo carcinoma infiltrante de la lesión sólida y carcinoma intraductal en las microcalcificaciones.

Ante los hallazgos obtenido, se concluye el diagnóstico de carcinoma multifocal mama derecha y se decide tratamiento quirúrgico con mastectomia y biopsia de ganglio centinela con resultado positivo intraoperatorio, realizando linfadenectomía axilar.

Se realiza hemostasia y se coloca Tachosil® sobre el lecho de la linfadenectomía , sellante de tipo fibrina que ha demostrado que reduce las complicaciones derivadas del sangrado por su efecto hemostático, así como disminuye la linforrea excesiva habitual en las cirugías radicales de axila actuando como sellado en los canales linfáticos.

La anatomía patológica concluyó con un carcinoma infiltrante y afectación ganglionar 2/15.

Resultados
Dado el componente prohemorrágico de la paciente, requirió de forma pre y postquirúrgica el tratamiento con Desmopresina y posteriormente con Hemabate, administrando puntualmente factor VIII.

La anatomía patológica concluyó con un carcinoma infiltrante y afectación ganglionar 2/15.

Conclusiones
Los sellantes y hemostáticos locales como Tachosil® contienen fibrinógeno y fibrina, demostrándose que reducen la producción postoperatoria de linfa actuando en el sellado de canales linfáticos. Nuestra experiencia es altamente satisfactoria ya que permite un control inmediato de la hemostasia y la linforrea precoz. Decidimos utilizarlo en esta paciente dado el factor de riesgo y los malos antecedentes.

Bibliografía

- *1. La situación del cáncer en Espana˜ - 2005. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.2.Winchester DJ, Menck HR, Winchester DP. National treatment trends for ductal carcinoma in situ of the breast. Arch Surg. 1997;132:660---5. 3. Van Bemmel AJ, van de Velde CJ, Schmitz RF, Liefers GJ. Prevention of seroma formation after axillary dissection in breast cancer: A systematic review. Eur J Surg Oncol. 2011;37: 829---35. 4. Woodworth PA, McBoyle MF, Helmer SD, Beamer RL. Seroma formation after breast cancer surgery: Incidence and predicting factors. Am Surg. 2000;66:444---50. 5. Aiken DR, Minton JP. Complications associated with mastectomy. Surg Clin North Am. 1983;63:1331---52. 6. Chilson TR, Chan FD, Lonser RR, Wu TM, Aitken DR. Seroma prevention after modified radical mastectomy. Am Surg. 1992;58:750---4. 7. Jain PK, Sowdi R, Anderson AD, MacFie J. Randomized clinical trial investigating the use of drains and fibrin sealant following surgery for breast cancer. Br J Surg. 2004;91:54---60. 8. Pinero˜ A, Illana J, Galindo P, Canteras M, Castellanos G, Robles R, et al. El desarrollo de seroma postlinfadenectomía axilar por cáncer de mama y su relación con determinados pará- metros del drenaje aspirativo. Cir Esp. 2001;70:147---51. 9. Gauthier T, Garuchet-Bigot A, Marin B. Lantreotide autogel 90 mg and lymphorrea prevention after axillary node dissection in breast cancer: A phase III double blind, randomized, placebo-controlled trial. Eur J Surg Oncol. 2012;38: 902---9. 10. Stanczyk M, Grala B, Zwierowicz T, Maruszynsky M. Surgical resection for persistent seroma, following modified radical mastectomy. World J Surg Oncol. 2007;5:104.*

217/170. SINDROME DE HELLP: VALORACIÓN RIESGO-BENEFICIO EN EL BINOMIO MADRE-FETO

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Fernandez Angulo, Patricia; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcazar, Jose Luis.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Jaen; (2) Residente; (3) Adjunto.

Resumen:

Objetivos

El síndrome HELLP se debe considerar una variante de la preeclampsia grave. Aunque existen 2 clasificaciones, la SEGO propone seguir la de Sibai (1986): el completo con plaquetas < 100.000/µl, aumento de LDH > 600 U/l, GOT > 72 U/l; y el incompleto sólo 1 o 2 de los 3 criterios.

Los aspectos generales del tratamiento del síndrome HELLP son: ingreso hospitalario, estabilización del estado materno con profilaxis de las convulsiones con sulfato de magnesio, tratamiento de la hipertensión arterial grave, dexametasona por vía intravenosa y fluidoterapia; evaluación del estado fetal y por último indicación de finalización inmediata de la gestación en caso de recuento de plaquetas < 50.000/µl y mismas indicaciones que en la preeclampsia grave.

Metodología

Caso clinico

Resultados

Mujer de 36 años fumadora, primigesta de 24 semanas (gestación por FIV en Málaga) derivada de Andújar a nuestro centro por CIR precoz, preeclampsia y Sdr de HELLP.

Al ingreso la paciente presenta mal estado general, proteinuria mayor de 300 mg, signos de hipertransaminasemia, plaquetopenia y anemia hemolítica y tensión arterial elevada a pesar del uso de labetalol. Se informa a la paciente de la gravedad de la situación clínica y el pronóstico neonatal desfavorable, por lo que se decide finalizar la gestación mediante cesárea urgente, con resultado de fallecimiento neonatal antes de la primera hora de vida. Tras la cesárea se observa una mejoría de la tensión arterial de la paciente y de los datos analíticos alterados.

Conclusiones

En general, se acepta que la vía vaginal es preferible a la cesárea. Para la elección de la vía del parto habrá que tener en cuenta factores como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional, etc. En nuestro caso dadas las condiciones maternas y fetales se decidió realizar una cesárea intentando valorar el riesgo y beneficio materno, dadas las condiciones cervicales de la paciente y el mal pronóstico de parto se finalizo por la vía más rápida salvaguardando el pronóstico materno.

Bibliografía

- *1. Socolllov D, Ilea C. Maternal fetal prognosis in Hellp syindrome. Pubmed. 2015*
- *2. Obstetricia de Williams. F Gary Cunningham Kenneth, J. Leveno Steven. 23 edicion*

217/171. VARICELA EN GESTANTE. CONDUCTA DIAGNOSTICO - TERAPEUTICA

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Fernandez Angulo, Patricia; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Jaen; (2) Residente; (3) Adjunto.

Resumen:

Objetivos

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa de etiología vírica frente a la cual, el 90-98 % de la población adulta presenta inmunidad residual, debido a esto, los casos de primoinfección durante el embarazo son poco frecuentes. Según el momento de la gestación en el que la madre presente su primoinfección, riesgos para el feto o el recién nacido son diferentes. La presencia de malformaciones se observa exclusivamente cuando la primoinfección materna ocurre en las primeras 20 semanas de gestación (Sdr de Varicela Congénita). Sin embargo, el riesgo de malformaciones fetales en este caso es de un 3%.

Como tratamiento el Aciclovir no cumple fines profilácticos, pero es aconsejable administrarlo en la embarazada con varicela (clínica y/o serología positiva para VVZ) para disminuir el riesgo de complicaciones en ella.

La conducta frente a una embarazada no inmunizada y por lo tanto serológicamente negativa para VVZ, que tuvo contacto con varicela, es la de administrar inmunoglobulina especifica antes de las 72 horas de ocurrido el contacto

Metodología

Caso clinico

Resultados

Mujer secundigesta de 18 semanas que acude a urgencias por lesiones vesiculares eritematosas pruriginosas que se localizan en tórax, abdomen, espalda y cuello; acompañadas de cefalea, sin sensación febril. La paciente refiere no haber pasado la infección por varicela como antecedente personal. La ecografía es normal y se solicita serología de varicela. Ante la espera de resultados la paciente inicia tratamiento empírico con Valaciclovir 500 mg cada 12horas durante 5 días. Posteriormente confirmamos el diagnóstico con la postitividad serológica a varicela.

Conclusiones

Dado la baja frecuencia de esta enfermedad, se recomienda en estos casos el seguimiento de estas gestantes de manera frecuente, que permita identificar los signos ecográficos relacionados con la infección fetal por varicela, a través del examen periódico que evalúe líquido amniótico, hígado, crecimiento fetal, estructuras cerebrales y las extremidades. Deberá trabajarse en la prevención de la infección prenatal por VVZ mediante detección de población en riesgo.

Bibliografía

- *1. Ahn KH, Park YJ, Hong SC. Congenital varicela síndrome: A systematic rewiew. Pubmed. 2015*
- *2. Obstetricia de Williams. F Gary Cunningham Kenneth, J. Leveno Steven, L. Bloom John C. 23 edicion.*

217/172. TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL PROLAPSO Y LA INCONTINENCIA: PESARIO VAGINAL

Autores:
(1) Chacon Romero, Marta; (2) González Fernández, Yurena; (3) Vivas Flores, Claudia Isabel.

Centro de Trabajo:
(1) Mir En Ginecología Y Obstetricia Hospital De Jerez Cádiz; (2) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
El objetivo es identificar las situaciones clínicas así como las características de las pacientes y sus defectos de suelo pélvico, en los que puede considerarse el uso del pesario vaginal.

Metodología
El prolapso de órganos pélvicos (POP) y la incontinencia urinaria (IU)son alteraciones muy frecuentes con una prevalencia del 25-65% y 20-55%.

La cirugía es una importante opción de tratamiento, aunque con una persistencia/recurrencia de los síntomas en un 30% de los casos y no siendo viable siempre; siendo en estas circunstancias el pesario vaginal una buena alternativa.

Resultados
Entre los resultados del estudio destacar que la tolerancia/Aceptabilidad de las pacientes 42-100% y las complicaciones mas frecuentes erosiones vaginales/ulceras (3-24%), sangrado, aumento de flujo genital, síntomas irritativos, ITUs (13%) y vaginosis bacterianas (32%).

Conclusiones
El uso de pesario vaginal debe ser ofrecido a todas las mujeres con POP o IU de acuerdo a sus características y es una importante alternativa a la cirugía. Es un tratamiento barato, efectivo y seguro; siendo las complicaciones import. raras. Un 85% de las mujeres tiene buena respuesta a su uso; y las cremas vaginales con bajas dosis de estrógenos pueden usarse para tratar la atrofia o erosiones vaginales concomitantes.

Los principales FR de fracaso son la HTS y cirugía de prolapso/IU previas.

Bibliografía

-
- *Ziv E, Stanton SL, Abarbanel J. Efficacy and safety of a novel disposable intravaginal device for treating stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2008; 198:594.e1.*
- *Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:10.*
- *Gorti M, Hudelist G, Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: a UK-based survey. J Obstet Gynaecol 2009; 29:129.*
- *Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 17:155.*
- *Liapis A, Bakas P, Georgantopoulou C, Creatsas G. The use of the pessary test in preoperative assessment of women with severe genital prolapse. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 155:110.*

217/173. MARCADORES ECOGRÁFICOS: MEGAVEJIGA ; A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) López González, Elga; (1) Forero Díaz, Carmen; (2) Delmas Garcia, Maria De Los Angeles.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Mir Complejo Hospitalario Huelva.

Resumen:

Objetivos
Conocer en la presencia de marcadores ecograficos y la relacion entre la formacion del sistema urinario y el parenquima pulmonar . Asi mismo conocer la entidad de la Malformación Adenoide Quística Pulmonar (MAQ), clasificación de la entidad y su pronóstico de cara a un buen consejo prenatal

Metodología
Se realizó búsqueda bibliográfica . El seguimiento de la gestación se analizó a través de sistema SIPACAC para el cribado de anomalías cromosómicas, las pruebas citogenéticas fueron enviadas al laboratorio de referencia y el seguimiento ecográfico se realizó mediante el Toshiba Applio 500.

Resultados
Secundigesta derivada a las 11+6 por megavejiga. Cribado de bajo riesgo .

A la 16s se observa la persistencia de la megavejiga (diámetro de 16mm) e una dilatación pielocalicial leve bilateral.

En hemitórax izquierdo se visualiza formación ecogénica

con algún área quística, de aproximadamente 18x15x23 mm, avascular. Se realiza estudio citogenético mediante cariotipo convencional en Liquido amniótico y microarrays ; con resultado normal de ambos.

A la 24s persiste una formación ecogénica a nivel del pulmón izquierdo de 28x24x20mm, con áreas quísticas en su interior. En dicho pulmón se evidencia una lengüeta posterior marginal de aspecto normal.

-Se suceden los controles ecográficos en la 27, 29, 32 y 35 donde se observa feto único en cefálica con actividad cardiaca y corporal ausente. ILA 5

Conclusiones
La ecografía prenatal permite el diagnóstico temprano de signos ecograficos . Es importante un diágnostico precoz y el seguimiento de la MAQ. Deben excluirse otras malformaciones fetales, que ensombrecen notablemente el pronóstico, obteniendo si es posible un cariotipo fetal.

Bibliografía

- *1. Borenstein M, Molina F, Maiz N, Bonino S, Nicolaides K. Tamizaje de anomalías cromosómicas en el primer trimestre. En: XI Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología. Granada; 2007. 2. Nicolaides K, Falcón O. La ecografía de las 11-13+6 semanas. Londres: Fetal Medicine Fundation; 2004. 3. Abuhamad A. Technical aspects of nuchal translucency measurement. Semin Perinatol 2005; 29: 376-379. Clases de Residentes año 2008 Ecografía de la semana 12. Marcadores ecográficos. M.Teresa Aguilar Romero / Mª Paz Carrillo Badillo - 16 - 4. Monteagudo A,*

Timor-Tritsch E. First trimester anatomy scan: pushing the limits. What can we see now?. Curr Opin Obstet Gynecol 2003; 15: 131-141. 5. Bilardo CM, Muller MA, Pajkrt E, Clur SA, Van Zalen MM, Bijlsma EK. Increased nuchal translucency thickness and normal karyotype: time for parental reassurance. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 11-18. 6. Sherer DM, Manning FA. Detección de aneploidía fetal mediante translucidez nucal en el primer trimestre. En: Fleischer A, Manning F, Jeanty P, Romero R, editores. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. 6° edición. Madrid: Marbán Libros, S.L.; 2004. p.89-112. 7. Falcon O, Faiola S, Huggon I, Allan L, Nicolaides K. Fetal tricuspid regurgitation at the 11+0 to 13+6-week scan: association with chromosomal defects and reproducibility of the method. Ultrasound Obstet Gynecol 2006; 27: 609-612. 8. Oh C, Harman C, Baschat A. Abnormal first trimester ductus venosus blood flow: a risk factor for adverse outcome in fetuses with normal nuchal translucency. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 192-196. 9. Sonek J, Borenstein M, Dafklis T, Persico N, Nicolaides KH. Frontomaxilary facial angle in fetuses with trisomy 21 at 11-13+6 weeks. Am J Obstet Gynecol 2007; 196: 271- 274.

217/174. RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO Y ALTERACIONES TENSIONALES DESCRITAS EN GESTANTES CON ALTERACIONES MORFOLÓGICAS PLACENTARIAS. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Moreno Champale, María; (2) Medina Vico, Elvira; (3) Bermúdez Quintana, Martín; (4) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Ch. De Jáen; (2) Medico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital De Baza; (3) Médico Interno Residente En Ginecologia Y Obstetricia. Ch. De Jaén; (4) Jefe De Servicio De Ginecologia Y Obstericia. Ch. De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Las lagunas placentarias corresponden con espacios homogéneos, aneicoicos y

avasculares rodeados de tejido placentario normal. Aquellas con diámetro mayor de

5cm se han relacionado con Retraso del Crecimiento Intrauterino.

La etiología puede ser múltiple. Hasta el 15% de las gestaciones se observan imágenes

hipo o anecoicas subcoriónicas que en el análisis posterior corresponden a depósitos

de fibrina producidos por estancamiento de la sangre materna en los espacios

intervellosos. Las trombosis intervellosas ocasionan igualmente imágenes econegativas

que aparecen hasta en el 36% de las gestaciones a término no complicadas.

Metodología
CASO CLÍNICO

Resultados
Secundigesta de 16 años que acude a consulta a las 33 semanas presentando útero menor a amenorrea y en la ecografía ILA 7-8, placenta corporal con grandes lagunas vasculares en tercio medio y un peso fetal estimado de 1370 gr ($p<1$) con eco-doppler normal. Ecografía del primer trimestre y morfológica informadas como normales. A las 34 semanas ingresa por preeclampsia grave con proteinuria de 24h de 2,2gr, y enzimas hepáticas y función renal normales.

Se consigue control de tensiones con Labetalol 100mg/12h. A las 34s+2d se produce rotura espontánea de membranas, y aparición de notch protodiastólico y aumento de IR en AU, normalidad de ACM, y PFE de 1.560 gr ($p<2$).

Se decide inducción de parto con oxitocina, finalizando la gestación en cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal. Diagnóstico AP de la placenta confirma las lagunas placentarias evidenciando además múltiples infartos que afectan a más del 50% de la misma acompañada de trombos intervellositarios.

Conclusiones
En gestantes con hallazgo de lagunas placentarias >5cm podrá ser necesario un

control estrecho de crecimiento y eco-doppler así como tensión arterial, con la finalidad de llevar un mejor manejo de la patología obstétrica potencialmente grave

Bibliografía

- *Hib J. Embriología médica. Interamericana-McGraw-Hill (5 ed). Méjico 1993.*
- *Fleischer A, Manning F, Jeanty P, Romero R. Ecografía en obstetricia y ginecología. Marbad eds. Madrid 2001.*
- *James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy. Management options. (3 ed). Saunders-Elsevier. Philadelphia 2006.*

217/175. INDICACIONES DE LAS CESÁREAS REALIZADAS EN 2014 ¿EXISTE VARIABILIDAD ENTRE LOS DISTINTOS MESES?

Autores:

(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Escamez Leon, Mª Carmen; (3) Muñoz González, María Dolores; (3) Villalon Vaquero, Paloma.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Conpeción.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción; (3) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos

Desgranar los motivos por los que se han realizado todas las cesáreas del año 2014 para valorar si existe variabilidad entre las indicaciones a lo largo del año

Metodología

Recopilación de datos del total de nacimientos que se han producido en el periodo comprendido entre enero de 2014 y Diciembre de 2014, escogiendo aquellos que han finalizado mediante cesárea.

Realización de una tabla que englobe, mes a mes las distintas indicaciones de cesárea, diferenciando entre las que han sido electivas y las que han sido urgentes

Resultados

Entre enero de 2014 y Diciembre de 2014 se han producido en nuestro servicio 833 nacimientos, finalizando en cesárea 197 (lo que equivale al 23.6%)

Del total de cesáreas, 65 (32.9%) fueron electivas, mientras que (67%) fueron urgentes

Observamos como entre las cesareas electivas, el principal motivo se trata de cesárea iterativa en 10 de los meses del año menos en Junio (cesárea gemelar) y Septiembre (Misma tasa que la cesárea por presentación podálica).

Por otra parte entre las cesáreas urgentes el principal motivo se trata de cesárea por RPBF en 11 de los meses del año menos en febrero (cesárea por presentación podálica e inicio de trabajo de parto)

El mes en el que más cesáreas se realizaron fue en enero (23) mientras que el que menos fue febrero (12)

Conclusiones

Encontramos que las indicaciones de cesárea no presentan variabilidad a lo largo del año, siendo los principales motivos las cesáreas por presentación podálica y cesarea iterativa entre las cesáreas electivas y por RPBF, por Sospecha de DCP y por NPP entre las cesáreas urgentes

217/176. ENFERMEDADES DE DEPÓSITO, ARTROGRIPOSIS MULTIPLE CONGÉNITA.

Autores:
(1) López González, Elga; (1) Forero Díaz, Carmen; (2) Rodríguez González, Nerea.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.

Resumen:

Objetivos
La artrogriposis es un síndrome clínico complejo caracterizado , por la presencia de contracturas y rigidez de la articulaciones. No es un diagnóstico médico sino la descripción de una limitación de movimiento de dos o más articulaciones en diferentes zonas del cuerpo. La primera descripción gráfica y clínica de este trastorno fue realizada en 1841 por Adolph Wilhelm Otto.

Metodología
Gestante de 37años.G3C1P1 (feto cruz por malformación fetal)

FR maternos obstétricos: mutación heterocigota de la protrombina y edad .

Controlada ecográficamente desde la 12+2s. No desea cribado. A la 25+4s se observan MMII en extensión y SS en flexión, mantenidas durante la exploración, realizándose una amniocentesis diagnostica, con cariotipo normal, negativo para el Gen SMN y para marcadores genéticos de las principales metabolopatías de depósito.

A la 30s, observamos polihidramnios severo, movimientos fetales escasos y ligero edema subcutáneo A la 33s ingresaría como APP, iniciando tocólisis intravenosa, maduración pulmonar y amniodrenaje terapéutico.

A las 33+5, finaliza la gestación con parto de inicio espontáneo y final eutócico. Nace una mujer, con APGAR 2/2 y sin respiración espontánea. Realizando RCP avanzada, sin éxito. Exitus .

Resultados
Anatomía patológica informa de malformaciones a nivel macroscópico y estigmas típicos de la artrogriposis. Microscópicamente el estudio muscular habla de variabilidad en el tamaño y distribución de fibras con histoquímica de Tricrómico positiva con inclusiones rojo-púrpura en sarcoplasma, sospechando Miopatía de depósito de nemalinas, como causa de la Artrogriposis

Conclusiones
Actualmente, en estudio genético de las principales miopatías nemalínicas, relacionadas con la artrogriposis, con el objetivo de ofrecer un buen consejo genético a los progenitores.

Bibliografía

- *1.B.K. Banker Neuropathologic aspects of arthrogryposis multiplex congénita Clin Ortho, 194 (1965), pp. 30 2. B.J. Baty,D. Cubberley,C. Morris,J. Cary Prenatal diagnosis of distal arthrogriposis Am J Med Genet, 29 (1988), pp. 501-510 3. M. Bronshtein,D. Keret,M. Deutsch Transvaginal sonographic detection of skeletal anomalies in the first and early second trimesters Prenat Diagn, 13 (1993), pp. 597-601 4. M. Bronshtein,E.Z. Zimmer The skeleton Transvaginal sonography of the normal and abnormal fetus, pp. 209-237 5. T.H. Bui,H. Lindholm,N. Demir Prenatal diagnosis of fetal arthrogryposis type I by ultrasonography Prenat Diagn, 12 (1992), pp. 1047-105 6. J.M. Carrera,V. Font Jr,M. Torrent Anomalías de las extremidades Diagnóstico prenatal, pp. 503-529 7. H. Chen,L. Immken,R. Lachnam Syndrome of multiple pterygia camptodactyly, facial anomalies, hypoplastic lungs and heart, cystic hygroma and skeletal anomalies. Delineation of a new entity and review of lethal forms of multiple pterygium síndrome Am J Med Genet, 17 (1984), pp. 819-823 8. I. Dudkiewicz,R. Achiron,A. Ganel Prenatal diagnosis of distal arthrogryposis type I Skeletal Radiol, 28 (1999), pp. 233-235 9. J.D. Goldberg,F.A. Chervenak,R.A. Lipman,R.L. Berkowitz Antenatal sonographic diagnosis of arthrogriposis multiplex congénita Prenat Diagn, 6 (1986), pp. 45-49 10. D.P. Gorzyca,J.P. McGraham,K.K. Lindfors Arthrogryposis multiplex congenita: prenatal ultrasonographic diagnosis J Clin Ultrasound, 17 (1989), pp. 40-44*

217/177. COMPLICACIONES EN LAS GESTACIONES GEMELARES MONOCORIALES: PERFUSIÓN ARTERIAL REVERSA.

Autores:
(1) Utrera Jiménez, Almudena; (2) Perez-Bryan Padilla, Maria; (3) Moreno Gómez, Alegría; (4) Ponce Muñoz, Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.; (2) Medico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Agustín. Linares.; (3) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.; (4) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Punta Europa. Algeciras.

Resumen:

Objetivos
Describir una de las complicaciones presentes en las gemelares monocoriales y su evolución natural.

Metodología
Exponemos el caso de una paciente de 25 años, tercera gestación espontánea con dos partos eutócicos anteriores. Unico antecedente de interés intervención en la infancia de una hernia umbilical. Acude a la primera ecografía en la semana 12 de gestación y en ella se aprecia una gestación gemelas monocorial-monoamniótica con dos fetos, el mayor de ellos presenta actividad cardiaca positiva, morfología aparentemente normal y tamaño acorde a 11+6 semanas de amenorrea. El menor de ellos presenta un tamaño acorde a 9+3 semanas de amenorrea, escasa definición de cabeza y tronco, esbozos de extremidades superiores e inferiores y flujo sanguíneo en su interior. Al tratarse de una gestación monocorial con las características anteriormente descritas la primera sospecha diagnóstica es de que estamos ante una secuencia TRAP.

Resultados
Se informa a la paciente de la sospecha diagnóstica y se deriva a un centro de referencia para plantear tratamiento y seguimiento oportunos. La paciente opta por no seguir con el embarazo. La secuencia de percusión arterial reversa en gemelos o secuencia TRAP es una complicación exclusiva de las gestaciones gemelares monocoriales, constituye un 1% aproximadamente de dichos embarazos. La historia natural de la enfermedad es la muerte por fallo cardiaco del gemelo bomba en un 35-55% de los casos. No se dispone de suficiente información sobre la morbimortaldad del gemelo sobreviviente que está sometido de forma crónica a una menor saturación de oxígeno. Se han desarrollado varias técnicas de terapia intrauterina para interrumpir el flujo hacia el feto acardio, lo cual ha mejorado la supervivencia, pero el momento idóneo para la intervención o la pertinencia de la misma permanecen todavía indefinidos.

Conclusiones
Se trata de una patología poco frecuente pero con un pero con un desenlace fatal en un porcentaje alto de los casos.

Bibliografía
- *Lisbeth Lewi, MD PhD; Jan Deprest MD, PhD; Kurt Becher, MD, PhD. The vascular anastomoses in monochorionic twin pregnancies and their clinical consequences. Obstetrics. January 2013.*

217/178. UTILIDAD Y BENEFICIOS DEL MASAJE PERINEAL EN LAS LESIONES PERINEALES TRAS PARTOS VAGINALES.

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (2) González Fernández, Yurena; (2) Vivas Flores, Claudia Isabel.

Centro de Trabajo:
(1) Mir Ginecologia Y Obstetricia Hospital De Jerez. Cádiz; (2) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos

Se busca evaluar el efecto del masaje perineal prenatal digital en la incidencia de trauma/ lesión perineal en el nacimiento.

Destacar la elevada incidencia de lesiones perineales tras parto vaginal (69, 8- 90,4%), sieno los principales factores de riesgo asociados la primiparidad, el elevado peso fetal y la instrumentacion del parto.

Metodología
Se revisan cuatro ensayos aleatorizados que comparan el masaje perineal frente a control; asociandose este a menor incidencia de trauma perineal, menor incidencia de episiotomía y reducción de dolor perineal a los 3 meses postparto.

Resultados
La mayoría de las mujeres quiere dar a luz sin desgarros perineales, episiotomías ni suturas, porque los mismos a menudo causan dolor posterior y pueden repercutir de forma negativa en el funcionamiento sexual.

Conclusiones
El masaje perineal prenatal disminuye la probabilidad de trauma/ lesión perineal (incluidas episiotomías) y es generalmente bien aceptado por las mujeres, que deben ser informados acerca de sus beneficios y instruidas en la técnica.

Bibliografía
- *1 Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858. CD005123.pub3*
- *2. Lesley A Smith et al. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13: 59.*
- *Published online 2013 March 7. doi: 10.1186/1471-2393-13-59.*
- *3. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7; (12):CD006672. Epub 2011 Dec 7.*
- *4. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. Obstet Gynecol. 2000 Mar;95(3):464-71.*
- *5. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.*

217/179. HIDROCEFALIA PRENATAL IDIOPÁTICA

Autores:
(1) Vilches Torres, Sandra; (2) Campos Serrano, Araceli; (3) Zapata Muñoz, Miriam.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Renia Sofía. Córdoba.; (2) Médico interno residente de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; (3) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos
Describir la evolución de un caso de hidrocefalia grave diagnosticada antenatalmente.

Metodología
Estudio, desarrollo de caso clínico del Hospital universitario Reina Sofía en Córdoba (HURS).

Resultados
Primigesta rumana, 15 años, 28 semanas de gestación (sg), acude a urgencias por sensación de dinámica uterina. Embarazo no controlado. En ecografía: hidrocefalia con biometría de 34 sg. Estudio de hidrocefalia prenatal: serologías y amniocentesis (QF-PCR y arrays) normales, ecografía morfológica (biometría de 34 sg, PFE 3300g aprox por macrocefalia grave con hidrocefalia severa bilateral, con LM desplazada a la derecha, corteza comprimida -grosor máximo 13 mm-. Tálamos visibles, III ventrículo dilatado, IV ventrículo no visible, cerebelo de 28 sg sin apreciarse bien cisterna magna) y RMN (dilatación asimétrica severa del sistema ventricular supratentorial. Parénquima adelgazado, sin identificarlo a nivel occipital, III ventrículo de 18 mm, marcado descenso de amígdalas cerebelosas, no se identifica el septum vergae. Tálamos y núcleos de la base desplazados, cuerpo calloso comprimido). Tras cese de dinámica uterina y maduración pulmonar completa se decide alta. Reingresa a las 2 semanas de parto (4 cm), indicándose cesárea urgente por interés materno-fetal (sin complicaciones). El recién nacido ingresa en neonatología, tutelado por entidad pública por rechazo parental. Derivación ventrículo-peritoneal y alta a los 30 días con escasa actividad espontánea, succión eficaz para alimentarse con biberón.

Conclusiones
Hidrocefalia obstructiva a nivel del acueducto de Silvio, con descenso de amígdalas cerebelosas de causa idiopática.

Bibliografía

- *1. Severe Diseases With Prenatal Diagnosis. Carmen Samaniego Fernández. Ramón Cancho Candela. Servicio de Pediatría, Hospital Río Hortega, Valladolid. 2. Echography of congenital malformations of the SNC. Carlos Andrés Toirac Romani, Acelia Salmon Cruzata. Pérez Ramírez M, Mulet Matos E. Avances en Ecografía Obstetricia y Ginecología. La tridimensión ecográfica. Rev Cubana Obstet Ginecol 1999; 25(2):92-5. 4. Pérez Guerrero JL, Quevedo Torres R, González Pérez A. Resultados del desquisaje de malformaciones fetales por ultrasonido. Rev Cubana Obstet Ginecol 1990; 16(1):49-56.*

217/181. EFECTO DE LA REHABILITACION DEL SUELO PELVICO COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO A LA CIRUGIA.

Autores:
Pantoja Garrido, Manuel; González Fernández, Yurena; Vivas Flores, Claudia Isabel.

Centro de Trabajo:
Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Jerez. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
El prolapso de organos genitales es muy frecuente y hasta en un 50% de las mujeres que han tenido hijos existe cierto grado de prolapso.

El prolapso genital es una de las causas mas frecuentes de histerectomía en todos los grupos de edad.

Por ello, el objetivo del estudio es determinar los efectos del tratamiento conservador (intervenciones físicas y en el estilo de vida) en mujeres con prolapso de organos pélvicos.

Metodología
Se reliza una comparación entre la efectividad de la gimnasia abdominal hipopresiva frente al entrenamiento perineal clásico en el fortalecimiento del suelo pélvico de la mujer. Tambien se intenta determinar su complementación con la cirugía.

Resultados
Se acepta un efecto positivo del EMSP con respecto a los síntomas y la gravedad del prolapso.

Conclusiones
Tanto el EMSP como la Gimnasia abdominal hipopresiva son intervencion es efectivas, pero no se encontró ningun ensayo que realizara ambas técnicas por separado y comparara los efectos logrados. Por otra parte, son necesarios mas estudios de alta calidad que evalúen la efectividad del EMSP como complemento de la cirugía para obtener pruebas claras cerca de la utilidad de cobinar estos tratamientos.

Bibliografía

- *Ziv E, Stanton SL, Abarbanel J. Efficacy and safety of a novel disposable intravaginal device for treating stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2008; 198:594.e1.*
- *Bump RC, Mattiasson A, Bø K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:10.*
- *Gorti M, Hudelist G, Simons A. Evaluation of vaginal pessary management: a UK-based survey. J Obstet Gynaecol 2009; 29:129.*
- *Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 17:155.*
- *Liapis A, Bakas P, Georgantopoulou C, Creatsas G. The use of the pessary test in preoperative assessment of women with severe genital prolapse. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 155:110.*

217/182. INDICACIONES DE LAS CESÁREAS REALIZADAS EN 2015 ¿EXISTE VARIABILIDAD ENTRE LOS DISTINTOS MESES?

Autores:
(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Blanes Martinez, Angel Arturo; (3) Gonzalez Vera, Cristina; (4) Muñoz González, María Dolores.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Conpeción.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario Valencia; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción; (4) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos
Desgranar los motivos por los que se han realizado todas las cesáreas del año 2015 para valorar si existe variabilidad entre las indicaciones a lo largo del año

Metodología
Recopilación de datos del total de nacimientos que se han producido en el periodo comprendido entre enero de 2015 y Diciembre de 2015, escogiendo aquellos que han finalizado mediante cesárea.

Realización de una tabla que englobe, mes a mes las distintas indicaciones de cesárea, diferenciando entre las que han sido electivas y las que han sido urgentes

Resultados
Entre enero de 2015 y Diciembre de 2015 se han producido en nuestro servicio 792 nacimientos, finalizando en cesárea 203 (lo que equivale al 25.6%)

Del total de cesáreas, 77 (38%) fueron electivas, mientras que 126 (62%) fueron urgentes

El principal motivo de cesárea electiva se mantiene en 11 de los meses del año es por cesárea iterativa a excepción de Noviembre (Cesárea por presentación podálica):

A excepcion de los meses de septiembre noviembre, el número mensual de cesáreas iterativas y por presentación podálica se mantienen estables (entre 1 y 2 por podalica, entre 2 y 6 iterativas)

Por otra parte entre las cesáreas urgentes el principal motivo se trata de cesárea por RPBF en 10 de los meses del año menos en Abril (cesárea por presentación sospecha de DCP) y en Junio (Misma tasa que la cesárea por NPP)

El mes en el que más cesáreas se realizaron fue en septiembre (28) siendo junto a febrero los únicos meses en los que hubieron más cesareas electivas que urgentes.

El mes que menos cesareas hubieron fue en junio (8)

Conclusiones
Encontramos que las indicaciones de cesárea no presentan variabilidad a lo largo del año, siendo los principales motivos las cesáreas por presentación podálica y cesarea iterativa entre las cesáreas electivas y por RPBF, por Sospecha de DCP y por NPP entre las cesáreas urgentes

ADemás observamos que las cesáreas urgentes son más frecuentes que las electivas

Bibliografía

217/184. ARTRITIS GONOCÓCICA: DIAGNOSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO.

Autores:
(1) Delmas Garcia, Maria De Los Angeles; (1) Torres Aguilar, Maria Del Rosario; (2) Rodríguez González, Nerea.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Juan Ramon Jimenez; (2) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.

Resumen:

Objetivos
La artritis gonocócica es consecuencia de la diseminación por vía hematógena de Neisseria gonorrhoeae (N. gonorrhoeae) desde una infección primaria. Actualmente es una entidad poco frecuente en los países occidentales, sin embargo su diagnóstico temprano, para el cual el laboratorio clínico juega un papel fundamental, es vital para evitar una propagación sistémica potencialmente mortal.

Metodología
Mujer 30 años, no RAMC, no hábitos tóxicos, no antecedentes ADVP, No HTA, DM, dislipemia, no intervenciones quirúrgicas.

G0. T/M:6/28 No método anticonceptivo.

Acude a urgencias hospitalarias por un cuadro de poliartralgia generalizada, siendo más agudo en hombro, muñeca y rodilla izquierda. Importante afectación de la movilidad. Temperatura 38°C, resto de constantes normales.

Refiere episodios de prurito genital y leucorrea amarillenta.

Hemograma , bioquímica y coagulación normales. PCR 8

RX hombros, rodillas, tobillos, sin cambios, ambas manos muestran ligeros cambios degenerativos en metacarpos.

Se decide ingreso a cargo de M.I para tratamiento analgésico.

Hoja de Consulta a reumatología ,Infecciosos, y Ginecología.

Durante el ingreso: picos febriles, dolor que remite parcialmente a analgesia IV.

Resultados
-Serología infecciosa: negativa

-RX torax : normal

-ECO cardio: normal.

-EC0 hombros: aumento partes blandas

-Hemocultivo, sistematico orina , exudado y cultivo faríngeo: negativo

-Marcadores Reumatoideos: ANA +

-Ginecologia: colpocitologia , VPH y cultivo de vagina. Moderada reacción Inflamatoria inespecífica.

-Artrocentesis rodilla izquierda: liq.sinovial 30206 leucos PMN 94% MN 5% Glu 31.

Se aisla Neisseria Gonorrhoeae . Sensible Cefixima

-JC: POLIATRITIS POR GONOCOCO

Conclusiones
La infección diseminada de N. gonorrhoeae (DGI) incluye signos como poliartralgias, tenosinovitis y dermatitis. Ciertos casos pueden cursar además con artritis monoarticular, asociada a cultivos positivos de líquido sinovial, aunque hemocultivos negativos. Los elevados índices de resistencia a penicilina y tetraciclina, obligan a recomendar ceftriaxona i.v. como tratamiento de elección.

La artritis gonocócica puede cursar en pacientes sin lesiones en la mucosa genitourinaria. Se asocia comúnmente a hemocultivos ne-

gativos. Solo el aislamiento del microorganismo en líquido sinovial permite un diagnóstico definitivo

Bibliografía

- *B.M. Manshady,G.R. Thompson,J.J. Weiss*
- *Septic arthritis in a general hospital, 1966-1977*
- *J Rheumatol, 75 (1980), pp. 23-30*
- *M. Dalla Vestra,C. Rettore,P. Sartore,E. Velo,L. Sasset,G. Chiesa*
- *Acute septic arthritis: remember gonorrhea*
- *Rheumatol Int, 29 (2008), pp. 81-85*
- *Medline*

217/187. INDICACIONES DE LAS CESÁREAS REALIZADAS EN 2016 ¿EXISTE VARIABILIDAD ENTRE LOS DISTINTOS MESES?

Autores:

(1) Blanes Martinez, Eugenio José; (2) Muñoz González, María Dolores; (2) Villalon Vaquero, Paloma; (3) Correas Rueda, Teresa.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Conpeción.; (2) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos

Desgranar los motivos por los que se han realizado todas las cesáreas del año 2016 para valorar si existe variabilidad entre las indicaciones a lo largo del año

Metodología

Recopilación de datos del total de nacimientos que se han producido en el periodo comprendido entre enero de 2016 y Agosto de 2016 , escogiendo aquellos que han finalizado mediante cesárea. Realización de una tabla que englobe, mes a mes las distintas indicaciones de cesárea, diferenciando entre las que han sido electivas y las que han sido urgentes

Resultados

Entre enero de 2016 y Agosto de 2016 se han producido en nuestro servicio 543 nacimientos, finalizando en cesárea 135 (lo que equivale al 24.8%)

Del total de cesáreas, 37 (27.5%) fueron electivas, mientras que 98 (72.5%) fueron urgentes

El principal motivo de cesárea electiva se mantiene en los 8 meses estudiados

Las indicaciones de cesareas electivas más frecuentes se mantienen estables a lo largo de los meses como son por presentación podálica (entre 1 y 3 por podalica) y por cesarea iterativa (entre 1 y 5)

Por otra parte entre las cesáreas urgentes el principal motivo se trata de cesárea por RPBF en los meses estudiados.

Las cesáreas por fallo de induccion se mantienen constantes a lo largo del tiempo (todos los meses 1 a excepcion de agosto en donde se realizan 2 por ese motivo)

El mes en el que más cesáreas se realizaron fue en febrero (23)

El mes que menos cesareas hubieron fueron Mayo y Julio (11)

En todos los meses han habido más cesareas urgentes que electivas

Conclusiones

Encontramos que las indicaciones de cesárea no presentan variabilidad a lo largo del año, siendo los principales motivos las cesáreas por presentación podálica y cesarea iterativa entre las cesáreas electivas y por RPBF, por Sospecha de DCP y por NPP entre las cesáreas urgentes Además observamos que las cesáreas urgentes son más frecuentes que las electivas

Bibliografía

217/188. ¿QUÉ OPINAN LAS GESTANTES A TÉRMINO DE LA ANALGESIA EPIDURAL?

Autores:
(1) Partal Lorente, Ana Belén; (2) Pérez López, Silvia; (2) Ruiz-roso Muñoz-torrero, Celia María; (2) López Alaminos, Simón.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Juan De La Cruz; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Juan De La Cruz. úbeda.

Resumen:

Objetivos
Conocer el grado de ansiedad que presentan las gestantes a término cuando piensan en el momento del parto, Y su opinión sobre los diferentes mecanismos de alivio del dolor del parto.

Metodología
Estudio descriptivo retrospectivo a partir de cuestionario entregado a las gestantes a término que acudían a la consulta de bienestar fetal de nuestro servicio durante el último trimestre del 2012.

Resultados
En este estudio han participado 214gestantes. El 100% de las pacientes manifiesta que piensa en el momento del parto, y al 41% de ellas le produce ansiedad pensar en ello. Además el 68% refiere que tiene miedo a los dolores del parto. Con respecto al uso de analgesia epidural para el alivio del dolor del parto, el 49% de las encuestadas reconoce que le da miedo este método, y mas de la mitad prefiere no recurrir a ella. De las pacientes multíparas, el 71% de las que se pusieron la epidural durante sus partos anteriores quieren utilizarla de nuevo, mientras que el 66% de las no se las pusieron en el anterior parto no desea ponérsela en éste.Entre las pacientes multíparas, de las que recurrieron a la anestesia epidural en su anterior parto, el 71% manifiestan que volverían a hacer uso de ella, entre las que no recurrieron a ella, el 66% manifiesta que tampoco haría uso de ella en su siguiente parto.Por último preguntamos si conocían los beneficios de la inmersión en el agua durante la fase activa del parto. 111 pacientes (51.87%) han recibido información al respecto, el 90% de ellas a través de su matrona, y al 88% les gustaría utilizarla en su parto. Sin embargo, el 54% de las que no han recibido esta información no quiere probarla.

Conclusiones
Uno de los grandes temores que verbalizan las embarazadas es a padecer dolor durante el parto. Es fundamental la información de estas pacientes sobre los diferentes métodos existentes para el alivio del dolor durante la fase activa del parto. Con la introducción de la hidroterapia se pone a disposición de las pacientes otro método alternativo para aquellas que no desean hacer uso de la anestesia epidural.

Bibliografía

- *Analgesia del parto. Guia práctica de asistencia de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Octubre 2010.*
- *Anim-Somuah MM, Smyth R, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;12.*

217/189. EMBARAZO HETEROTÓPICO CON ANTECEDENTE DE FECUNDACIÓN IN VITRO

Autores:
Diez Del Castillo, Natalia; Garcia Ruiz, Carmen.

Centro de Trabajo:
Médico interno residente de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Objetivos
El embarazo heterotópico es una patología poco frecuente, pero que ha ido aumentado su frecuencia debido al mayor número de procedimientos de reproducción asistida. Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de fertilización in vitro o tratamiento para la fertilidad con embarazo heterotópico.

Metodología
Se presenta la historia clínica de la paciente, desde su captación en la consulta de Reproducción hasta el postoperatorio con alta domiciliaria.

Resultados
Primigesta de 39 años de 8+6 semanas, conseguida mediante transferencia embrionaria, que acude por dolor abdominal de menos de 24 horas de evolución acompañada de manchado escaso. Presenta abdomen doloroso a la palpación, especialmente en fosa ilíaca derecha. Se visualiza ecográficamente saco gestacional intrauterino de 22 mm con botón embrionario sin actividad cardíaca y vesícula vitelina, con zona de despegamiento en cara posterior. En anejo derecho formación heterogénea de 80x41 mm sugestiva de coágulo. En el extremo superior se aprecia una formación anecoica con refuerzo alrededor y en su interior otra formación sugestiva de embrión de 7-8 semanas, sin actividad cardíaca. Líquido libre en Douglas moderado. Se diagnostica de embarazo heterotópico, y se realiza salpingectomía derecha por laparoscopia y legrado obstétrico evacuador posterior por no viabilidad de embrión intrauterino en el momento del diagnóstico. La paciente presentó un postoperatorio favorable sin complicaciones, recibiendo el alta a los dos días de la intervención.

Conclusiones
El diagnóstico del embarazo heterotópico es difícil debido a la rareza de esta patología, la variedad de sintomatología asociada y por la existencia de embarazo intrauterino que continúa la producción de fracción Beta de la gonadotropina coriónica humana si es viable. Requiere una alta sospecha diagnóstica, un estudio ecográfico detallado y atención quirúrgica temprana para asegurar un pronóstico favorable al embrión intrauterino si presenta viabilidad. La laparoscopia se considera un abordaje seguro con menor número de complicaciones.

Bibliografía

- *1- Molinaro, T; Barnhart, K. Abdominal pregnancy, cesarean scar pregnancy, and heterotopic pregnancy. UpToDate 2016*

217/190. SEGURIDAD DEL USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) EN PACIENTES NULÍPARAS

Autores:
(1) Pinto Ibáñez, Andrea; (2) Rodríguez-rubio Corona, Carmen; (3) Ceballos Morillas, Concepción; (3) Sánchez Ruiz, Rocío.

Centro de Trabajo:
(1) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Materno-infantil. Complejo Hospitalario Universitar; (2) Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Materno-infantil. Complejo Hospitalario Universitario De Granada; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Materno-infantil. Complejo Hospitalario Universitario De Granada.

Resumen:

Objetivos
La OMS recomienda ofertar DIU como primera línea a mujeres con dificultades con el cumplimiento de otros métodos, incluidas nulíparas. En pacientes nulíparas usuarias de DIU entre 15-29 años se ha evidenciado un leve aumento en riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria(EPI) y de expulsión, de ahí cierta actitud restrictiva por los profesionales en cuanto a su uso en este grupo. Nuestro objetivo es analizar la seguridad del DIU en población nulípara de nuestro medio.

Metodología
Estudio descriptivo de 48 pacientes nulíparas con inserción DIU como método anticonceptivo entre marzo 2014-junio 2016 en Consulta de Planificación Familiar del Complejo Hospitalario Universitario de Granada. En ningún caso se utilizó premedicación(antiinflamatorios o misoprostol).

Resultados
Edad media 25,3años.Criterio de inclusión: mujeres nulíparas, tres de ellas con gestación previa (dos con interrupción voluntaria y aborto espontáneo en una). Método AC previo: barrera 30,7%,ACHO 26,9%,Nuvaring 11,5%,gestágenos 3,8% y DIU-Cu 7,6%. En 42(87,2%) pacientes se insertó DIU-Cu y en 6 DIU LNG (por hipermenorrea). Inserción fácil en 88,4% de los casos, difícil 11,6%. Ninguna complicación severa durante la inserción, 3 casos de reacción vasovagal leve con recuperación espontánea. Ningún caso de perforación ni de expulsión espontánea. Un caso de EPI y otro de gestación tras la inserción. En un caso hubo que interrumpir la técnica por dolor al canalizar cérvix; decidiéndose realizar un segundo intento tras misoprostol con inserción exitosa. Encuesta post-inserción: 23% refirió dolor leve durante inserción, 42% moderado y 35 %intenso.Un caso precisó asistencia en servicio de urgencias y uso de mórficos. 40% refiere aumento de sangrado menstrual y 30% mayor dismenorrea.

Conclusiones
El DIU es un método seguro en población nulípara, que presenta ventajas respecto a otros por una mejora en el cumplimiento; permite disminuir la tasa de embarazos no deseados. Se recomienda anamnesis detallada para evaluar la conveniencia del método e identificar pacientes con alto riesgo de ETS.

Bibliografía

- *1. Mestad, R; Segura, G; Allsworth, J.E; Maddon, T; Zhao, Q; Peipert, JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the contraceptive choice project. Contraception 2011.*
- *2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Anticoncepción intrauterina. Protocolo actualizado en 2014.*

217/191. TRATAMIENTO CON METHOTREXATE EN DOSIS ÚNICA ANTE DIAGNÓSTICO DE GESTACIÓN ECTÓPICA CERVICAL

Autores:
(1) Castillo Lara, Maria; (2) Vilar Sánchez, Angel; (2) Moreno Corral, Luis; (3) Torrejon Cardoso, Rafael.

Centro de Trabajo:
(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (3) Jefe de Servicio UGC de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Paciente mujer de 31 años, sin antecedentes personales de interés y como antecedentes ginecológicos relevantes: una gestación ectópica. Acude al servicio de Urgencias por sangrado vaginal de moderada intensidad.

Inicialmente se postuló como diagnostico la amenaza de aborto vs gestación Ectópica, que en visitas posteriores se confirmó el diagnóstico de Gestación Ectópica Cervical (GEC).

Metodología
A la exploración inicial el abdomen es blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. A la especuloscopia se aprecian genitales externos normales, no existe sangrado activo pero sí abundantes restos hemáticos; en la ecografía por vía transvaginal se visualiza imagen anecoica y redondeada, compatible con saco gestacional en canal endocervical, endometrio de aspecto decidualizado, ambos anejos se visualizan normales y no hay liquido libre en fondo de saco de Douglas. Aporta informes anteriores que muestran exploración y ecografía dentro de la normalidad, sin imágenes patológicas en cérvix.

Se decidió actitud expectante con controles ambulatorios y se administró gammaglobulina anti-D. Se plantea en este momento el diagnóstico diferencial de una metrorragia del primer trimestre descartando enfermedad trofoblástica; siendo el diagnóstico se sospecha de aborto en curso vs gestación ectópica cervical.

Resultados
Se han descrito diversos tratamientos conservadores para ésta patología que permiten la conservación del útero y así la capacidad reproductiva de la paciente como el tratamiento con methotrexate (MTX) intramuscular en dosis única o en varias dosis. Éste actúa inhibiendo el crecimiento del trofoblasto mediante inhibición de la síntesis de ácido desoxirribonucleico y así la síntesis y división celular. Éste puede administrarse por vía intramuscular o intracervical; mediante inyección de MTX intraamniótico o inyección de KCL intrasacular o intrafetal cuando existe actividad cardíaca embrionaria positiva.

Tras ser tratada con Methotrexate (MTX) intramuscular con una dosis única, se comprobó la resolución del caso mediante medición de BHCG en sangre de manera seriada, y ecografías para comprobar la desaparición de la imagen en cérvix correspondiente a la GEC. El interés de este caso reside en la escasa incidencia de la G.E.C. y el tratamiento con una sola dosis de MTX intramuscular, habiendo mostrado buena respuesta.

Conclusiones
Tras ser tratada con Methotrexate (MTX) intramuscular con una dosis única, se comprobó la resolución del caso mediante medición

de BHCG en sangre de manera seriada, y ecografías para comprobar la desaparición de la imagen en cérvix correspondiente a la GEC. El interés de este caso reside en la escasa incidencia de la G.E.C. y el tratamiento con una sola dosis de MTX intramuscular, habiendo mostrado buena respuesta.

Bibliografía

- *Single-dose Intramuscular Methotrexate Treatment of Cervical Ectopic Pregnancy.*
- *Authors: Albert Asante,M.P.H., et al.*

217/194. SD. OHVIRA, UNA MALFORMACIÓN UTERINA INFRECUENTE

Autores:

(1) Castillo Lara, Maria; (2) Prado Fernandes, Fabiana; (3) Sánchez Cibantos, Jorge; (4) Torrejon Cardoso, Rafael.

Centro de Trabajo:

(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Médico Interno Residente en Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.; (3) Médico Especialista en Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.; (4) Jefe de Servicio UGC de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

Objetivos

Paciente mujer de 26 años remitida para valoración ginecológica por dolor abdominal intenso en hipogastrio asociado a menstruaciones malolientes desde hace unos meses. Como antecedentes de interés, se diagnosticó hace dos años de sospecha de Útero Doble, tras Histerosalpingografía en estudio básico de reproducción. Se introdujo contraste a útero que se visualizó de morfología alargada y lateralizado a la derecha. Así mismo diagnosticada de Agenesia Renal Izquierda, con riñón derecho compensador mediante TAC de Abdomen.

Metodología

Como antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 13 años, eumenorreica y Nuligesta.

A la exploración se visualizaban genitales externos dentro de la normalidad, vagina normal con restos menstruales malolientes y cérvix con O.C.E. rasgado longitudinalmente a través del cual fluyen restos de menstruación maloliente, bien epitelizado. No se visualiza tabique vaginal ni doble cérvix. Ecografía STV: Hemiútero izquierdo de 71.7x29 mm, con endometrio lineal homogéneo, Hemiútero derecho de 62.3x27.6 mm con endometrio lineal homogéneo. No se visualiza cérvix.

Se solicita RNM de Pelvis, la cual describe: dos cuernos uterinos separados por un espacio amplio, dos cuerpos y dos cuellos uterinos separados por un tabique longitudinal en vagina.

Resultados

En la hemivagina izquierda se aprecia quiste de 12 mm, no existe hematocolpos o hematómetra. Como diagnóstico: malformación uterina, Útero Didelfo.

Ante estos hallazgos, la paciente se diagnosticó de SD. De OHVIRA previamente conocido como el síndrome de Herlyn-Werner-Wünderlich, una malformación Mülleriana, que es una entidad poco común. Se caracteriza por útero didelfo con una hemivagina obstruida por un tabique vaginal, y agenesia renal ipsilateral a la obstrucción. Este síndrome suele identificarse posterior a la menarquia, a causa de síntomas obstructivos y otras veces posterior al estudio de infertilidad.

Conclusiones

En nuestro caso creemos que una ileítis desencadenó en la paciente un proceso inflamatorio pélvico que provocó la aparición de los síntomas, mediante producción de una fístula que conectaba ambas hemivaginas, y causaba la expulsión de menstruacion, procedentes de la hemivagina obstruida.

La paciente se trató quirúrgicamente realizándose resección endoscópica del tabique vaginal que puso de manifiesto dos orificios cervicales y dos hemiúteros independientes. La paciente presentó adecuada evolución postquirúrgica, y seis meses después ninguna recidiva de su sintomatología.

Bibliografía

- *1. Roth M, Mingin G, et al. Endoscopic ablation of longitudinal septa in prepuberal girls: A minimally invasive alternative to open resection. J Pediatr Urol. 2010;6:464–8*

2. Stassart JP, et al. Uterus didelphys, obstructed hemivagina, and ipsilateral renal agenesis: the University of Minnesota experience. Fertil Steril. 1992;57:756–61.

217/195. ADENOCARCINOMA SOBRE PÓLIPO ENDOCERVICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:

(1) Abolafia Cañete, Begoña; (1) Molina Fernández-bravo, Mª Del Prado; (1) Gallardo Montes, Pilar; (2) Arjona Berral, José Eduardo.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; (2) Jefe De Servicio Unidad De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen:

Objetivos

Describir a propósito de un caso la clínica, diagnóstico y tratamiento del adenocarcinoma sobre un pólipo endocervical.

Metodología

Se realiza mediante la revisión de la historia clínica informatizada de la paciente.

Resultados

Paciente de 41 años que acude a consulta para revisión ginecológica. Portadora de DIU Mirena desde hace 5 años por hipermenorreas. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Fórmula obstétrica: G1P1. Fórmula menstrual: 7/28. Citologías periódicas normales.

En la exploración se evidencian genitales externos normales, vagina normal y masa exofítica con amplia base de implantación en labio superior de cérvix que sangra al mínimo contacto. Se observan hilos del DIU. Ecografía transvaginal sin hallazgos patológicos. Se cita para extirpación de masa.

Acude a los dos días a Urgencias por sangrado mayor a regla.

Se observa en cuello masa periorificial. Sangrado similar a regla. Se coloca taponamiento vaginal y se decide ingreso en planta. Ecografía transvaginal sin hallazgos y analítica normal.

Se realiza polipectomía fragmentada y se remite a Anatomía Patológica. Se coloca nuevo DIU Mirena y se pauta ácido tranexámico 500 mg 2 comp/8 horas.

En cita para resultados: marcadores tumorales normales y el resultado anatomopatológico viene informado como adenocarcinoma de endocérvix bien diferenciado de patrón papilar. Se solicita RMN siendo ésta normal, sin afectación de parametrios.

Se decide Histerectomía radical + Linfadenectomía pélvica preservando el ovario derecho vía laparoscópica. Resultado anatomopatológico es de Adenocarcinoma de Cérvix que no afecta a bordes de resección; cuerpo uterino y ovario izquierdo sin alteraciones; 8 ganglios linfáticos reactivos, libres de neoplasia.

Conclusiones

Importancia de las revisiones ginecológicas ante cualquier sangrado anómalo y estudio anatomopatológico de las masas polipoideas extirpadas.

Bibliografía

- *Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2014.*

217/196. MARCADORES MENORES ECOGRÁFICOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE COMO FACTORES QUE MEJORAN EL RENDIMIENTO DEL CRIBADO DE PRIMER TRIMESTRE.

Autores:
(1) Melero Jimenez, Mª Victoria; (2) Fajardo Exposito, Maria Antonia; (2) Rodriguez Pareja, Maria Antonia; (2) Broullón Molanes, Jose Roman.

Centro de Trabajo:
(1) H.u Puerta Del Mar. Cadiz; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Puerta Del Mar. Cadiz.

Resumen:

Objetivos
La trisomía 21 es el principal objetivo en el cribado de primer trimestre, que ha mejorado su cribado desde la incorporación del cribado combinado en población general. Pero en el momento actual también observamos que gracias a el aumento en la resolución de los ecógrafos y la posibilidad de valorar otros marcadores menores, estamos consiguiendo disminuir el número de falsos negativos en el cribado.

La trisomía 21 el mejor marcador ecográfico en primer trimestre es claramente el aumento de la translucencia nucal. En segundo trimestre también se han descrito clásicamente asociación a altercaciones mayores y múltiples marcadores menores.Entre las malformaciones mayores se ha asociado clásicamente a defectos atriventriculares, atresia duodenal, onfalocele, ventriculomegalia leve.

También otros marcadores menores como ventriculomegalia leve, fémur y humero corto, hiperecogenicidad intestinal, foco hiperecogénico intracardiaco, dilatación pielocalicial, ausencia de hueso nasal, clinodactilia y dedo en sandalia.

Metodología
Presentamos el caso de una gestante primigesta que presentando TN entre percentil 95-99, se ofreció prueba invasiva para estudio genético, en el cual se objetivaban otros marcadores menores para trisomía 21.

Finalmente se confirmó la t21, la pareja decidió interrupción de embarazo.

Resultados
Finalmente se confirmó la t21, la pareja decidió interrupción de embarazo.

Conclusiones
Nos gusta resaltar que en los casos en los que la traslucencia nucal no esta excesivamente elevada o la posición fetal no permite después de una larga exploración la medición adecuada de la TN, estos marcadores menores pueden ayudarnos a la hora de decidir ofertar prueba invasiva y evitar también falsos negativos en el cribado de cromosomopatías.

Bibliografía

- *1. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin No 77: screening for fetal chromosomal abnormalities. Obstet Gynecol 2007; 109:217*
- *2. Wald NJ, Kennard A, Hackshaw A, McGuire A. Antenatal screening for Down's syndrome. Health Technol Assess 1998;2:i–iv,1–112*
- *3. Nicolaides KH, Azar G, Byrne D, Mansur C, Marks K. Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in first trimester of pregnancy. BMJ 1992;304:867–9.*

217/197. ¿INFLUYE ESTUDIAR UNA CARRERA UNIVERSITARIA SANITARIA CON EL TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZAN LAS UNIVERSITARIAS?

Autores:
(1) Castillo Lara, Maria; (2) Expósito Mateo, Ana; (3) Lubián López, Daniel; (4) Torrejon Cardoso, Rafael.

Centro de Trabajo:
(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Medico Interno Residente Medicina De Familia Y Comunitaria. Hospital Universitario Puerto Real (cádiz); (3) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario Puerto Real (cádiz); (4) Jefe de Servicio UGC de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
El objetivo principal de este estudio es conocer qué tipo de método anticonceptivo utilizan el grupo de mujeres universitarias de carreras sanitarias (Medicina y Enfermería) y el grupo de mujeres universitarias de carreras no sanitarias (Magisterio, Derecho, Ingeniería y Administración y Dirección de Empresas).

Metodología
Se ha realizado una encuesta anónima sobre métodos de anticoncepción a 222 mujeres entre los 18-30 años, matriculadas en la Universidad de Cádiz dividiendo en dos grupos: aquellas pertenecientes a carreras sanitarias y no sanitarias. La significación estadística se estableció en una $p<0.05$.

Resultados
Se les preguntó qué tipo de método anticonceptivo utilizan más a menudo, siendo el resultado en el grupo de sanitarias el preservativo, 40.3% y en las no sanitarias los anticonceptivos hormonales orales con un 44.3%.

Las razones citadas para confiar en este método fueron la efectividad (29.1% y 30.7% respectivamente; p=0.3), la comodidad de uso (23.1% y 19.3%, respectivamente; p=0.2), la ausencia de efectos secundarios (9% y 4.5%, respectivamente; p=0.2) y la recomendación de su médico (8.2% y 12.5%, respectivamente; p=0.2).

Después del preservativo, el método más utilizado por las estudiantes universitarias sanitarias fueron los anticonceptivos hormonales orales con un 37.3% y por las no sanitarias fue el preservativo con un 33%.

Conclusiones
El espectro de métodos anticonceptivos usados en las estudiantes universitarias sanitarias no difiere de forma significativa del de las estudiantes universitarias no sanitarias a pesar de que las estudiantes universitarias sanitarias optan más a menudo por los preservativos debido a su efectividad y seguridad, mientras que las estudiantes universitarias no sanitarias confían más frecuentemente en los anticonceptivos hormonales orales.

Bibliografía

- *1.- Calaf J, Sánchez-Borrego R, Pérez-Campos E, et al. Multicenter, cross-sectional study about the beliefs and attitudes of Spanish women regarding the new oral contraceptives containing natural oestradiol. Creación Study. Rev Iberoan Fert Rep Hum 2012;29:151-8*
- *2.- Lete I, Pérez-Campos E. Differences in contraceptive use between Spanish female healthcare providers and Spanish women in the general population aged 23 to 49 years: the HABITS Study. Eur J Contracept Reprod Health Care 2014;19:161-8.*

217/199. DIAGNÓSTICO PRENATAL DEL NEUROBLASTOMA FETAL. CASO CLINICO

Autores:
(1) Galán Gutiérrez, María Jesús; (2) Montero Venegas, Francisco Manuel; (2) Gómez Molina, Maria Gertrudis; (3) Carreto Alba, Praxedes.

Centro de Trabajo:
(1) Residente Ginecologia Y Obstetricia Hospital Juan Ramón Jimenez.Huelva.; (2) Residente de segundo año del Complejo Hospitalario de Huelva.; (3) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jimenez. Huelva. España.

Resumen:

Objetivos
Revisión bibliográfica acerca del diagnóstico ecográfico prenatal del Neuroblastoma, así como su posterior seguimiento y manejo.

Metodología
Gestante primigesta sin antecedentes personales de interés que a las 38+5 días se detecta en ecografía abdominal quiste renal derecho.Se describe biometría acorde a edad gestacional,riñón derecho normal con quiste en polo superior,anecoico, con un tabique, de 37x32mm y con flujo periférico.Glándula suprarrenal derecha visualizada.Resto de ecoanatomía normal para edad gestacional. En el control ecográfico a la semana se describe incremento moderado de tamaño con medidas de 43x37x42mm con flujo periférico.A las 40+3 se decide inducción del parto por sospecha de malformación fetal finalizando éste de forma eutócica y naciendo mujer de 3210gr con Test de Apgar 9/10

Resultados
Tras nacimiento presenta exploración anodina.La ecografía en el segundo dia de vida describe formación similar a las ecografías prenatales.Se realiza MIBG, TC y RM abdominal con resultado probable de NB E L1.Catecolaminas en orina:Ac Homovalínico 126 nmol/mg,resto normal.Se realiza seguimiento de dicha tumoración en unidad de oncología permaneciendo estable en los siguientes 5 meses tanto clínica como ecográficamente.Se presenta el caso clínico en comité de tumores decidiéndose realizar exéresis mediante laparoscopia.El informe de AP revela glándula suprarrenal con nódulo necrosado y calcificado residual y ausencia de neoplasia, considerándose como un caso de NB de remisión completa.La paciente es dada de alta.

Conclusiones
Se ha incrementado el número de casos diagnósticados durante el embarazo gracias a la realización de ecografias rutinarias.La mayoría se detectan en el tercer trimestre de la gestación,predominando los de localización suprarrenal.Suelen ser masas sólidas,quísticas o ecomixta con vascularización periférica. Ante la sospecha de masa suprarrenal fetal hacer un diagnóstico diferencial con la hemorragia y el quiste suprarrenal,malformaciones adenomatosas pulmonares,quistes mesentéricos,y el neuroblastoma congénito. Se considera una enfermedad compleja variando desde casos de regresión espontánea a tumores de crecimiento progresivo y diseminación masiva,lo que plantea dudas sobre el tratamiento precoz o la abstención terapeútica y observación del paciente. El principal factor pronóstico clínico continua siendo la edad al diagnóstico menor de 1 año,de ahí que el diagnóstico prenatal precoz permita ofrecer un tratamiento oportuno y mejore el pronóstico.

Bibliografía

- *Sego. Medicina Perinatal.*
- *Clinic.*
- *Revisión bibliográfica de Cochrane.*
- *Progreso.*
- *J.Ferrer Ferrán,J. Ortega Rodriguez,M. Iriondo Sanz,J,et al. Neuroblastoma quístico fetal. Hospital San Joan de Déu.Barcelona.2000*
- *Crespo Esteras,R. Alvir-alvaro,Alvaro, Campillos Maza, Jose Manuel et al. Diagnostico prenatal del neuroblastoma retroperitoneal. Reporte de un caso. Revista Mexicana de Obstetricia y Ginecología. 2015*

217/200. COMPARACIÓN SOBRE HÁBITOS SEXUALES EN UNIVERSITARIAS SANITARIAS Y NO SANITARIAS.

Autores:
(1) Castillo Lara, Maria; (2) Prado Fernandes, Fabiana; (3) Ramirez Ariza, Maria Antonia; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Médico Interno Residente en Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.; (3) Alumna Interna De Ugc Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real; (4) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
El objetivo principal de este estudio es conocer si el grupo de mujeres universitarias de carreras sanitarias (Medicina y Enfermería) tienen una mayor educación sexual al de las estudiantes de carreras no sanitarias (Magisterio, Derecho, Ingeniería y Administración y Dirección de Empresas).

Metodología
Se ha realizado una encuesta anónima sobre métodos de anticoncepción a 222 mujeres entre los 18-30 años, matriculadas en la Universidad de Cádiz dividiendo en dos grupos: aquellas pertenecientes a carreras sanitarias y no sanitarias. El análisis estadístico se llevó por cálculo de frecuencias, medias y desviaciones estándar.

La significación estadística se estableció en una $p<0.05$

Resultados
El 87,9% de las encuestadas habían mantenido alguna vez relaciones sexuales coitales frente al 11,65% que no habían mantenido ninguna vez relaciones sexuales.

La edad media de inicio de la relaciones sexual fue entre 15 y 18 años, con un 58,2% en el grupo de las universitarias sanitarias frente a un 53,4% en las universitarias no sanitarias.

Una de cada dos mujeres encuestadas considera bastante importante mantener una vida sexual activa, 55,9%. Las estudiantes universitarias le otorgan más importancia que las estudiantes no sanitarias (56,7% frente al 54,5% respectivamente p=0,41). Una de cada tres mujeres encuestadas está muy satisfecha con las relaciones sexuales 38% p= 0,24.

Las estudiantes universitarias matriculadas en Cádiz consideran que tienen buenos conocimientos sobre la sexualidad 60,8% p= 0,02.

Conclusiones
En cuanto a los hábitos sexuales en las universitarias sanitarias, y no sanitarias, no se han encontrad diferencias significativa. Sin embargo podemos concluir que sería recomendable que los futuros profesionales sanitarios aprendan sobre salud sexual y reproductiva para poder transmitir sus conocimientos y percepciones a nuestras pacientes; puesto que ello puede ayudarlas a elegir el método que mejor se ajusta a sus necesidades

Bibliografía

- *1. Dehlendorf C, Levy K, Ruskin R el al.Health care providers` knowledge about contraceptive evidence: A barrier to quality family planning care? Contraception 2010;81:292-8.*
- *2. Soriano Fernández H, Rodenas García L, et al. Eligibility criteria of contraceptive methods. New recommendations. Rev clin med fam 2010;3(3):206-216.*

217/201. VALVULAS URETRALES POSTERIORES Y SÍNDROME PRUNE BELLY

Autores:
(1) Melero Jimenez, Mª Victoria; (2) Rodriguez Pareja, Maria Antonia; (2) Fajardo Exposito, Maria Antonia; (2) Broullón Molanes, Jose Roman.

Centro de Trabajo:
(1) H.u Puerta Del Mar. Cadiz; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Puerta Mar. Cadiz.

Resumen:

Objetivos
VUP produce un cuadro obstructivo del sistema urinario, cuyo diagnósitico clave es la visualización del signos de la llave a nivel de la vejiga fetal que muestra la obstrucción de salida a nivel de la uretra.

Los hallazgos ecográficos van a depender del grado de obstrucción de salida.

A nivel renal los hallazgos varian ampliamente, pero no es obligatorio objetivar dilatación renal.

Evaluar el grado de ecogenicidad renal,de forma que el aumento de ecogenicidad se asocia a fibrosis renal sugiere mayor grado de displasia.

Es importante saber que el grado de dilatación no se correlaciona directamente con el grado de displasia renal.

Dentro del diagnóstico diferencial atresia uretral (asociado a oligohidramnios severo), Sd Prune Belly (debilidad de pared abdominal, pared vesical sin signos de lucha por obstrucción y ausencia del signo de la llave).

El diagnóstico diferencial con el Sd De Prune Belly es complejo, ya que el aspecto ecográfico del sistema urinario es muy similar, siendo la principal diferencia la ausencia del signo de la llave, que representa las válvulas que obstruyen la salida de la uretra. Es frecuente la asociación a criptorquidia y siempre existe dilatación pielocalicial a nivel renal.

Metodología
Presentamos el caso de gestante que durante su embarazo se sospecho VUP en feto varon, que finalmente tras el nacimiento fue catalogado como Sd Prune Belly, que actualmente ha requerido trasplante renal por insuficiencia renal crónica grave.

Existen casos de VUP muy precoces que evolucionan hacia Sd Prune Belly, aunque dentro de Sd Prune Belly también existen otras causas que pueden provocar una obstrucción extrínseca, que en multiples ocasiones pasa desapercibida.

En el caso que presentamos, de forma casual se objetivo, un tumor retroperitoneal que fue intervenido a los 9 meses, que en el momento actual nos preguntamos si pudiera ser causa original del caso del paciente.

Resultados
De forma casual se objetivo, un tumor retroperitoneal que fue intervenido a los 9 meses, en el momento actual nos preguntamos si pudiera ser causa original del caso.

Hemos realizado revisión de los resultados perinatales y evaluado la evolución del caso para revaluar el proceso diagnóstico realizado durante el embarazo

Conclusiones
No siempre es posible detectar ecográficamente durante el embarazo causas primarias de problemas evidenciados durante la gestación.

Bibliografía

- *1. Poucell-Hatton S, Huang M, Bannykh S, Benirshke K, and Masliah E: Fetal obstructive uropathy: Patterns of renal pathology. Pediatric and Developmental Pathology 2000; 3: 223-31.*

217/202. DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS NEONATALES ENTRE AMBOS GEMELOS TRAS CESÁREA POR RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL

Autores:

(1) Diaz Coca, Maria De La Cruz; (2) Bonilla Garcia, Laura; (3) Copado Salido, Silvia; (4) Puertas Prieto, Alberto.

Centro de Trabajo:

(1) Medico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.; (2) Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.; (3) Medico Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen De Las Nieves. Granada; (4) Medico Especialista En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Virgen De Las Nieves. Granada.

Resumen:

Objetivos

Comparar los resultados neonatales del primer y el segundo recien nacido (RN)

Metodología

Se recogieron datos de 1228 gestaciones gemelares (GG) cuyos partos fueron asistidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nievs (HUVN) entre 2003 y 2016. Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles seleccionando las GG que finalizaron en cesárea urgente para los 2°gemelos por riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF). Se recogiendo un total de 29 GG. Se compararón los resultados neonatales del 1er y 2°gemelo.

Las variables analizadas para cada RN fueron: pH arterial , pH venoso, Apgar >7 al 1er minuto y Apgar >7 a los 5 minutos.

Con el programaSPSS se realizó un test T-student para muestras independientes.

Resultados

Resultados para Apgar: de los 58 recién nacidos, el Apagar del RN1 al primer minuto fue>7 en 21 ocasiones frente a 17 ocasiones en RN2. Estas diferencias no fueron significativas, con P(0.260)y OddsRatio 0.54 con Intervalo de Confianza 95%[0.180;1.621]

El Apagar del RN1 a los 5minutos fue >7 en 27 casos frente a 23 en RN2. Las diferencias no fueron significativas con P(0.128) y OddsRatio0.284,Intervalo de Confianza 95%[0.52;1.545]

Resultados para pH: La media del Ph-arterial es de 7.22 para RN1 y 7.23 para RN2, p(0.805); mientras la media para el Ph-vena es 7.28 tanto en el RN1 como en el RN2,p(-0.532)

Conclusiones

-Se encontró una mayor frecuencia de Apagar< 7 en el segundo feto, para el Apgar al primer y quinto minuto.Éstas diferencias fueron más marcadas para el Apgar al minuto1, pero no fueron significativas en ningún caso.

- No se encontraron diferencias entre los valores del pH entre ambos fetos.

-El tamaño de la muestra estudiada es limitado, dado que la condición de gestación gemelar que requiere la realización de una cesarea urgente para ambos fetos es una situación poco frecuente.

-No se conocía en cada caso el RN por el que fué indicada la cesárea urgente por RPBF, lo cual podría condicionar diferencias en los resultados entre ambos RN.

Bibliografía

- *Base de datos del servicio de obstetricia del HUVN*

217/203. USO DE PESARIO EN GESTANTE CON CLÍNICA DE RETENCIONES URINARIAS

Autores:
(1) Rodriguez Preja, Maria Antonia; (2) Fajardo Exposito, Maria Antonia; (2) Melero Jimenez, Mª Victoria; (3) Torrejon Cardoso, Rafael.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Puerta De Mar; (2) Medico Especialista Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Puerta Del Mar. Cadiz; (3) Jefe de Servicio UGC de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Valorar el uso de un pesario durante la gestación para mejorar o corregir complicaciones relacionadas con los defectos del suelo pélvico.Demostrar que el uso del mismo no genera complicaciones ni molestias en el transcurso de la gestación ni en como es los cuadros de retención urinaria.

Metodología
A proposito de un caso de una gestante de 13 semanas que inicia clínica de cuadros de retención urinaria que le obligan a acudir a urgencias para que se le practiquen cateterismos de vaciamiento. Se le coloca pesario para intentar corregir el ángulo de la uretra y así mejorar la micción.

Resultados
La paciente inició la micción espontánea a las 2 horas de colocar el pesario, no volvió a presentar cuadros de retención urinaria en todo el embarazo, no ha tenido ITU ni vulvovaginitis durante la gestación, se les tomaron cultivos vaginales que resultaron negativos, a las 38+6 sem ingreso por RPM, teniendo un parto eutocico sin episiotomia con un DI , naciendo un varón de 3270r.En el puerperio no ha vuelto a presentar retenciones urinarias.

Conclusiones
El uso del pesario durante de la gestación puede ser una buena opción para mejorar complicaciones derivadas de los defectos del suelo pélvico. Su uso mejora la sintomatología como los cuadros de retención urinaria.No asocia complicaciones durante la gestación ni en la finalización del mismo. es un método fácil de usar y bien tolerado por la gestante

Bibliografía

- *S. Yousaf, B Haq,T.Rana. Extensive uterovaginal prolapse durin labor*

217/204. ¿POSEEN LAS JÓVENES UNIVERSITARIAS SANITARIAS MAYOR EDUCACIÓN SEXUAL QUE LAS UNIVERSITARIAS NO SANITARIAS?

Autores:
(1) Castillo Lara, Maria; (2) Pozuelo Solís, Estrella; (3) Butron Hinojo, Carmen Aisha; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Medico Interno Residente En Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (3) Alumna Interna De Ugc Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real; (4) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
El objetivo principal de este estudio es conocer si el grupo de mujeres universitarias de carreras sanitarias (Medicina y Enfermería) tienen un mayor conocimiento sobre el ciclo menstrual y anatomía genital humana al de las estudiantes de carreras no sanitarias (Magisterio, Derecho, Ingeniería y Administración y Dirección de Empresas).

Metodología
Se ha realizado una encuesta anónima sobre métodos de anticoncepción a 222 mujeres entre los 18-30 años, matriculadas en la Universidad de Cádiz dividiendo en dos grupos: aquellas pertenecientes a carreras sanitarias y no sanitarias. El análisis estadístico se llevó por cálculo de frecuencias, medias y desviaciones estándar. La significación estadística se estableció en una $p<0.05$.

Resultados
Se les preguntó en qué momento del ciclo menstrual pensaban que era más probable que una mujer se quedase embarazada y un 81,3% de las estudiantes universitarias respondieron a mitad del ciclo frente a un 60,2% de las no sanitarias; p=0,008.

En cuanto a los conocimientos sobre la anatomía genital femenina externa e interna que tienen las estudiantes universitarias encuestadas se deduce que son bastante buenos en los dos grupos (92,5% y 85,2% respectivamente, p=0,252).

El 36% de la población no sanitaria solo fue capaz de relacionar 3 puntos anatómicos de 7 de la anatomía genital masculina, considerándose esto como un conocimiento regular frente al 70,1% de las sanitarias que relacionaron los 7 puntos anatómicos; p=0,000.

Conclusiones
Las universitarias sanitarias y no sanitarias no mostraron diferencias significativas en cuanto a los conocimientos sobre la anatomía genital femenina externa e interna; por lo que podríamos concluir que los conocimientos en éste área son buenos en los dos grupos.

Bibliografía

- *1. Rowen T S, Smith J F, Eisenberg M L, et al. Contraceptive usage patterns in north American medical students. Contraception 2011; 83:459-65.*
- *2. Dinas K, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, et al. Knowledge and practice of contraception among Greek female medial students. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;12:77-82*

217/205. ONFALOCELE EN PRIMER TRIMESTRE PRIMER TRIMESTRE

Autores:
(1) Melero Jimenez, Mª Victoria; (2) Fajardo Exposito, Maria Antonia; (2) Rodriguez Pareja, Maria Antonia; (3) Torrejon Cardoso, Rafael.

Centro de Trabajo:
(1) H.u Puerta Del Mar. Cadiz; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Puerta Del Mar. Cádiz; (3) Jefe de Servicio UGC de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
El onfalocele es una malformación que generalmente se encuentra asociada a un conjunto sindrómico, que no suele verse en tercer trimestre, bien por finalización o por muerte intraútero.

La clave diagnostica es la inserción umbilical en la superficie de la masa que protruye en la pared abdominal.

Es mas frecuente en mujeres que en hombres.

Son mas frecuentes las alteraciones cromosómicas cuando la masa contiene solo intestino delgado y la masa es mas pequeña, si bien también es posible alteraciones genéticas que actualmente son mas frecuentemente evidenciadas gracias a las pruebas genéticas no invasivas.

Desde el punto de vista bioquímico este tipo de alteraciones de la pared abdominal se asocia a un aumento mas marcado de la AFP en sangre materna.

El pronóstico es bueno en los casos en los que no existe alteración cromosómica ni otras alteraciones estructurales asociadas, si bien se asocia a un aumento de partos pretérmino.

Es fundamental su diagnóstico diferencial con la gastrosquisis.

La vía del parto en los casos en los que llegan a término no esta claro que se beneficien de la cesárea, aunque es mas frecuentemente la via de finalización en el momento actual.

Metodología
Presentamos el caso de gestante que fue diagnosticada de onfalocele en primer trimestre, se ofreció prueba invasiva que mostro cariotipo normal y estudio genético no invasivo con alteración genética, poco frecuente. La pareja finalmente decidió finalizar el embarazo.

Resultados
La pareja finalmente decidió finalizar el embarazo.

Conclusiones
Nos planteamos si el pronóstico en el caso que presentamos era realmente adverso teniendo en cuenta la alteración genética que presentaba el feto, que es poco frecuentemente asociado a este cuadro y en cuanto a pesar de el posible buen pronóstico la decisión de interrupción del embarazo es en los casos de diagnóstico temprano finalmente una decisión personal.

Bibliografía

- *1. P. Primucci,M. Viglanco,V. Brignoli. Onfalocele. Rev Arg Ultrasound, 8 (2009), pp. 5-8*
- *2. G. Correia. Anomalías congénitas correglibles quirúrgicamente, diagnóstico y manejo. Rev Chil Pediatr, 72 (2001), pp. 57-62*
- *3. A. Iglesias. First trimester prenatal diagnosis: fetal omphalocele. Rev Arg Ultrasound, 8 (2009), pp. 68-71*

217/206. LEISHMANIASIS VULVAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Moreno Champale, María; (3) Carballo García, Antonio Luis; (3) Alcázar Martínez, Jose Luís.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil De Jaen; (2) Residente; (3) Adjunto.

Resumen:

Objetivos
La leishmaniasis es una zoonosis transmitida por la picadura del mosquito del género Phlebotomus hembra, su reservorio son mamíferos. Existe tres formas clínicas: la cutánea, mucocuténea y visceral. La forma cutánea es la más frecuente y sus manifestaciones clínicas dependen de la interacción de factores dependientes de el parásito y el huésped.

Tiene un período de incubación de semanas a meses, empieza con una zona de eritema en el lugar de la picadura que evoluciona a pápula, luego puede ulcerarse o no, evolucionando a hiperqueratosis o a nódulo. Puede presentar adenopatías regionales, lesiones satélites y posible infección bacteriana superpuesta; suelen curar espontáneamente en 6 a 12 meses y dejan cicatriz.

El diagnóstico se establece por la exploración de la lesión cutánea obteniendo muestra de piel por raspado, biopsia o aspirado. La serología no es útil en el diagnostico ya que es poco sensible y específica.

Tiende a curar espontáneamente tras varios meses dejando cicatriz. No existe tratamiento óptimo, aunque los antimoniales pentavalentes parenterales o intralesionales son el único tratamiento disponible, y como alternativa la anfotericina B.

Metodología
Caso clinico

Resultados
Paciente de 50 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, insuficiencia renal crónica, transplante de páncreas y riñón, actualmente con múltiples tratamientos inmunosupresores. Acude a la consulta por presentar lesion en genitales externos de varios meses de evolución. A la exploracion se evidencia en cara interna de labio mayor derecho una lesion nodular con placa de 5cm, eritema y dolor a la palpacion. Se realizó biopsia que informa proceso inflamatorio consistente en leishmaniasis, por lo que derivamos a la unidad de infecciosas quienes pautan tratamiento de eleccion y proceden a descartar cuadro de leishmaniasis visceral.

Conclusiones
La leishmaniasis se produce en el mundo entre 0,7 y 1,3 millones de casos nuevos. Existe muchos factores predisponentes la baja condición socioeconómica, la malnutrición, la migración y el cambio climático. Es importante estrategias de prevención como el diagnóstico temprano, el control de vectores, la vigilancia eficaz de la enfermedad y el control de reservorios animales.

Bibliografía

- *Blickestein. Cutaneous lishaniasis of the vulva. Pubmed. 1993*
- *Dan Longo. Harrison Medicina Interna. 19 ed.*

217/207. MELANOMA VULVAR

Autores:
(1) Forero Díaz, Carmen; (2) Marina Tascón, Elena; (3) Pascual Salvador, Elena.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Rio Tinto. Huelva; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Rio Tinto. Huelva.

Resumen:

Objetivos
Presentamos un caso de melanoma vulvar y se expone nuestra experiencia en su manejo clínico, se realiza una revisión actualizada de la bibliografía.

Metodología
Paciente de 49 años de edad sin antecedentes familiares ni personales de interés. Como antecedentes ginecoobstétricos destacan una menarquia a los 13 años, 2 gestaciones con 2 partos eutócicos previos, no revisiones ginecológicas.

Derivada a nuestra consulta por neoformación, ocasionalmente sangrante, localizada en genitales externos de 1año de evolución. No síndrome cosntitucional.

La exploración general y mamaria es negativa. En la exploración ginecológica destaca una lesión hiperpigmentada en tercio superior de el labio mayor izquierdo; de coloración negruzca, con bordes irregulares y mal definidos y de superficie heterogénea con múltiples nódulos centrales erosionados. El resto de la exploración ginecológica es negativa, y no se palpan adenopatías ganglionares a ningún nivel.

Resultados
Ante la sospecha diagnóstica de un melanoma vulvar se realiza biopsia confirmatoria. Además, se solicitan marcadores tumorales y tomografía computarizada (TC) abdominopélvica en seguimiento conjunto por S. dermatología (Unidad de melanoma) . El resultado anatomopatológico confirma la sospecha clínica.

Pese al tratamiento coadyundante y cirugía adecuada la paciente fallece 10 meses más tarde como consecuencia de la enfermedad.

Conclusiones
El melanoma es el segundo tumor en frecuencia de la vulva. Se trata de una patología con mayor prevalencia entre mujeres de edad avanzada, por el contrario en nuestro caso. La sintomatología más frecuente es la aparición de un nódulo o masa en la región genital. El diagnóstico es anatomopatológico, y se debe biopsiar toda lesión vulvar que surja de novo o cualquier cambio en una lesión preexistente. La microestadificación tumoral constituye el principal factor pronóstico. Se trata de una entidad con bajo índice de supervivencia y alta tasa de recidiva. Actualmente, la cirugía ofrece el mejor tratamiento en el control y potencial cura del melanoma vulvar, no obstante se recomienda ajustar el tratamiento e individualizar con cada paciente dependiendo de la extensión de la enfermedad, las características de la paciente y el riesgo quirúrgico.

Bibliografía

- *1. Creasman WT, Phillips JL, Menck HR. A survey of hospital management practices for vulvar melanoma. J Am Coll Surg 1999; 188:670.*
- *2. Stang A, Streller B, Eisinger B, Jöckel KH. Population-based incidence rates of malignant melanoma of the vulva in Germany. Gynecol Oncol 2005; 96:216.*
- *3. Ragnarsson-Olding BK, Kanter-Lewensohn LR, Lagerlöf B, et al. Malignant melanoma of the vulva in a nationwide, 25-year study of 219 Swedish females: clinical observations and histopathologic features. Cancer 1999; 86:1273.*
- *4. Wechter ME, Gruber SB, Haefner HK, et al. Vulvar melanoma: a report of 20 cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol 2004; 50:554.*
- *5. Piura B, Egan M, Lopes A, Monaghan JM. Malignant melanoma of the vulva: a clinicopathologic study of 18 cases. J Surg Oncol 1992; 50:234.*
- *6. Piura B, Rabinovich A, Dgani R. Malignant melanoma of the vulva: report of six cases and review of the literature. Eur J Gynaecol Oncol 1999; 20:182.*
- *7. Verschraegen CF, Benjapibal M, Supakarapongkul W, et al. Vulvar melanoma at the M. D. Anderson Cancer Center: 25 years later. Int J Gynecol Cancer 2001; 11:359.*

217/208. RESULTADOS PRELIMINARES DEL CRIBADO PRENATAL NO INVASIVO DE ANEUPLOIDÍAS MEDIANTE ANÁLISIS DEL ADN FETAL EN SANGRE MATERNA EN HOSPITAL JUAN RAMON JIMENEZ HUELVA

Autores:
(1) Rodríguez González, Nerea; (2) Gómez Molina, Maria Gertrudis; (3) Zambrano Dominguez, Sara; (4) Carreto Alba, Praxedes.

Centro de Trabajo:
(1) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.; (2) Residente de segundo año del Complejo Hospitalario de Huelva.; (3) Facultativo Hospital Juan Ramon Jiemenez Huelva; (4) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jimenez. Huelva. España.

Resumen:

Objetivos
Describir el algoritmo de cribado de trisomías 21, 18 y 13 implantado en nuestro centro, desde marzo de 2016, mediante una estrategia contingente de determinación de ADN fetal libre en sangre materna en gestantes con alto riesgo en el Cribado Combinado del Primer Trimestre.

Metodología
Evaluación de una colección prospectiva de casos obtenidos en la Unidad de Diagnóstico Prenatal de nuestro servicio desde marzo de 2016 hasta la actualidad.

Resultados
EDurante el año 2015 obtuvimos 101 CC1°T positivos. Se realizaron 53 amniocentesis (52%) y revocaron la prueba invasiva 48 gestantes (de las revocaciones, dos nacieron con Sd. Down). El cariotipo resultó patológico en 8 casos. De ellas, 6 fueron trisomías 21, una trisomía X y una trisomía 18; todas solicitaron ILE.

Las 45 amniocentesis (85%) restantes fueron negativas, aunque en un caso se detectó una malformación del SNS, interrumpiéndose la gestación.

Desde la implantación de la nueva estrategia en marzo de 2016, encontramos un total de 82 casos (n) con Cribado Combinado del 1° Trimestre positivo.

En todos los casos se ofertó TPNI (100%) tras la realización de un sonograma genético, resultando positivo en 6 pacientes (7.3%) y negativo en 76 pacientes (92.6%).

A los TPNI con resultado positivo (7.3%) se recomendó una prueba invasiva (amniocentesis/biopsia corial), resultando positiva para Trisomía 21 en todos los casos (100%).

Del total de TPNI negativos, los resultados perinatales obtenidos hasta la actualidad son 15 casos: 14 fueron recién nacidos sanos, y en un caso se realizó una ILE por malformación del SNC detectada en la ecografía morfológica de 20s.

Conclusiones
El objetivo del TPNI, dado que el valor predictivo positivo del cribado combinado es bajo, es seleccionar aun más a la población subsidiaria de pruebas invasivas, disminuyendo por tanto el número de abortos y complicaciones atribuibles a tales técnicas, así como las revocaciones por parte de abortadoras habituales, mujeres añosas y subsidiarias de técnicas de reproducción.

Los resultados obtenidos hasta el momento en nuestra área, muestran una disminución progresiva del empleo de técnicas invasivas desde la implantación del TPNI, y así lo demuestran los resultados analizados, que comparan las pruebas invasivas realizadas durante 2015 con las realizadas hasta la actualidad.

El Hospital Juan Ramón de Huelva continuará con este protocolo con la intención de aumentar el número de casos y completar el estudio perinatal de los recién nacidos con el objetivo de obtener resultados estadísticos.

Bibliografía

- *Ultrasound.*
- *Progresos*

217/209. DIU EXTRAUTERINO

Autores:
(1) Muñoz González, María Dolores; (2) Blanes Martinez, Eugenio José; (3) Villalon Vaquero, Paloma; (4) Dominguez Gonzalez, Manuel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital De La Línea De La Concepción; (2) Médico Especialista Residente De Ginecología Y Obstetricia De 3° Año, Hospital De La Línea De La Concepción, La Línea,cádiz; (3) Médico Especialista Residente De Ginecología Y Obstetricia De 1° Año, Hospital De La Línea De La Concepción, La Línea,; (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hspital De La Línea De La Concepción. La Línea. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Conocer una de las complicaciones poco frecuentes del DIU hormonal: la migración a cavidad abdominal y su manejo.

Metodología
Mujer de 42 años que acude a urgencias por dolor abdominal de características inespecíficas. Atendida en urgencias, realizan una radiografía abdominal para orientación diagnóstica donde se observa un DIU en localización anómala (Flanco derecho).

La paciente presenta como antecedente haber sido portadora de DIU hormonal pero que espontáneamente cursó con gestación. El embarazo se desarrolló fisiológicamente, finalizando en un parto vaginal sin complicaciones. Se revisaron membranas, placenta y cavidad uterina sin hallazgo de DIU por lo que se presupone pérdida del mismo previo a gestación. Episodio hace tres años.

Valorada ahora en ginecología: Exploración abdominal sin signos de alarma. Dolor a la palpación profunda en flanco derecho. Exploración genital y especuloscopia sin hallazgos.

Ecografía transvaginal: se observa útero en aVF, de tamaño y morfología normal, miometrio homogéneo, ausencia de DIU intrauterino. Douglas libre, anejos de aspecto normal. Ecografía abdominal: se observa imagen compatible con DIU en fosa ilíaca derecha.

Se decide intervención para extracción de DIU. Se realiza de forma urgente laparoscopia exploradora, procediendo a búsqueda de DIU. Inicialmente se busca intenta el DIU en localización sugerida por radiografía previa, sin éxito. Se instiló suero estéril para movilizar las asas pero no se halla el DIU. Por tanto, se realizan nuevas técnicas de imagen intraoperatorias, encontrando DIU en localización infraumbilical, adherido a epiplon mayor. Se procede a la extracción mediante pinzas de laparoscopia y se procede a cierre. El postoperatorio cursó favorablemente y actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Resultados
DIU migrado a cavidad abdominal, enclavado en epiplon mayor.

Conclusiones
La migración del DIU a cavidad abdominal es una complicación rara (1/1000) que debe ser sospechada ante episodio de dolor abdominal no asociado a otras causas con un antecedente de inserción de DIU. La clínica es variada: siendo desde asintomática (incluso años en nuestro caso) o presentación aguda de dolor (motivo de consulta actual). Las técnicas de imagen son fundamentales para el diagnóstico.

Bibliografía

- *Protocolo de la SEGO/SEC Anticoncepción intrauterina.*

217/213. NEUMOTORAX CATAMENIAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Bermúdez Quintana, Martín; (3) Presa Lorite, Jesús Carlos; (2) Moreno Champale, María.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil Jaen; (2) Residente; (3) Adjunto.

Resumen:

Objetivos
La endometriosis es la presencia de tejido endometrial activo fuera de la cavidaduterina, se presenta en mujeres entre los 30 – 45 años y con una frecuencia del 5-10%.

Una variante de endometriosis es la torácica, denominada neumotórax catamenial que es la presencia de neumotórax espontáneos recurrentes (mínimo 2) relacionados con la menstruación.

El cuadro clínico es dolor torácico, disnea y tos. El diagnóstico definitivo es porhistología y positividad a receptores hormonales, pero existe 53 % de resultados

negativos.

Metodología
Caso clinico

Resultados
Mujer de 45 años, multípara, con antecedente de neumotórax espontáneo parcial no filiado. Acude al servicio de urgencias por cuadro de disnea y dolor torácico, se realiza radiografía que informa neumotórax apical derecho. Se realiza videotoracoscopia en la que se ve distrofia apical con implantes violáceos y se procede a la resección del vértice pulmonar y pleurodesis mecánica. La anatomía patológica informa tejido glandular ectópico con inmunohistoquímica negativa.

La paciente es valorada en ginecología refiriendo neumotórax sincrónico con la menstruación, se pauto anticonceptivos orales, análogos de GnRh (decapeptyl), calcio y vitamina D; sin buena respuesta, por la que se plantea la castración quirúrgica. Se realizó anexectomía bilateral laparoscopica, visualizándose implante endometriosico vesical, y postoperatorio favorable. Ante la sintomatología vasomotora florida, la paciente recibió terapia hormonal sustitutiva (THS).

Conclusiones
Entre los tratamientos médicos de este cuadro se encuentran los anticonceptivos orales combinados, progestágenos, análogos GnRH, andrógenos o inhibidores de la aromatasa. Sin embargo, la recidiva puede presentarse en un 8- 40%. El tratamiento

definitivo y mas efectivo es la oforectomia bilateral, pero hay que tener en cuenta el deseo reproductivo de la mujer.

Valorando el balance riesgo – beneficio con la paciente, se opto por realizar THS, a pesar de ser una patología hormonodependiente. Según la evidencia científica disponible el uso de THS en este tipo de pacientes tiene efectos beneficiosos en la calidad de vida y el riesgo de recidiva es mínimo.

Bibliografía

- *1. MARJANSKIT. Catamenial pneumotrhoras a review of the literature. Pubmed. 2015*
- *2. Ginecologia de Williams. F Gary Cunningham Kenneth, J. Leveno Steven, L. Bloom John C. 23 edicion.*

217/214. APORTACION DEL USO DEL PESARIO EN LA IUE DURANTE DE LA GESTACION

Autores:
(1) Rodriguez Pareja, Maria Antonia; (2) Melero Jimenez, Mª Victoria; (2) Fajardo Exposito, Maria Antonia; (2) Broullon Molanes, Román.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Puerta De Mar; (2) Medico Especialista Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Puerta Del Mar. Cadiz.

Resumen:

Objetivos
Valorar el uso de un pesario durante la gestación para mejorar o corregir complicaciones relacionadas con los defectos del suelo pélvico , como la incontinencia urinaria de esfuerzo.Demostrar que el uso del mismo no genera complicaciones ni molestias en el transcurso de la gestación

conclusiones:El uso del pesario durante de la gestación puede ser una buena opción para mejorar complicaciones derivadas de los defectos del suelo pélvico. Su uso mejora la sintomatología como los cuadros de retención urinaria.No asocia complicaciones durante la gestación ni en la finalización del mismo. es un método fácil de usar y bien tolerado por la gestante

Metodología
A proposito de un caso de una paciente gestante de 29 semanas que presentaba IUE previa a la gestación y una obesidad grado III, tras perder 45 kg la paciente mejora la sintomatologia y en espera de corrección quirúrgica se queda embarazada teniendo en la semana 26 una ganancia ponderal de 11kg y un gran empeoramiento de su sintomatología de IUE y apareciendo también síntomas de retención fecaloidea.se le coloca un pesaría para intentar mejorar su sintomatología

Resultados
En la actualidad la paciente está de 32 semanas, tras la colocación del pesario la paciente refiere han disminuido los episodios de IUE así como el volumen de la incontinencia, ha mejorado el vaciamiento de las deposiciones, la paciente esta muy satisfecha con el uso del mismo y no le ocasiona molestias permitiéndole incluso memoria en las relaciones sexuales. se han tomado cultivos vaginales negativos y tampoco ha presentado episodios de tu

Conclusiones
El uso del pesario durante de la gestación puede ser una buena opción para mejorar complicaciones derivadas de los defectos del suelo pélvico. Su uso mejora la sintomatología como los cuadros de IUE y las retenciones fecaloideas. Es un método fácil de usar y bien tolerado por la gestante

Bibliografía

- *Kocaöz S, Talas MS, Atabekoğlu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. J Clin Nurs 2010 Oct 19.*
- *Palacios López A, Díaz Díaz B. Physiotherapy in urinary incontinence in pregnancy and the pospartum period: A systematic review. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia 2016; vol (43): 122-131.*

217/215. TUMOR TROFOBLASTICO EN LECHO PLACENTARIO. A PROPOSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Moreno Champale, María; (3) Presa Lorite, Jesús Carlos; (2) Bermúdez Quintana, Martín.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil Jaen; (2) Residente; (3) Adjunto.

Resumen:

Objetivos
La enfermedad trofoblástica gestacional son tumores interrelacionados con rasgos histopatológicos distintos que se originan en la placenta y agrupa: mola completa,

mola parcial, tumor trofoblástico del lecho placentario y coriocarcinoma. Todos estos trastornos se caracterizan por un marcador tumoral confiable la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana. La incidencia es de 2 por cada 1000 partos.

Una entidad poco frecuente es el tumor trofoblástico del lecho placentario, se origina en el lugar de implantación de la placenta, crece al interior del miometrio y hacia la

cavidad endometrial en forma de pólipo. Estos pueden seguir a cualquier tipo de embarazo, pero mas a menudo después de un embarazo normal. Producen concentraciones bajas de BhCG en comparación con su masa y la histoquímica refleja una gran cantidad de lactógeno placentario humano.

Metodología
Caso clinico

Resultados
Paciente de 25 años, multípara, que tras un parto eutócico, en el cuarto mes de puerperio acudió a urgencias por sangrado vaginal severo. Sin antecedentes de interés. La exploración ginecológica evidencia sangrado como regla abundante y en la ecografía se observo imagen intracavitaria hiperecogenica que impresionaba como pólipo.

Por la severidad del sangrado de decide realizar legrado, obteniéndose restos que se envía a anatomía patológica que informó enfermedad trofoblástica gestacional tipo

lecho placentario exagerado. Actualmente en seguimiento en consulta externa de

ginecología a la espera de pruebas complementarias.

Conclusiones
El tumor del lecho placentario, aunque extremadamente infrecuente, se debe tener en cuenta ante una masa intrauterina cuya aparición coincida o sea posterior a una

gestación, o ante la persistencia de restos ovulares intrauterinos, pese a los repetidos legrados evacuantes, tanto por aspiración como por raspado. Es importante la

determinación de lactógeno placentario que nos ayuda a determinar el diagnostico, por lo que deberíamos solicitarlo en este caso.

El tratamiento de elección consiste en histerectomía por su insensibilidad relativa a la quimioterapia; en pacientes que deseen conservar la fertilidad se propone la resección histeroscópica quirúrgica seguida de quimioterapia. En el caso que presentamos, dado

la edad de la paciente y deseos genésicos, se está planteando un manejo conservador.

217/217. DOLOR PÉLVICO ASOCIADO A LA COLOCACIÓN DEL DISPOSITIVO ESSURE Y ALERGIA AL NÍQUEL. A PROPÓSITO DE UN C

Autores:
(1) Cardenas Moncayo, Marieta Alejandra; (2) Moreno Champale, María; (3) Presa Lorite, Jesús Carlos; (2) Bermúdez Quintana, Martín.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Materno Infantil Jaen; (2) Residente; (3) Adjunto.

Resumen:

Objetivos

El Essure es un dispositivo usado como anticonceptivo definitivo en la mujer, se coloca mediante histeroscopia lo que hace que este método sea poco invasivo y con escasas complicaciones. Esta formado por una doble hélice expandible, constituída por una aleación de titanio, níquel (nititol) y acero inoxidable, responsables de la reacción inflamatoria, fibrosis y obstrucción de la luz tubárica, que se consigue a los tres meses de su inserción.

Este tipo de complicaciones son casos aislados y poco frecuentes, el dolor abdominal persistente (0,02%) y la alergia al níquel (0,04%) que aparece en mujeres que desconocen esta alergia.

Metodología

Caso clinico

Resultados

Paciente de 39 años, multípara, sin antecedentes, que acude a consulta solicitando anticoncepción definitiva, se realiza inserción de Essure mediante histeroscopia sin incidencias.

A los dos meses la paciente presenta dolor en hipogastrio persistente, que afecta a su calidad de vida y que lo relaciona con la colocación del Essure. Tras descartar otro proceso y realizar una anamnesis exahustiva, se solicita estudio de alergia a metales que confirma alergia al niquel, y posteriormente se propone retirarlo via laparoscópica.

Se realizó salpinguectomía bilateral con extracción de Essure. Las revisiones posteriores refiriere desaparición del dolor pélvico.

Se solicita estudio anatomo-patológico de las trompas informado de atipia reactiva epitelial focal y quiste simple paratubárico microscópico bilateral.

Conclusiones

La alergia a los metales, concretamente al níquel, suele ser conocida por estar presente en dichos materiales de artículos de uso diario como joyas, hebillas de cinturones, broches y monedas. El diagnóstico se basa en la historia clínica o mediante test específicos. Aunque el estudio específico de alergia no esta indicado de rutina previa a colocación de dispositivo.

En general, se acepta que en caso de dolor abdominal más allá de 6 semanas tras la inserción del Essure debe plantearse la retirada del mismo. Se debe individualizar en cada caso la indicación de retirar o no los dispositivos ya sea por histeroscopia o laparoscopia.

Bibliografía

- *1. SEGO, Guía de actuación ante una paciente que refiera problemas con el Essure. 2014*
- *2. Adelman MR. Management of complications encountered with Essure hysteroscopic sterilization: a systematic review. 2014*

217/219. "SCREENING DEL SEGUNDO TRIMESTRE. INDICACIONES Y RESULTADOS".

Autores:
(1) García Carriazo, Margarita; (2) Aguilar Benítez, José Miguel; (3) Perales Molada, Mª Teresa; (4) Montes Roldan, Rosario.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real. Jaén.; (2) Médico Especialista en Análisis Clínicos. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real. Jaén.; (3) Técnico de Laboratorio. Hospital de Alta Resolución de Alcaudete.Jaén.; (4) Técnico de Laboratorio. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real. Jaén.

Resumen:

Objetivos

El cribado prenatal es ya una rutina en el control del embarazo , habiéndose generalizado el uso del Screening de primer trimestre con la determinación analítica en la semana 10 y la ecografía de la semana 12 , coordinados desde Atención Primaria y Especializada. No obstante en ocasiones realizamos el Screening de 2º trimestre, por lo que hemos querido valorar su indicación en nuestro medio.

Metodología

Revisamos todos los Screening de 2º trimestre, realizados en los Hospitales de Alcalá La Real y Alcaudete desde Enero del 2014 hasta el 30 de Junio de 2016. La estimación del riesgo se realizó con el programa PRISCA (Siemens Diagnostic)

Resultados

De Enero 2014 al 30 Junio de 2016 se han realizado un total de 643 analíticas de Diagnóstico prenatal. De ellas, 65 (10%) corresponden al Screening del 2º Trimestre. Las indicaciones fueron: Falsa Edad Gestacional 36 (55,3%), No realización del Screening de 1er trimestre 19 (29,33%), Riesgo elevado para Defectos del Tubo Neural 3 (4,61%), Riesgo bioquímico en 1 er Trimestre y no deseo de prueba invasiva 6 (9,23 %) .En 9 casos (13,8%), el resultado fue de riesgo elevado , 6 para el Síndrome de Down y 3 para DTN. Se realizaron 6 amniocentesis, siendo en todos los casos los cariotipos normales y en los 3 casos de riesgo elevado para DTN , no se detectaron anomalías ecográficas, ni en el Recién Nacido.

Conclusiones

El screening del 2º trimestre tiene sus indicaciones en gestantes con FEG, en aquellas que entran tarde al programa de control de embarazo y en el screening de DTN.

A partir de los resultados obtenidos, se ha establecido una primera visita precoz para datar ecográficamente el embarazo en casos de duda de la FUR y/o ciclos irregulares y así evitar analíticas de 1er trimestre fuera de rango que no resultaron validadas

Bibliografía

- • *Protocolo de Diágnostico prenatal de anomalías congénitas fetales. Departament de Salut. Generalitat de Cataluña. 2008*
- • *Protocolos SEGO. Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. Cribado de anomalías cromosómicas. Disponible en : www.prosego.com*
- • *Programa andaluz de cribado de anomalías genéticas. Conserjeria de Salud. 1º ed. 2009*
- • *MerKatz IR. Nitowsky HM. Macri JN. Johnson WE. An association between low maternal serum alpha-fetoprotein and fetal chromosomal abnormalities. Am J Obstet Gynecol 1984 ; 148: 886-94.*

217/220. COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA.

Autores:
(1) Bonilla Garcia, Laura; (2) Diaz Coca, Maria De La Cruz; (3) Naveiro Fuentes, Mariña; (3) Rodriguez Oliver, Antonio.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.; (2) Medico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.; (3) Medico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Objetivos
Evaluar las complicaciones quirúrgicas en pacientes con obesidad mórbida sometidas a histerectomía laparoscópica.

Metodología
Estudio retrospectivo realizado entre enero de 2011 y diciembre de 2015 en nuestro Centro.Los criterios de inclusión fueron: tener un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual 40 Kg/m2 y realizarle una histerectomía por vía laparoscópica.

Las variables estudiadas en relación a las características de las pacientes fueron: edad, peso, talla, IMC, existencia de patología médica concomitante,de cirugía abdominal previa, índice ASA (American Society of Anesthesiologists) y hábito tabáquico.

Las variables de resultado fueron: presencia de complicaciones, necesidad de reintervención y días de estancia hospitalaria. Las complicaciones se clasificaron como: intraoperatorias , postoperatorias y mayores.

Se realizó un estudio descriptivo con media y desviación estándar de las variables cuantitativas y frecuencias en las cualitativas.

Resultados
La edad media de las pacientes intervenidas fue de 59,09 ± 12,8 el IMC medio 41,927 ± 1,8023. El 45,5% de las pacientes presentaba un alto riesgo quirúrgico y el 72,7% tenía una patología concomitante. y el 63,6% una cirugía previa. El principal motivo de la histerectomía fue el carcinoma de endometrio (72,7%), patología más frecuente en mujeres obesas.No se presentaron complicaciones intraoperatorias, mayores ni reintervenciones. En un 9,1% de las pacientes aparecieron complicaciones postoperatorias. La estancia media fue de 2,6 días, siendo el 54,5% de las pacientes dadas de alta en los dos primeros días

Conclusiones
Las pacientes con obesidad mórbida presentan con frecuencia alguna patología concomitante y un alto riesgo quirúrgico lo que incrementa el riesgo de presentar alguna complicación durante cualquier cirugía realizada por vía abdominal. La histerectomía por vía laparoscópica se asoció en nuestro estudio a una baja frecuencia de complicaciones, tanto intra como postoperatorias, siendo una vía importante a tener en cuenta en dicho grupo poblacional.

Bibliografía

- *Base de datos del servicio de ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*
- *- Histerectomía laparoscópica en pacientes oncológicas con obesidad mórbida.A. Abad, V.J.Diago, V. Payá, F. Coloma, S.Costa y J.Gilabert Servicio de Ginecología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.*

217/221. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO CON MISOPROSTOL EN EL ABORTO DEL PRIMER TRIMESTRE.

Autores:
(1) Expósito Fernández, Rocío; (1) Fernández Nieto, Elena; (1) Ruíz Olivares, María; (2) Carmona Sánchez, Encarnación.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santa Ana. Motril.; (2) Facultativo Especialista de Área de Ginecolgía y Obstetricia. Hospital Santa Ana. Motril.

Resumen:

Objetivos
Analizar la eficacia del misoprostol como tratamiento del aborto del primer trimestre.

Metodología
estudio observacional retrospectivo del uso y eficacia del misoprostol vaginal.

Han sido evaluadas las pacientes atendidas por aborto de primer trimestre en el periodo desde Junio de 2015 a Agosto de 2016 en UGC de Obstetricia y Ginecología del hospital Santa Ana, que cumplieron criterios de inclusión de nuestro protocolo y que aceptaron, pevio consentimiento informado la opción de tratamiento médico del aborto frente a legrado. Protocolo de tratamiento: -Día 1 (al diagnóstico): prescripción de misoprostol 800 mcg para autoadministración vaginal domiciliaria –Día 4 (1° control, a las 72 h del tratamiento): control ecográfico: Si expulsión de saco y/o restos o LE < 15mm Alta de la paciente. Si misma imagen que eco previa o LE> 15mm, repetir dosis con 800 mcg misoprostol y control ecográfico al Dia 8 (Si expulsión de saco o LE<15mm Alta. Si no expulsión de saco o LE>15 mm repetir dosis o legrado). Se considera como éxito la expulsión completa del contenido del útero sin tratamientos complementarios y como fracaso la necesidad de intervención quirúrgica o efectos secundarios (endometritis, metrorragia que requiera hospitalización y/o tratamientos complementarios)

Resultados
el misoprostol como tratamiento médico del aborto en 23 pacientes, fue efectivo en 20 casos (15 con una sola dosis y 5 con dos dosis), con un Indicador de Eficacia de 86,96%. En 3 pacientes hubo que realizar legrado (2 por complicaciones y 1 por deseo de la paciente. Destacar que sólo en 3 casos se han producido complicaciones, siendo en 2 de los casos molestias leves.

Conclusiones
el misoprostol es una opción terapeútica eficaz y segura en el aborto del primer trimestre, por lo que se puede ofertar como alternativa a legrado evacuador en las pacientes seleccionadas.

Bibliografía

- *1. Protocolo SEGO aborto espontáneo. Julio 2010*
- *2. UptoDate: Misoprostol as a single agent for medical termination of pregnancy. April 20153.*
- *3. UptoDate: First trimester medication abortion (termination of pregnancy). April 2015*

217/222. EXPRESIÓN DEL SISTEMA DE LAS TAQUICININAS EN CÉLULAS DE LA GRANULOSA DE ORIGEN HUMANO.

Autores:
(1) Carranza Infantes, Francisco Javier; (2) Blasco Rodríguez, Víctor; (1) Caligara, Cinzia; (1) Fernández Sánchez, Manuel.

Centro de Trabajo:
(1) Médico especialista en ginecología y obstetricia. Clínica IVI Sevilla. Sevilla.; (2) Biólogo en Laboratorio FIV. Clínica IVI Sevilla. Sevilla.

Resumen:

Objetivos
El objetivo de este estudio es analizar la expresión de la sustancia P (SP), la hemocinina-1 (HK-1) y los receptores NK1R y NK2R a nivel de ARNm y proteína en células de la granulosa humanas.

Metodología
Se reclutaron 33 donantes de ovocitos entre enero de 2012 y diciembre de 2013. Las muestras de líquido folicular que contenían las células de la granulosa mural (CGM) y los complejos cúmulo-ovocito se obtuvieron mediante punción transvaginal guiada por ecografía. Las células del cúmulo (CCs) que rodean al ovocito se retiraron mediante corte con agujas, tratamiento con hialuronidasa y decumulación con micropipetas. Se emplearon técnicas de PCR cuantitativa en tiempo real, inmunohistoquímica y western blot para analizar la expresión de SP, HK-1, NK1R y NK2R.

Resultados
SP, HK-1, NK1R y NK2R se expresan a nivel de ARNm y de proteína tanto en CGMs como en CCs. En relación al receptor NK1R, únicamente se detectó el ARNm y la proteína correspondiente a la isoforma truncada (NK1R-T). Los niveles de ARNm de NK1R-T fueron más altos en CGMs que en CCs de las mismas donantes; mientras que los niveles de NK2R, tanto a nivel de ARNm como de proteína, eran mayores en CGMs que en CCs.

Conclusiones
Todos los miembros conocidos del sistema de las taquicininas se expresan en el ovario humano, tanto en células de la granulosa mural como en células del cúmulo.

Bibliografía

- *Almeida TA, Rojo J, Nieto PM, Pinto FM, Hernandez M, Martin JD, Candenas ML. Tachykinins and tachykinin receptors: structure and activity relationships. Curr Med Chem 2004;11:2045-2081.*
- *Candenas L, Lecci A, Pinto FM, Patak E, Maggi CA, Pennefather JN. Tachykinins and tachykinin receptors: effects in the genitourinary tract. Life Sci 2005;76:835- 862.*
- *Candenas ML, Magraner J, Armesto CP, Anselmi E, Nieto PM, Martin JD, Advenier C, Pinto FM. Changes in the expression of tachykinin receptors in the rat uterus during the course of pregnancy. Biol Reprod 2001;65:538-543.*
- *Candenas L. Pennefather JN, Kerr K, Pérez-Hernández N, Pinto FM. Tachykinins and Smooth muscle Function. In: New Frontiers in smooth muscle Biology and Physiology, Savineau J.P (ed.), Transworld Research Network Kerala, India, 2007, chapter 19, p. 384-409.*
- *Cejudo Roman A, Pinto FM, Dorta I, Almeida TA, Hernández M, Illanes M, Tena-Sempere M, Candenas L. Analysis of the expression of neurokinin B, kisspeptin and their cognate receptors, NK3R and KISS1R in the human female genital tract. Fertil Steril 2012;97:1213-1219.*
- *Magraner J, Morcillo E, Ausina P, Pinto FM, Martín JD, Moreau J, Anselmi E, Barrachina MD, Cortijo J, Advenier C, Candenas ML. Effects of Mn2+ on the responses induced by different spasmogens in the oestrogen-primed rat uterus. Eur J Pharmacol. 1997;326:211-222.*
- *Magraner J, Pinto F, Anselmi E, Hernandez M, Perez-Afonso R, Martin, JD, Advenier C, Candenas L. Characterization of tachykinin receptors in the uterus of the oestrogen-primed rat. Br J Pharmacol 1998;123:259-268.*
- *Maman E, Yung Y, Kedem A, Yerushalmi GM, Konopnicki S, Cohen B, Dor J, Hourvitz A. High expression of luteinizing hormone receptors messenger RNA by human cumulus granulosa cells is in correlation with decreased fertilization. Fertil Steril. 2012 Jan 17. [Epub ahead of print]*
- *Patak E, Candenas ML, Pennefather JN, Ziccone S, Lilley A, Martín JD, Flores C, Mantecón AG, Story ME, Pinto FM. Tachykinins and tachykinin receptors in human uterus. Br J Pharmacol 2003;139:523-532.*
- *Patak E, Pinto FM, Story ME, Pintado CO, Fleming A, Page NM, Pennefather JN, Candenas ML, Functional and Molecular Characterization of Tachykinins and Tachykinin Receptors in the Mouse Uterus. Biol Reprod 2005;72:1125-1133.*
- *Pennefather JN, Lecci A, Candenas ML, Patak E, Pinto FM, Maggi CA. Tachykinins and tachykinin receptors: a growing family. Life Sci 2004a;74:1445-1463.*
- *Pennefather JN, Patak E, Pinto FM, Candenas ML. Mammalian tachykinins and uterine smooth muscle: the challenge escalates. Eur J Pharmacol 2004b;500:15-26.*
- *Pintado CO, Pinto FM, Pennefather JN, Hidalgo A, Baamonde A, Sanchez T, Candenas ML. A role for tachykinins in female mouse and rat reproductive function. Biol Reprod 2003;69:940-946.*
- *Pinto FM, Almeida TA, Hernandez M, Devillier P, Advenier C, Candenas ML. mRNA expression of tachykinins and tachykinin receptors in different human tissues. Eur J Pharmacol 2004;494:233-239.*
- *Pinto FM, Armesto CP, Magraner J, Trujillo M, Martin JD, Candenas ML. Tachykinin receptor and neutral endopeptidase gene expression in the rat uterus: characterization and regulation in response to ovarian steroid treatment. Endocrinology 1999;140:2526-2532.*
- *Ravina CG, Seda M. Pinto FM, Orea A, Fernández-Sánchez M, Pintado CO, Candenas ML. A role for tachykinins in the regulation of human sperm motility. Human Reproduction 2007;22:1617-1625.*

217/223. EXEM-FOAM, LA NUEVAS TÉCNICA DE VALORACIÓN DE LA PERMEABILIDAD TUBÁRICA

Autores:
Ramos Vidal, Julia; Carranza Infantes, Francisco Javier; Caligara, Cinzia; Fernández Sánchez, Manuel.

Centro de Trabajo:
Médico especialista en ginecología y obstetricia. Clínica IVI Sevilla. Sevilla.

Resumen:

Objetivos
Tras el desarrollo de nuevos medios de contraste, siendo uno de ellos la espuma de Hidroxietilcelulosa y Glicerol (Exem-foam ®), se plantea valorar la no inferioridad de la Histerosonosalpingografía (HyCoSy) frente a la Histerosalingografía (HSG). La HyCoSy realizada con Exem-Foam se denomina HyFoSy.

Metodología
Estudio de Biomedicina, Prospectivo e Intervencional llevado a cabo entre 2013 y 2016. Se han incluido a 91 pacientes hasta la fecha que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos mediante HyFoSy se han contrastado con la HSG de control previa. Se trata de un estudio binario de equivalencia. Hemos usado el test de $\chi 2$ de comparación de proporciones, con un error α del 0.05.

Resultados
De las 91 pacientes, el 52% tuvo las mismas molestias con ambas técnicas, el 44% presentó más dolor con la HSG y el 4% más dolor con el HyFoSy. En un 75% de las pacientes se encuentra una concordancia diagnóstica total entre la HSG y el HyFoSy. En un 24% de las pacientes encontramos concordancia sólo unilateral (equivale a 22 pacientes, habiendo en 11 pacientes permeabilidad tubárica bilateral con HyFoSy mientras que con la HSG se diagnosticaron de obstrucción unilateral y en otras 11 pacientes el HyFoSy diagnostica como permeabilidad unilateral y la HSG como permeabilidad bilateral, pudiendo ser debido a un espasmo durante las pruebas). En sólo un 1% hay una discordancia total siendo no permeable en el HyFoSy, mientras que por HSG se diagnostica de permeabilidad tubárica bilateral.

Conclusiones
Tras los resultados obtenidos se podría plantear introducir el HyFoSy como primera opción diagnóstica del factor tubárico dadas sus ventajas. Es una técnica más económica, menos invasiva y dolorosa, usa contraste no embriotóxico, puede realizarse en consulta y disminuye tiempos de espera. En caso de dudas, se podría realizar como segunda opción la HSG.

Bibliografía
- *Papaioannou S, Bourdrez P, Varma R et al. Tubal evaluation in the investigation of subfertility: A structured comparison of tests. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2004, 111: 1313–1321.*
- *- Emanuel MH, Exalto N. Hysterosalpingo-foam sonography (HyFoSy): a new technique to visualize tubal patency. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 498–499.*
- *- LimCP, Hasafa Z, Bhattacharya S et al. Should a hysterosalpingogram be a first-line investigation to diagnose female tubal subfertility in the modern subfertility workup? Human Reproduction, 2011, 26: 967–971.*
- *- Papaioannou S. Tubal assessment tests: still have not found what we are looking for. Reproductive BioMedicine Online. 2007, 15(4): 376-382.*

217/224. MACS Y EMBRYOSCOPETM EN PACIENTES DE BUEN PRONÓSTICO

Autores:
González Ravina, Ana; Rodríguez Gálvez, Inmaculada; Carranza Infantes, Francisco Javier; Fernández Sánchez, Manuel.

Centro de Trabajo:
Médico especialista en ginecología y obstetricia. Clínica IVI Sevilla. Sevilla.

Resumen:

Objetivos
Analizar resultados clínicos tras la realización de la técnica MACS (Magnetic-activated cell sorting), así como el efecto de dicha técnica en el desarrollo cinético embrionario.

Metodología
Estudio prospectivo randomizado en el que se han analizado hasta la fecha un total de 52 de los 200 ciclos de pacientes a analizar, cuyos embriones han sido cultivados en el incubador EmbryoscopeTM. En la mitad de estos pacientes, la muestra seminal fue sometida a la técnica MACS tras su capacitación, mientras que en el otro 50% de los pacientes no se llevó a cabo dicha técnica, únicamente la capacitación seminal mediante gradientes de densidad.

Resultados
Los resultados actuales no muestran diferencias significativas entre ambos grupos de estudio (MACS_SI versus MACS_NO) en cuanto a la tasa de fecundación, implantación, embarazo clínico, tasa de recién nacido vivo y tasa de aborto. Además, los análisis morfocinéticos que comparan el desarrollo embrionario en ambos grupos no muestran diferencias entre ellos.

Conclusiones
El uso de la técnica MACS durante el procesamiento de la muestra seminal para su utilización durante el ciclo de reproducción asistida podría incrementar las tasas de éxito en los ciclos de FIV/ICSI, así como mejorar el desarrollo de los embriones. Sin embargo, los resultados actuales no muestran diferencias al emplear esta técnica, por lo que debemos continuar con dicho estudio hasta alcanzar el tamaño muestral establecido.

Bibliografía
- *1. Grunewald S, Reinhardt M, Blumenauer V, Said TM, Agarwal A, Abu Hmeidan F, et al. Increased sperm chromatin decondensation in selected nonapoptotic spermatozoa of patients with male infertility. Fertil Steril. 2009;92:572-7.*
- *2. Said TM, Grunewald S, Paasch U, Rasch M, Agarwal A, Glander HJ. Effects of magnetic-activated cell sorting on sperm motility and cryosurvival rates. Fertil Steril. 2005;83:1442-6.*
- *3. Tesarik J. Paternal effects on cell division in the human preimplantation embryo. Reprod Biomed Online. 2005;10:370-5.*
- *4. Shoukir Y, Chardonnens D, Campana A, Sakkas D. Blastocyst development from supernumerary embryos after intracytoplasmic sperm injection: a paternal influence? Hum Reprod. 1998;13:1632-7.*
- *5. Antinori M, Licata E, Dani G, Cerusico F, Versaci C, d'Angelo D, et al. Intracytoplasmic morphologically selected sperm injection: a prospective randomized trial. Reprod Biomed Online. 2008;16:835-41.*
- *6. Cooper TG, Noonan E, von Eckardstein S, Auger J, Baker HW, Behre HM, et al. World Health Organization reference values for human semen characteristics. Hum Reprod Update. 2010;16:231-45.*
- *7. Barroso G, Morshedi M, Oehninger S. Analysis of DNA fragmentation, plasma membrane translocation of phosphatidylserine and oxidative stress in human spermatozoa. Hum Reprod. 2000;15:1338-44.*

- *8. Marchetti C, Marchetti P. [Detection of apoptotic markers in human ejaculated spermatozoa as new methods in human reproductive biology]. Gynecol Obstet Fertil. 2005;33:669-77.*
- *9. Cayli S, Jakab A, Ovari L, Delpiano E, Celik-Ozenci C, Sakkas D, et al. Biochemical markers of sperm function: male fertility and sperm selection for ICSI. Reprod Biomed Online. 2003;7:462-8.*
- *10. Bartoov B, Berkovitz A, Eltes F. Selection of spermatozoa with normal nuclei to improve the pregnancy rate with intracytoplasmic sperm injection. N Engl J Med. 2001;345:1067-8.*
- *11. Said TM, Grunewald S, Paasch U, Glander HJ, Baumann T, Kriegel C, et al. Advantage of combining magnetic cell separation with sperm preparation techniques. Reprod Biomed Online. 2005;10:740-6.*
- *12. Dirican EK, Ozgun OD, Akarsu S, Akin KO, Ercan O, Ugurlu M, et al. Clinical outcome of magnetic activated cell sorting of non-apoptotic spermatozoa before density gradient centrifugation for assisted reproduction. J Assist Reprod Genet. 2008;25:375-81.*
- *13. Grunewald S, Paasch U, Wuendrich K, Glander HJ. Sperm caspases become more activated in infertility patients than in healthy donors during cryopreservation. Arch Androl. 2005;51:449-60.*
- *14. Paasch U, Grunewald S, Agarwal A, Glandera HJ. Activation pattern of caspases in human spermatozoa. Fertil Steril. 2004;81 Suppl 1:802-9.*
- *15. Said TM, Gaglani A, Agarwal A. Implication of apoptosis in sperm cryoinjury. Reprod Biomed Online. 2010;21:456-62.*
- *16. Grunewald S, Paasch U, Said TM, Rasch M, Agarwal A, Glander HJ. Magnetic-activated cell sorting before cryopreservation preserves mitochondrial integrity in human spermatozoa. Cell Tissue Bank. 2006;7:99-104.*
- *17. Grunewald S, Paasch U, Glander HJ. Enrichment of non-apoptotic human spermatozoa after cryopreservation by immunomagnetic cell sorting. Cell Tissue Bank. 2001;2:127-33.*
- *18. Paasch U, Grunewald S, Fitzl G, Glander HJ. Deterioration of plasma membrane is associated with activated caspases in human spermatozoa. J Androl. 2003;24:246-52.*
- *19. Lee TH, Liu CH, Shih YT, Tsao HM, Huang CC, Chen HH, et al. Magnetic-activated cell sorting for sperm preparation reduces spermatozoa with apoptotic markers and improves the acrosome reaction in couples with unexplained infertility. Hum Reprod. 2010;25:839-46.*
- *20. Meseguer M, Herrero J, Tejera A, Hilligsoe KM, Ramsing NB, Remohi J. The use of morphokinetics as a predictor of embryo implantation. Hum Reprod. 2011;26:2658-71.*

217/225. MÉTODO DIAGNÓSTICO NO INVASIVO DE RECEPTIVIDAD ENDOMETRIAL.

Autores:

Caligara, Cinzia; González Ravina, Ana; Carranza Infantes, Francisco Javier; Fernández Sánchez, Manuel.

Centro de Trabajo:

Médico especialista en ginecología y obstetricia. Clínica IVI Sevilla. Sevilla.

Resumen:

Objetivos

El objetivo principal de este estudio consiste en validar la predicción de un método diagnóstico no invasivo del estado de receptividad endometrial basándonos en la detección de un perfil específico de expresión de lípidos en el fluido endometrial humano durante la ventana de implantación.

Metodología

Estudio prospectivo en el que las pacientes son sometidas a una obtención de muestras de fluido endometrial 24 horas antes de la transferencia de uno o dos embriones en día 3 o 5 del desarrollo embrionario. Los lípidos presentes en los extractos del fluido endometrial se identifican mediante cromatografía líquida (LC) combinada con espectrometría de masas (MS). Con estos datos se creará un perfil lipídico que permita identificar la receptividad del endometrio de la paciente.

Resultados

Hasta el momento se ha extraído el fluido endometrial de 18 pacientes. En todos estos casos la extracción ha sido totalmente indolora para la paciente y se ha podido llevar a cabo sin necesidad de posponer la transferencia embrionaria de la paciente, sin alterar el estado endometrial, constituyendo un nuevo método no-invasivo para medir la receptividad endometrial.

Conclusiones

Aunque los resultados del perfil lipídico no se obtendrán hasta que finalice el reclutamiento de todas las pacientes del estudio, podemos decir que se trata de una técnica que podrá determinar la receptividad endometrial de la paciente sin afectar su ciclo de reproducción asistida.

Bibliografía

- *-Achache H, Tsafrir A, Prus D, Reich R, and Revel A. Defective endometrial prostaglandin synthesis identified in patients with repeated implantation failure undergoing in vitro fertilization. Fertil Steril. 2010;94(4):1271-1278.*
- *-Coutifaris C, Myers ER, Guzick DS, Diamond MP, Carson SA, Legro RS et al. Histological dating of timed endometrial biopsy tissue is not related to fertility status. Fertil Steril. 2004;82:1264-1272.*
- *-Huang JC, Wun WSA, Goldsby JS, Wun IC, Noorhasan D, and Wu KK. Stimulation of embryo hatching and implantation by prostacyclin and peroxisome proliferator-activated receptor delta activation: implication in IVF. Hum Reprod. 2007;22: 807-814.*
- *-Jabbour HN, and Sales JK. Prostaglandin receptor signaling and function in endometrial pathology. Trends Endocrinol Metab. 2004;15: 398-404.*
- *-Murray MJ, Meyer WR, Zaino RJ, Lessey BA, Novotny DB, Ireland K et al. A critical analysis of the accuracy, reproducibility, and clinical utility of histologic endometrial dating in fertile women. Fertil Steril. 2004;81:1333-1343.*
- *-Nicola C, Lala PK, and Chakraborty C. Prostaglandin E2-mediated migration of human trophoblast requires RAC1 and CDC42. Biol Reprod. 2008;78(6):976-82.*

- *-Noyes RW, Hertig AJ, and Rock J. Dating the endometrial biopsy. Am J Obstet Gynecol. 1975;122(2):262-3.*
- *-Simón C, Piquette GN, Frances A, Polan ML. Localization of interleukin-1 type I receptor and interleukin-1 beta in human endometrium throughout the menstrual cycle. J Clin Endocrinol Metab. 1993;77: 549-555.*
- *-Villela, F. O-112 A Non-Invasive Diagnostic Method of Human Endometrial Receptivity Based on a Specific Lipidomic Profile in Endometrial Fluid. ASRM. 2012.*
- *-Van der Gaast MH, Beier-Hellwig K, Fauser BC, et al. Endometrial secretion aspiration prior to embryo transfer does not reduce implantation rates. Reprod Biomed Online. 2003;7: 105-109.*
- *-Ziecik AJ, Waclawik A, and Bogacki M. Conceptus signals for establishment and maintenance of pregnancy in pigs-lipid signaling system. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2008;116(7): 443-449.*

217/228. PERFIL DE LA PACIENTE CON RECUPERACIÓN ANÓMALA DE OVOCITOS. PREDICTORES DE LA RECUPERACIÓN OVOCITARIA.

Autores:

(1) Rodríguez Gálvez, Inmaculada; (2) Santamaría López, Esther; (1) Tocino Díaz, Antonia; (1) Fernández Sánchez, Manuel.

Centro de Trabajo:

(1) Médico especialista en ginecología y obstetricia. Clínica IVI Sevilla. Sevilla.; (2) Bióloga en Laboratorio FIV. Clínica IVI Sevilla. Sevilla.

Resumen:

Objetivos

Predecir el número de ovocitos que se obtendrán el día de la punción ovárica y el riesgo de padecer una mala recuperación ovárica.

Metodología

Nosotros hemos analizado retrospectivamente un total de 24434 ciclos con punción ovárica, tanto de pacientes como de donantes sometidas a hiperestimulación ovárica controlada entre Enero de 2011 y Diciembre de 2013 en tres clínicas (IVI Sevilla, IVI Valencia e IVI Barcelona). Se han analizado diversas variables, tanto de la estimulación como las intrínsecas de la paciente, con las que se han realizado diferentes regresiones lineales múltiples y simples. Usando el número de folículos iguales o mayores de 12 mm como mejor predictor, hemos comparado 4 modelos de recuperación de ovocitos anómala.

Resultados

El major predictor es el número de folículos mayores o iguales a 12mm, seguido del número de folículos mayores o iguales a 10 mm. El nivel de estradiol el día de la inducción también ha demostrado ser un buen predictor. La combinación de variables no mostró mejores resultados a la hora de predecir la respuesta ovárica. Algunas variables fueron significativas en los 4 modelos: el tipo de inducción el número de días de estimulación y el IMC (índice de masa corporal).

Conclusiones

Aunque el recuento de folículos mayores o iguales de 12 mm el día de la inducción, es suficiente para predecir el número de ovocitos que se obtendrán en la punción, no existe un buen predictor de la mala recuperación. Sin embargo, el riesgo de obtener una mala recuperación ovocitaria está relacionado con los niveles de progesterona en la inducción, la edad y la reserva ovárica.

Bibliografía

- *1. Fauser BC, Diedrich K, Devroey P, Evian Annual Reproduction Workshop G. Predictors of ovarian response: progress towards individualized treatment in ovulation induction and ovarian stimulation. Hum Reprod Update. 2008;14(1):1-14.*
- *2. Fauser BC, Devroey P, Macklon NS. Multiple birth resulting from ovarian stimulation for subfertility treatment. Lancet. 2005;365(9473):1807-16.*
- *3. Verberg MF, Eijkemans MJ, Macklon NS, Heijnen EM, Baart EB, Hohmann FP, et al. The clinical significance of the retrieval of a low number of oocytes following mild ovarian stimulation for IVF: a meta-analysis. Hum Reprod Update. 2009;15(1):5-12.*
- *4. Beckers NG, Macklon NS, Eijkemans MJ, Fauser BC. Women with regular menstrual cycles and a poor response to ovarian hyperstimulation for in vitro fertilization exhibit follicular phase characteristics suggestive of ovarian aging. Fertil Steril. 2002;78(2):291-7.*

- *5. Tarlatzis BC, Zepiridis L, Grimbizis G, Bontis J. Clinical management of low ovarian response to stimulation for IVF: a systematic review. Hum Reprod Update. 2003;9(1):61-76.*
- *6. Wallace WH, Kelsey TW. Human ovarian reserve from conception to the menopause. PloS one. 2010;5(1):e8772.*
- *7. te Velde ER, Pearson PL. The variability of female reproductive ageing. Hum Reprod Update. 2002;8(2):141-54.*
- *8. Nikolaou D, Templeton A. Early ovarian ageing: a hypothesis. Detection and clinical relevance. Hum Reprod. 2003;18(6):1137-9.*
- *9. Arslan M, Bocca S, Mirkin S, Barroso G, Stadtmauer L, Oehninger S. Controlled ovarian hyperstimulation protocols for in vitro fertilization: two decades of experience after the birth of Elizabeth Carr. Fertil Steril. 2005;84(3):555-69.*
- *10. Khalaf Y, Taylor A, Braude P. Low serum estradiol concentrations after five days of controlled ovarian hyperstimulation for in vitro fertilization are associated with poor outcome. Fertil Steril. 2000;74(1):63-6.*
- *11. Phelps JY, Levine AS, Hickman TN, Zacur HA, Wallach EE, Hinton EL. Day 4 estradiol levels predict pregnancy success in women undergoing controlled ovarian hyperstimulation for IVF. Fertil Steril. 1998;69(6):1015-9.*
- *12. Vlaisavljević V, Došen M. Clinical applications of ultrasound in assessment of follicle development and growth. Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 2007;1(2):50-63.*
- *13. Speroff L, Fritz MA. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 7th edition ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.*

217/230. EXTRACCIÓN LAPAROSCÓPICA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO MIGRADO Y ENGLOBADO EN EL EPIPLÓN MAYOR.

Autores:

(1) Forero Díaz, Carmen; (2) Pascual Salvador, Elena; (3) Marina Tascón, Elena.

Centro de Trabajo:

(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Rio Tinto. Huelva; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Rio Tinto. Huelva.

Resumen:

Objetivos

Los dispositivos intrauterinos (DIU) no están exentos de complicaciones y pueden migrar a otra región. Este acontecimiento adverso se asocia principalmente con la perforación iatrogénica durante la inserción (de 1/350 a 1/2500 inserciones), anormalidades uterinas o actividad peristáltica normal del útero.

La perforación uterina es común entre las mujeres con DIUs migrados pudiendo causar morbilidad y mortalidad grave, por lo que debe manejarse con cuidado. Las perforaciones pueden ser asintomáticas o presentarse con dolor abdominal agudo, con posterior aparición de complicaciones o normalización de los síntomas.

Metodología

Resultados

Presentamos el caso de mujer de 35 años de edad, atendida a los 6 meses después de la inserción de un DIU, por dolor abdominal de reciente aparición tratada en el Servicio de Urgencias. Se realizó una ecografía vaginal con resultado DIU normoinserto, y sin otras alteraciones en la exploración. En el control a la semana y con la paciente asintomática, la exploración ginecológica objetivó ausencia de DIU intrauterino, por lo que se realizó una radiografía simple abdominal convencional que detectó el DIU en fosa iliaca derecha en la cavidad abdominal. La paciente no tuvo ninguna alteración dolorosa en el examen vaginal y abdominal. Se planteó la cirugía laparoscópica programada para la extracción del DIU.

La cirugía laparoscópica se realizó con tres trócares de 5 mm (ombligo = óptica, cuadrante inferior izquierdo y hipogástrio). El DIU estaba firmemente adherido al omento mayor en el cuadrante inferior derecho (cercano al ciego). Fue necesaria la disección y resección del epiplón afectado para liberar el DIU. No hubo cambios intrabdominales que sugerían afectación uterina. Tampoco existió afectación de vísceras huecas,

Buena evolución postquirúrgica con alta hospitalaria a las 12 horas y sin consecuencias en la revisión tras un mes después de la cirugía.

217/231. LESIONES VERTEBRALES, PULMONARES Y RENALES DE ORIGEN BENIGNO UTERINO, Y COMPORTAMIENTO METASTÁSICO

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Pantoja Rosso, Francisco Javier.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital General Santa María Del Puerto (cádiz); (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Jefe Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital General Santa María Del Puerto (puerto De Santa María, Cádiz).

Resumen:

Objetivos
Mostrar nuestra experiencia en el manejo de esta rara patología, dentro del diagnóstico diferencial de la patología oncológica ginecológica.

Metodología
Caso clínico de paciente de 41 años, con antecedentes de cesárea por gestación gemelar, miomectomía laparotómica y tiroidectomía por cáncer de tiroides. Que durante su seguimiento por la unidad de oncología tras referir algias lumbares, es diagnosticada de lesiones pulmonares, renales y en cuerpo vertebral compatibles con metástasis de origen desconocido.

Resultados
Se realiza PAAF de nódulo renal izquierdo que obtiene como resultado, material necrótico. Posteriormente se interviene de laminectomía de cuerpos vertebrales L4 y L5, con resultado de leiomioma Ki-67 del 2-3% con receptores de estrógenos y progesterona positivos. Consultando con el servicio de oncología, se diagnostica a la paciente de miomatosis metastásica benigna.

Se realiza histerectomía total más doble anexectomía sin complicaciones, con el diagnóstico anatomopatológico de útero miomatoso con anejos normales. Actualmente en seguimiento por el servicio de oncología, para observación de evolución de nódulos pulmonares y valorar en función de la misma, tratamiento sistémico.

Conclusiones
La leiomiomatosis benigna metastatizante es una enfermedad infrecuente, de hecho hasta la actualidad, sólo 120 casos han sido publicados. Tiene un curso clínico usualmente asintomático y se caracteriza por lesiones leiomiomatosas extrauterinas, sin signos histológicos o citológicos de malignidad relacionado con el antecedente de un leiomioma uterino. Se puede extender vía hematógena y metastatizar en cavidades cardiacas, pulmones, riñones, columna vertebral, etc... El diagnóstico incluye las pruebas de imágen y el estudio AP mediante biopsia. Al ser una enfermedad hormonodependiente, el tratamiento incluye administración de progesterona, hormona análoga liberadora de hormona luteinizante, moduladores selectivos de receptores de estrógenos como el tamoxifeno o raloxifeno, inhibidores de la aromatasa como el anastrozol. Otra opción es el tratamiento quirúrgico mediante histerectomía total + DA eliminando tanto el estímulo hormonal como la fuente de células miomatosas.

Bibliografía

- *Raś R et al. Benign metastasizing leiomyoma in triple location: lungs, parametria and appendix. Prz Menopauzalny. 2016 Jun;15(2):117-21.*
- *Fu Y et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: a case report and review of the literature. World J Surg Oncol. 2012 Dec 12;10:268.*

217/232. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ONCOLÓGICA GINECOLÓGICA. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INSUFLACIÓN Y ENTRADA EN CAVIDAD ABDOMINAL.

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) Fernández Alba, Juan Jesús; (4) Márquez Maraver, Francisco.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital General Santa María Del Puerto (cádiz); (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Puerto Real (cádiz); (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
Describir las complicaciones en cirugía laparoscópica oncológica ginecológica asociadas a las técnicas de insuflación y entrada en cavidad abdominal. Comprobar si nuestras estadísticas, se ajustan a lo publicado en la literatura científica sobre esta misma temática.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de 99 cirugías oncológicas laparoscópicas recogidas en el HUV Macarena de Sevilla durante 34 meses. Se han analizado las complicaciones asociadas únicamente a la entrada e insuflación a nivel umbilical, en cirugía ginecológica oncológica, mediante introducción de trócar tras insuflación con aguja de Veress (6/99) o mediante entrada directa con trócar sin neumoperitoneo previo (93/99).

Resultados
3 pacientes tuvieron al menos una complicación (3/99: 3.03%)

- 1 lesión en vasos de la pared abdominal con hematoma asociado (1.01%), 1 complicaciones anestésicas (1.01%) y 1 conversión a laparotomía asociadas a la entrada (1.01%)

- De las 99 pacientes, 20 presentaban una laparotomía previa. De las 3 complicaciones, 1 (33%) se produjo en paciente con laparotomía previa.

- El IMC medio de las pacientes fue de 27.75. El 100% de la complicaciones se produjo en pacientes con un IMC igual o superior a 25.

- El número medio de intentos de insuflación/entrada para conseguir un neumoperitoneo óptimo fue de 1.05. En las pacientes con complicaciones fue de 1.66.

- El tiempo medio del proceso de insuflación/entrada fue de 2 minutos y 16 segundos. Siendo de 3 minutos y 10 segundos en las pacientes con complicaciones.

Conclusiones
La cirugía oncológica ginecológica laparoscópica es una vía de abordaje segura, con una tasa de complicaciones asociadas a la entrada e insuflación asumibles en la actualidad, teniendo en cuenta los grandes beneficios de esta vía para la paciente. Se produjeron complicaciones en el 3.03% de las pacientes, con una tasa de complicaciones mayores (vasculares e intestinales) del 0%. Factores de riesgo de complicaciones como la laparotomía previa, sobrepeso/obesidad o mayor número de intentos de acceso, tuvieron mayores tasas en las pacientes con complicaciones. Por lo tanto, presentamos unas estadísticas similares a las de los grupos más experimentados que observamos en la literatura.

Bibliografía

- *Collinet P et al. Risks associated with laparoscopic entry. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010 Dec;39. 123-35.*

217/233. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EMBARAZO

Autores:
(1) López González, Elga; (2) Balmaseda Márquez, Elisa ángela; (2) Espinosa García, Elena.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital De La Merced, Osuna.

Resumen:

Objetivos
Conocer la influencia que puede tener la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su tratamiento sobre el embarazo y, en segundo lugar, el efecto que la gestación puede producir sobre el curso de la EII.

Metodología
Revisión bibliográfica a través de la base de datos de MedLine.

Resultados
La búsqueda bibliográfica se centró en dos aspectos:

1. Evolución de la enfermedad durante la gestación: EII sin actividad antes de la gestación, no empeorará. Existen diferencias entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: la primera no empeora durante la gestación y el postparto; la segunda suele tener una mayor actividad. El 70% de mujeres con enfermedad activa durante la concepción suelen tener la misma evolución ó empeoramiento durante la gestación. El riesgo de hemorragia anteparto, bajo peso en el neonato y parto pretérmino está aumentado; no el de malformaciones congénitas.

Gestantes con enfermedad perineal activa, enfermedad rectal ó anastomosis ileoanal se les deberá programar una cesárea. Parto vaginal es posible en gestantes con ostomías.

2. Medicamentos en EII:

-Metronidazol puede ser usado durante cortos períodos de tiempo; ciprofloxacino no está recomendado.

-Sulfasalazina (suplementar con 2mg de folato al día) y 5-ASA sí pueden ser administrados en la gestación.

-Glucocorticoides son considerados de bajo riesgo en la gestación pero se prefiere su utilización después de la semana 12 por interferir con el cierre del paladar.

-Azatioprina y mercaptopurina pueden ser utilizados si la enfermedad no se controla con otros fármacos pues se asocia a partos pretérminos.

-Ciclosporina, a bajas dosis, puede ser utilizada cuando la colitis ulcerosa es refractaria a corticoides. Anti-TNF puede ser administrado. Terapias biológicas como infliximab puede ser administrado en los dos primeros trimestres pero, al atravesar la placenta, no se debe vacunar al recién nacido con vacunas con microorganismos vivos antes de los 6 meses de vida.

Conclusiones
Enfermedad de Crohn no empeora durante la gestación; colitis ulcerosa sí.

Riesgo de hemorragia anteparto, bajo peso y parto pretérmino están aumentados.

Múltiples fármacos son permitidos durante la gestación.

Bibliografía

- *Peppercorn, Mark MD; Fertility, pregnancy, and nursing in inflammatory bowel disease.*
- *Cornish J, Tan E et al. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. Gut 2007; 56:830.*

217/234. AGENESIA RENAL UNILATERAL FETAL.

Autores:
(1) López González, Elga; (2) Balmaseda Márquez, Elisa ángela; (2) Guerrero Nogueira, Paula.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital De La Merced, Osuna.

Resumen:

Objetivos
Valorar diagnóstico, evolución y posibles complicaciones de la agenesia renal unilateral fetal, a través de la bibliografía de cara a un buen consejo prenatal.

Metodología
Revisión bibliográfica mediante la base de datos de MedLine. Seguimiento ultrasonográfico en la gestación mediante el Voluson S6.

Resultados
Primigesta, 32 años, sin antecedentes personales de interés, screening de aneuploidías del primer trimestre de bajo riesgo, en la ecografía morfológica se observa ausencia de riñón derecho. Se deriva a hospital de referencia de nuestra áre , donde confirman diagnóstico con control posterior a las 26 semanas sin otro hallazgo siendo dada de alta para control en nuestro hospital.

Gestación controlada y normoevolutiva; cesárea electiva a las 38+5 semanas por feto en presentación pelviana; nace varón de 3390gr con Apgar 9/10. Seguimiento posterior por pediatría donde se objetiva ausencia de riñón derecho, con riñón izquierdo compensador sin anomalías de la vía urinaria y parámetros de la función urinaria normal.

Conclusiones
La agenesia renal es la ausencia de tejido renal resultante del fallo de desarrollo embrionario del metanefros. Tiene una incidencia variable que va desde 1/500 a 1/3200, con mayor frecuencia en la presentación unilateral del riñón izquierdo y sexo masculino. La etiología es multifactorial. La agenesia renal unilateral es una condición asintomática, generalmente descubierta durante el ultrasonido prenatal de rutina; se debe sospechar en arteria umbilical única.

Se ha visto relacionada con malformaciones debidas a:

1.- Síndromes cromosómicos (15%)

2.- No cromosómicos (40%)

3.- Otros sistemas (45%): Genitales (70%) , Esqueléticas (30%), Sistema Cardiovascular y Gastrointestinal (15%), SNC (10%) y sistema respiratorio (10%).

Proteinuria, hipertensión e insuficiencia renal aparece con relativa frecuencia en la vida adulta; a pesar de ello, la tasa de supervivencia es similar a adultos sin agenesia renal.

Bibliografía

- *Robson L, Leung A, Roger C : Unilateral Renal Agenesia: 42;575-592 .*
- *Jelen Z:The value of ultrasonography procedure of the neonatal urinary tract: A survey of 1021 infants. Int Urol Nephrol. 1.993, 25; 3-10 .*
- *Klauber GT:Agenesis of the abdominal muculature: Pediatr Kidney Disease, 2:1210-1214.*
- *Mesrobian HG, Rushton HG, Bulas D: Unilateral Renal Agenesia may result from in utero regression of multicystic renal dysplasia J Urol 1993 : 793 - 794*

217/235. PESO MATERNO Y GANANCIA PONDERAL, ¿FACTORES DE RIESGO DE DESGARRO PERINEAL Y EPISIOTOMÍA?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Rojo Novo, Sara; (3) Frías Sánchez, Zoraida; (4) De La Plata, Marina.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De La Merced (osuna, Sevilla); (3) Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (4) Residente De 2º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
El IMC de la gestante superior a la normalidad, es un factor de riesgo para múltiples alteraciones del embarazo. Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de gestaciones, y su relación con las tasas de desgarros perineales y episiotomías

Metodología
Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de una muestra de 500 gestantes. Se han dividido en 2 grupos: El primero, gestantes con IMC normal, y el segundo, gestantes con IMC igual o superior a 25.

Resultados
Se realizó episiotomía en 161 pacientes (32.2%), que presentaron un IMC pregestacional medio de 23.9, un postgestacional de 29.2 y una ganancia ponderal media de 13.8 kilos, mientras que en el grupo de pacientes en los que no se realizó episiotomía, el IMC pregestacional medio fue de 25.4, el postgestacional de 30.4 y la ganancia ponderal media de 13.4 kilos. Hubo desgarro perineal en 227 pacientes (45.4%), que presentaron un IMC pregestacional medio de 24.4, un postgestacional de 29.6 y una ganancia ponderal media de 13.9 kilos, mientras que en el grupo de pacientes en los que no hubo desgarros, el IMC pregestacional medio fue de 25.4, el postgestacional de 30.5 y la ganancia ponderal media de 13.3 kilos.Las pacientes con IMC pre y postgestacional normales, tuvieron tasas de episiotomía y desgarros perineales mayores que las pacientes con sobrepeso u obesidad. Sin embargo, en el grupo de ganancia ponderal, las pacientes con ganancia inferior a 15 kilos tuvieron una tasa de episiotomías de 29.8% y de desgarros perineales de 44.9%, es decir, inferiores a las del grupo de ganancia superior a 15 kilos, que fueron para la episiotomía de 35.3% y para los desgarros de 46.04% respectivamente.

Conclusiones
Los resultados son ambiguos, ya que parece que la ganancia ponderal es el único factor de riesgo asociado a mayor tasa de estas alteraciones.

Bibliografía

- *Edqvist M et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Jul 29;16(1):196.*
- *Garretto D et al. Obesity May Be Protective against Severe Perineal Lacerations. J Obes. 2016;2016:9376592.*

217/236. PESO MATERNO Y GANANCIA PONDERAL, ¿FACTORES DE RIESGO DE PARTO INSTRUMENTAL Y CESÁREA?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Rojo Novo, Sara; (3) Frías Sánchez, Zoraida; (4) De La Plata Daza, Marina.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De La Merced (osuna, Sevilla); (3) Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (4) Residente De 2º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
El IMC de la gestante superior a la normalidad, es un factor de riesgo para múltiples alteraciones del embarazo. Nuestro objetivo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de gestaciones, y su relación con las tasas de partos instrumentales y cesáreas.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de una muestra de 500 gestantes. Se han dividido en 2 grupos: El primero gestantes con IMC normal, y el segundo, gestantes con IMC igual o superior a 25 (es decir sobrepeso u obesidad).

Resultados
Se produjeron 300 partos eutócicos, 94 instrumentales (6 espátulas, 24 fórceps y 64 ventosas) y 106 cesáreas. En el grupo de gestantes con partos eutócicos, el IMC pregestacional medio fue de 24.8, en el momento del parto 25.3 y la ganancia ponderal media fue de 13 kilos. Mientras que en el grupo de gestantes con partos distócicos, el IMC pregestacional medio fue de 25.3, en el momento del parto 30.6 y la ganancia ponderal media fue de 14 kilos. De las 275 pacientes con IMC pregestacional inferior a 25, 111 partos fueron distócicos (40.3%), mientras que de las 225 pacientes con IMC pre gestacional igual o superior a 25, 89 (39.5%) tuvieron partos distócicos. De las 44 pacientes con IMC postgestacional inferior a 25, 12 partos fueron distócicos (27.7%), mientras que de las 456 pacientes con IMC postgestacional igual o superior a 25, 188 (41.2%) tuvieron partos distócicos. De las 285 pacientes con ganancia ponderal inferior a 15 kilos, 107 partos fueron distócicos (37.5%), mientras que de las 215 pacientes con ganancia ponderal igual o superior a 15, 93 (43.5%) tuvieron partos distócicos.

Conclusiones
Todos los parámetros indican que mayor IMC y/o ganancia ponderal lleva consigo un aumento de la tasa de partos instrumentales y cesáreas, excepto el IMC pregestacional que fue al contrario.

Bibliografía

- *Hollowell J et al. The impact of maternal obesity on intrapartum outcomes in otherwise low risk women: secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. BJOG. 2014 Feb;121(3):343-55.*
- *Kılıç M et al. Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. Springerplus. 2016 Aug 11;5(1):1331.*

217/237. PESO MATERNO Y GANANCIA PONDERAL, ¿FACTORES DE RIESGO DE MAYOR DURACIÓN DE LAS DISTINTAS FASES DEL PARTO?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) De La Plata Daza, Marina; (3) Rojo Novo, Sara; (4) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Residente De 2° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De La Merced (osuna. Sevilla); (4) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
El IMC de la gestante superior a la normalidad, es un factor de riesgo para múltiples alteraciones del embarazo.

Mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de gestaciones, y su relación con la duración de las diferentes fases del parto.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de una muestra de 500 gestantes. Se han dividido en 2 grupos: El primero, gestantes con IMC normal, y el segundo, gestantes con IMC igual o superior a 25.

Resultados
Las pacientes con un IMC pregestacional y postgestacional inferior a 25, presentan una fase latente media de 405/346 minutos, 303/229 de fase activa media, 98/84 minutos de expulsivo medio, y una media total de duración del parto de 652/524 minutos respectivamente. Por otro lado, el grupo de pacientes con un IMC pregestacional y postgestacional igual o superior a 25, presenta una fase latente media de 434/424 minutos, 263/291 de fase activa media, 84/93 minutos de expulsivo medio, y una media total de duración del parto de 609/642 minutos respectivamente.

Las pacientes con una ganancia ponderal inferior a 15 kilos, presentan una fase latente media de 380 minutos, 275 de fase activa media, 84 minutos de expulsivo medio, y una media total de duración del parto de 576 minutos. Por otro lado, el grupo de pacientes con una ganancia ponderal superior a 15 kilos, presenta una fase latente media de 464 minutos, 300 de fase activa media, 103 minutos de expulsivo medio, y una media total de duración del parto de 708 minutos.

Conclusiones
Podemos observar que las pacientes con mayor ganancia ponderal y/o IMC postgestacional presentan una mayor duración total (y en todas las fases del parto), que las pacientes que se encuentran dentro de la normalidad. Esas diferencias no se observan en los grupos de IMC pregestacional.

Bibliografía

- *Amir LH1, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. BMC Pregnancy Childbirth. 2007 Jul 4;7:9.*
- *Hamon C, Fanello S, Catala L, Parot E. Maternal obesity: effects on labor and delivery: Excluding other diseases that might modify obstetrical management. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005 Apr;34(2):109-14.*

217/238. PESO MATERNO Y GANANCIA PONDERAL, ¿FACTORES DE RIESGO DE AUMENTO DE LA TASA DE INDUCCIONES Y CESÁREAS ELECTIVAS?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) De La Plata Daza, Marina; (3) Rojo Novo, Sara; (4) Frías Sánchez, Zoraida.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Residente De 2° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De La Merced (osuna. Sevilla); (4) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla).

Resumen:

Objetivos
El IMC de la gestante superior a la normalidad, es un factor de riesgo para múltiples alteraciones del embarazo.

Mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de gestaciones, y su relación con las tasas de inducciones, cesáreas electivas y partos de inicio espontáneo

Metodología
Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de una muestra de 500 gestantes. Se han dividido en 2 grupos: El primero, gestantes con IMC normal, y el segundo, gestantes con IMC igual o superior a 25.

Resultados
358 partos se iniciaron espontáneamente, su IMC pregestacional medio fue de 24.7, el postgestacional de 29.7 y la ganancia ponderal media de 13.3 kilos. El grupo de inducciones (114 pacientes), tenía un IMC pregestacional medio de 25.7, postgestacional de 31.2 y una ganancia ponderal media de 14.6 kilos. Por último, se realizaron 28 cesáreas electivas, que tuvieron un IMC pregestacional medio de 25.08, postgestacional de 29.7 y una ganancia ponderal media de 12.5 kilos. Las pacientes con un IMC pregestacional y postgestacional inferior a 25, presentan mayor tasa de partos de inicio espontáneo (75 y 79% respectivamente), mientras que las pacientes con sobrepeso u obesidad, tienen mayor tasa de cesáreas electiva (7 y 5.7% respectivamente) e inducciones (26 y 23.3% respectivamente). Por último, las pacientes con ganancia ponderal inferior a 15 kilos, presentan una tasa de partos de inicio espontáneo mayor (72.5%) y de cesáreas electivas (6%) que las que tienen ganancia ponderal igual o superior a 15 kilos, mientras que estas presentan mayor tasa de inducciones (24.4%).

Conclusiones
Resaltar que la tasa de inducciones parece aumentar cuanto mayor es el IMC de la paciente o su ganancia ponderal; siendo mayor la tasa de inicios espontáneos en las pacientes más delgadas. En el grupo de cesáreas electivas, esta relación no está tan clara.

Bibliografía

- *Amir LH1, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. BMC Pregnancy Childbirth. 2007 Jul 4;7:9. Hamon C, Fanello S, Catala L, Parot E. Maternal obesity: effects on labor and delivery: Excluding other diseases that might modify obstetrical management. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005 Apr;34(2):109-14.*

217/239. PESO MATERNO Y GANANCIA PONDERAL, ¿FACTORES DE RIESGO DE LAS ALTERACIONES PLACENTARIAS?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) De La Plata Daza, Marina; (4) Rojo Novo, Sara.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Residente De 2° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia Del Hu De La Merced (osuna, Sevilla).

Resumen:

Objetivos
El IMC de la gestante superior a la normalidad, es un factor de riesgo para múltiples alteraciones del embarazo. Mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de gestaciones, y su relación con las características y alteraciones placentarias, tanto en el peso, inserción, tasa de alumbramientos manuales, como con la patología de etiología placentaria (CIR, BPEG, trastornos hipertensivos, DPPNI, etc...)

Metodología
Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de una muestra de 500 gestantes. Se han dividido en 2 grupos: El primero, gestantes con IMC normal, y el segundo, gestantes con IMC igual o superior a 25. También se ha añadido la valoración de la ganancia ponderal materna como posible efecto adverso, considerando un factor de riesgo, la ganancia de más de 15 kilos durante el embarazo.

Resultados
En el grupo de IMC pregestacional y postgestacional menor de 25, el peso medio fue de 584 y 528 gr, con un porcentaje de alumbramientos manuales del 18 y 11 %, y 2 casos de inserción placentaria anómala respectivamente; mientras que las pacientes con un IMC igual o superior a 25, tuvieron un peso placentario medio de 614 y 605 gr, con una tasa de alumbramientos manuales mayor (25 y 23%) y un caso de alteración de los cotiledones placentarios respectivamente. En las pacientes con ganancias ponderales menores, e iguales/superiores a 15 kilos, no hubo diferencias significativas en ninguno de los ítems. Por último, se produjeron patologías obstétricas de origen placentario en 22 pacientes (4.4%), que presentaron un IMC pregestacional y postgestacional medios (28 y 33 respectivamente), superiores a las pacientes sin patología asociada, con una ganancia ponderal inferior a la media (3 kilos).

Conclusiones
Concluimos que existen diferencias en cuanto al peso medio placentario y la tasa de alumbramientos manuales asociados al aumento del IMC, pero no a la ganancia ponderal.

Bibliografía

- *Burton GJ, Fowden AL, Thornburg KL. Placental Origins of Chronic Disease. Physiol Rev. 2016 Oct;96(4):1509-65.*

217/240. PESO MATERNO Y GANANCIA PONDERAL, ¿FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLAR PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) De La Plata Daza, Marina; (4) Rojo Novo, Sara.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Residente De 2° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia Del Hu De La Merced (osuna, Sevilla).

Resumen:

Objetivos
El IMC de la gestante superior a la normalidad, es un factor de riesgo para múltiples alteraciones del embarazo.

Mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de gestaciones, y su relación con la patología obstétrica de la gestación, sobre todo relacionado con la macrosomía fetal, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, metrorragias y trastornos del peso fetal por déficit.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de una muestra de 500 gestantes. Se han dividido en 2 grupos: El primero, gestantes con IMC normal, y el segundo, gestantes con IMC igual o superior a 25. También se ha añadido la valoración de la ganancia ponderal materna como posible efecto adverso, considerando un factor de riesgo, la ganancia de más de 15 kilos durante el embarazo.

Resultados
No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con IMC pregestacional inferior, e igual/superior a 25, ni en las pacientes con ganancia ponderal inferior, e igual/superior a 15 kilos, con respecto a la tasa de patologías obstétricas asociadas. Sin embargo, el grupo de pacientes con IMC igual o superior a 25 en el momento del parto, tuvo un porcentaje superior de estas alteraciones, que las pacientes normopeso (39 vs 27% respectivamente). Las patologías obstétricas asociadas al sobrepeso/obesidad más frecuentes fueron, la macrosomía fetal (12.4%), la DM gestacional (6.4%) y los trastornos hipertensivos con o sin asociación a CIR/BPEG (6%). Las pacientes sin patología obstétrica asociada presentaron una media de IMC pregestacional de 24, postgestacional de 29 y una ganancia ponderal media de 13 kilos.

Conclusiones
Todos los grupos de pacientes con las patologías obstétricas anteriormente descritas tuvieron medias superiores en todos los ítems, siendo las mayores diferencias, las existentes con las pacientes con DM o trastornos hipertensivos del embarazo (IMC pregestacional medio: 26, IMC postgestacional medio: 32 y ganancia ponderal media de 15 kilos).

Bibliografía

- *Bodnar LM et al. Maternal prepregnancy obesity and cause-specific stillbirth. Am J Clin Nutr. 2015 Oct;102(4):858-64.*

217/241. PESO MATERNO Y GANANCIA PONDERAL, ¿FACTORES DE RIESGO DE MALOS RESULTADOS PERINATALES FETALES?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Frías Sánchez, Zoraida; (3) De La Plata Daza, Marina; (4) Rojo Novo, Sara.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Huv Macarena (sevilla); (2) Residente De 4° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Residente De 2° Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia Del Hu De La Merced (osuna, Sevilla).

Resumen:

Objetivos
El IMC de la gestante superior a la normalidad, es un factor de riesgo para múltiples alteraciones del embarazo. Mostrar nuestra experiencia en el manejo de este tipo de gestaciones, y su relación con el peso, el pH de arteria umbilical, el APGAR y la tasa de ingresos en pediatría de los recién nacidos.

Metodología
Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de una muestra de 500 gestantes. Se han dividido en 2 grupos: El primero, gestantes con IMC normal, y el segundo, gestantes con IMC igual o superior a 25.

Resultados
En las pacientes con IMC pregestacional inferior, e igual/superior a 25, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto a los pesos, ph de arteria umbilical y test de APGAR, sin embargo, la tasa de ingresos en pediatría fue mayor en el grupo de gestantes con sobrepeso/obesidad (3 vs 2% respectivamente). En las pacientes con IMC postgestacional inferior, e igual/superior a 25, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto a los ph de arteria umbilical y test de APGAR, sin embargo, la tasa de ingresos en pediatría fue mayor en el grupo de gestantes con sobrepeso/obesidad (2.8 vs 0% respectivamente), y también el peso fetal medio (3400 vs 3100 gr respectivamente). Por último, en las pacientes con ganancia ponderal inferior, e igual/superior a 15 kilos, no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto a los pesos, ph de arteria umbilical y test de APGAR, sin embargo, la tasa de ingresos en pediatría fue mayor en el grupo de gestantes con sobrepeso/obesidad (4.8 vs 1.4% respectivamente).

Conclusiones
Concluimos que no hay diferencias significativas en cuanto a los resultados perinatales entre los diferentes grupos, siendo la única diferencia, la tasa de ingreso de los recién nacidos en pediatría, que si fue mayor en las pacientes con mayor IMC o ganancia ponderal.

Bibliografía

- *Avcı ME et al. Effects of maternal obesity on antenatal, perinatal and neonatal outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015;28(17):2080-3.*
- *Su R et al. Relationship of maternal birth weight on maternal and neonatal outcomes: a multicenter study in Beijing. J Perinatol. 2016 Sep 1.*

217/243. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: GESTACIÓN HETEROTÓPICA EN GESTACIÓN FIV-ICI

Autores:
(1) Cordero Vázquez, María Del Carmen; (2) Mena Piedra, Isabel; (2) Quesada Hurtado, Josefa.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Virgen De La Victoria; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Virgen De La Victoria. Málaga.

Resumen:

Objetivos
La gestación heterotópica es aquella en la que coexisten gestación intra y extrauterina. La incidencia es baja en embarazos espontáneos pero ha aumentado con las técnicas de reproducción asistida (TRHA)

Se presenta un caso clínico de gestación heterotópica tras TRHA.

Metodología
Se presenta un caso clínico de gestación heterotópica tras TRHA.

Resultados
Nulípara de 37 años, que consulta por dolor en fosa iliaca izquierda, sin otra sintomatología asociada, tras 14 días de un legrado uterino evacuador por aborto diferido. Gestación vía FIV-ICSI con transferencia de 2 embriones, sin antecedentes personales de enfermedad inflamatoria pélvica ni cirugía abdominal.

En la ecografía transvaginal se visualiza útero con endometrio de 9 mm, ambos anejos normales, y adyacente a ovario izquierdo y ocupando fondo de saco de Douglas, una imagen de densidad heterogénea, doppler color negativo, de 58 x 34 mm., compatible con coágulo organizado. β-hCG en plasma de 5365 UI/L.

Ingreso hospitalario con control de β-hCG seriado, objetivándose descenso de la misma. Es dada de alta con sospecha diagnóstica de gestación heterotópica y aborto tubárico en vías de resolución.

A los ocho días consulta de nuevo por dolor abdominal y síncope vasovagal. Presenta estabilidad ecográfica con respecto al alta hospitalaria y valor de β-hCG de 805.5 UI/L. Se realizan hemogramas seriados con descenso de 2 gr/dl de Hb en un periodo de 10 horas, por lo que se procede a una laparoscopia exploradora objetivándose cuadro adherencial, hemoperioneo con estructura heterogénea dependiente de anejo izquierdo de unos 6 cm, compatible con coágulo organizado vs aborto tubárico que es remitido para estudio anatomopatológico, ovario izquierdo con quiste endometriósico de 4 cm y ovario derecho normal.

Ambas anatomías patológicas, confirmaron el diagnóstico de embarazo ectópico y restos deciduo-coriales intraútero.

Conclusiones
Se han descrito factores de riesgo que predisponen a la gestación heterotópica, como la alteración tubárica (EPI, endometriosis o cirugía), TRHA y edad materna avanzada.

Bibliografía

- • *DeCherney,J. Eichhorn. Severe abdominal pain during early pregnancy in a woman with previous infertility. N Engl J Med, 334 (1996), pp. 255-260*
- • *S. Bassil,J.L. Pouly,M. Canis,L. Janny,P. Vye,C. Chapton,M.A. Bruhat. Advanced heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer, with survival of both babies and the mother. Hum Reprod, 6 (1991).*

217/246. USO DE DOS MÉTODOS DE MADURACIÓN CERVICAL: PGE1 (MISOPROSTOL) Y PGE2 (DINOPROSTONA). RESULTADOS DE 51 CASOS

Autores:
(1) Jiménez Garrido, Noemi; (2) Santos Zunino, María José; (2) Chica Palomo, Concepción; (2) Molina García, Luis Carlos.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Agustín. Linares; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Agustín. Linares.

Resumen:

Objetivos
Comparar maduración cervical mediante prostaglandinas vaginales (PGE1 o PGE2) en un año. Metodología: Parámetros: duración de inducción; necesidad de oxitocina, finalización de parto y resultados neonatales

Metodología
Estudio observacional descriptivo retrospectivo de Abril 2015 a Mayo 2016 en Hospital San Agustín. Linares. Grupo 1: 26 pacientes inducción con Dinoprostona–Propess®. Grupo 2: 25 pacientes inducción con Misoprostol–Misofar®

Resultados
Grupo Propess®: 61.53% nulíparas, edad media 31 años, sin antecedentes de interés y gestaciones de bajo riesgo. Motivos de inducción: 19 (73%) gestaciones en vía de prolongación, 3 (11.5%) hipertensión arterial, 3 (11.5%) CIR y 1 (3.8%) oligoamnios. Data gestacional media: 41+1 (>37+4-<42). Tiempo medio de inducción: 1.77 días, requiriendo un 42.30% de las mujeres tres días y un 65.3% el uso de oxitocina. Tipo de parto: 7 (26.9%) cesáreas, (5: fracaso de inducción y 2: sospecha de pérdida de bienestar fetal); 8 (30.7%) instrumentales y resto eutócicos. Recién nacidos: peso medio de 3200 gramos sin ingresos neonatales ni complicaciones.

Grupo Misofar25®: 52% primigestas, edad media 29 años, sin antecedentes de interés y gestaciones de bajo riesgo. Motivos de inducción similares a grupo 1: 17 (68%) gestaciones en vías de prolongación, 5 (20%) oligoamnios, 1 (4%) CIR y 2 (8%) hipertensión leve. Data gestacional media 41+3 (>37+5-<41+6), Tiempo medio de inducción: 1.38 días, tiempo máximo dos días y en 16 (64%) casos se necesitó oxitocina. Tipo de parto: 3 (12%) cesáreas por fracaso de inducción, 3 (12%) instrumentales y resto eutócicos. Recién nacidos: peso medio 3407 gramos sin complicaciones posteriores ni ingresos neonatales.

Conclusiones
Inducciones realizadas en mujeres de características similares. Se objetiva aumento en el tiempo de inducción con Propess® con respecto a Misofar25®. No existe variabilidad en el uso de oxitocina. Tipo de parto: 88% vía vaginal con Misofar25® y 73.1% con Propess®. Concluimos que no existen diferencias significativas entre los dos tipos de maduración cervical, siendo los resultados obtenidos satisfactorios y sin complicaciones maternas ni neonatales.

Bibliografía

- *Ficha técnica de Misofar®*
- *Ficha técnica de Propess®*
- *Protocolo SEGO. Inducción del parto. Prog Obstet Ginecol 2015; 58(1):54-64*
- *Protocolo Medicina fetal. Inducción del parto y métodos de maduración cervical. Servei de Medicina Materno-Fetal-ICGON-Hospital Clinic Barcelona*

217/247. ENDOMETRIOSIS PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Santos Zunino, María José; (2) Jiménez Garrido, Noemi; (2) Molina García, Luis Carlos; (2) Rojas García, Ramón.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Agustín. Linares; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Agustín. Linares.

Resumen:

Objetivos
La endometriosis consiste en la presencia de glándulas y estroma endometrial en regiones extrauterinas. Es una enfermedad benigna que afecta al 5-10% de la población femenina en edad reproductiva, entre los 15-45 años. Produce dolor pélvico crónico, dispareunia, dismenorrea, subfertilidad o la combinación de dichos síntomas. El 44% permanecen asintomáticas.

La endometriosis torácica fue descrita en 1938 por Swartz. Produce síntomas diferentes según afecte al parénquima o a la pleura.

Metodología
Mujer 28 años, antecedentes personales de amigdalitis de repetición controlada por otorrinolaringólogo. Antecedentes ginecológicos: menarquia con 14 años, fórmula menstrual: 4/28. Parto eutócico y un aborto séptico.

Con 24 años acude a urgencias por hemoptisis de repetición coincidentes con menstruación, siendo ingresada en neumología para estudio.

Resultados
Exploración física: Eupneica, Sat. O2 98%, frecuencia cardiaca 98lpm, frecuencia respiratoria 26resp/min., murmullo vesicular disminuido con crepitantes en hemitórax izquierdo.

Estudios complementarios: Análisis de sangre, orina, enzimas e iones normales. Radiografía de tórax normal. Exploración ginecológica y ecografía transvaginal sin hallazgos.

Fibrobroncoscopia sin lesiones visibles salvo cambios mucosos hipervascularizados.

Diagnóstico anatomopatológico: muestra constituida en cepillado endobronquial de células endometriales y hematíes. Endometriosis pulmonar confirmada por anatomía patológica.

Tratamiento propuesto: Desde el diagnóstico fue tratada con Dienogest 2mg/ etinilestradiol 0.03mg hasta la actualidad.

Seguimiento: Mejoría clínica sin episodios de hemoptisis ni otro tipo de sangrado tras 4 años de seguimiento. Último TAC torácico de control sin hallazgos patológicos significativos.

Conclusiones
Entre los órganos afectados por la endometriosis, en orden decreciente de frecuencia están el útero, los ovarios, las trompas y el peritoneo pélvico. La localización extrapélvica es muy infrecuente siendo la localización más rara el pulmón.

La manifestaciones clínicas de la endometriosis extrapélvica son inespecíficas, en sólo la mitad se correlacionan los síntomas con la menstruación. Ecografía, TAC y RMN son los medios diagnósticos de elección por su probada sensibilidad y especificidad. Siendo el diagnóstico de certeza posible mediante estudio anatomopatológico.

El tratamiento médico puede realizarse mediante ACHO, análogos de LHRH y antagonistas de la GnRH por orden de prescripción.

Bibliografía

- *Joseph J; Steven A. Toracic Endometriosis Syndrome:New Observations from an analysis of 110 cases. The American Journal of Medicine 1996;100:164-170.*
- *Alifano M; Trisolini R. Thoracic Endometriosis:Current Knowledge. Ann Thorac Surg 2006;81:761-9.*

217/248. LA CRUZADO ANTERIOR-POSTERIOR DE LA FASCIA ENDOPÉLVICA PARA CORRECCIÓN DEL CISTOCELE Y RECTOCELE, RESPECTIVAMENTE. DESCRIPCIÓN DE NUEVA TÉNCNICA Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS.

Autores:
(1) Santos Zunino, María José; (2) Jiménez Garrido, Noemi; (2) Chica Palomo, Concepción; (2) Valdivieso Pérez, Francisco.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Agustín. Linares; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Agustín. Linares.

Resumen:

Objetivos
Valorar resultados de una nueva técnica quirúrgica para la corrección del cistocele y rectocele, analizando las complicaciones quirúrgicas y ginecológicas posteriores.

Metodología
Estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Grupo: 95 pacientes sometidas a cirugía mediante la técnica denominada "cruzado anterior-posterior de la fascia endopélvica para la corrección del cistocele y rectocele". Revisión desde Marzo de 2008 a Julio de 2015 en el Hospital San Agustín de Linares.

Resultados
Fueron intervenidas 95 pacientes con una media de edad de 61.83 años (>44 - <86). La técnica se utilizó en diferentes tipos intervención: 53 (55.78%) casos de histerectomía vaginal con plastia anterior y posterior, 5 (5.26%) casos de Manchester con plastia anterior y posterior, 17 (17.89) con plastia anterior, 9 (9.47%) con plastia posterior y 11 (11.57%) casos con ambas plastias. Indicaciones: Grados de cistocele-rectocele: 27 (28.42%) casos de prolapso de II grado, 63 (66.31%) de III grado y 5 (5.26%) de IV grado. El 18.94% de las intervenciones se completaron con TOT para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Complicaciones quirúrgicas intraoperatorias: 2 casos de lesión vesical leve, que fueron corregidas en el mismo acto y sin secuelas posteriores.

En la revisión anual; no hay recidivas de prolapsos vaginales, se objetivaron 9 casos de incontinencia urinaria de urgencia, corregidas mediante tratamiento farmacológico. Un caso de granuloma en cicatriz vaginal que se extirpó quirúrgicamente y un caso de uretrocele no quirúrgico.

Revisión a 8 años: 27 de las 95 pacientes consultaron por: 10 (10.52%) atrofia vaginal; 8 (8.4%) por prolapso: 2 cistoceles y 3 rectoceles de I grado que no requirieron corrección quirúrgica y se intervinieron 2 rectoceles y una histerectomía vaginal por prolapso uterino.

Conclusiones
Los resultados a 8 años muestran la efectividad de la técnica y menor índice de recidivas a largo plazo, por tanto será una alternativa a las clásicas colporrafias anterior y posterior. La baja tasa de complicaciones y la facilidad de su realización la harán muy competitiva frente al actual empleo de las diferentes mallas.

Bibliografía

- *Carmona M, Marcos J. Cirugía del prolapso genital. Progresos de Obstetricia y Ginecología.2002,45:62-68.*
- *Balaguero L, García C. Patología del suelo pélvico. XXV Congreso de la SEGO.1999,6:83-87.*

217/251. MICROCEFALIA IDIOPÁTICA

Autores:
(1) Muñoz González, María Dolores; (2) Blanes Martinez, Eugenio José; (3) Escamez Leon, Mª Carmen; (4) Dominguez Gonzalez, Manuel.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Residente 2°año, Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital De La Línea.; (2) Médico Residente 3año, Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital De La Línea; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De La Línea De La Concepción; (4) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De La Línea De La Concepción.

Resumen:

Objetivos
Describir un caso de microcefalia idiopática acaecida en nuestro centro y el manejo en busca de su causa.

Metodología
Descripción de un caso cínico.

Mujer de 30 años, secundigesta con un niño vivo y sano. La paciente de 38+6 semanas se programa para cesárea por presentación podálica y alta sospecha de microcefalia (objetivada en último control ecográfico). Nace un varón de 3300g, Test Apgar 9/10, pH venoso 7,35 y perímetro cefálico de 30cm. Resto de parámetros normales.

Los controles ecográficos sucedieron según protocolo del centro. Ecografías de la semana 12 y morfológica de las 20 semanas normal. Ecografía de Semana 32: DBP 73,3mm acorde a 29 semanas; HC 296,8mm acorde a 31+3 semanas. En la Semana 38: DBP 79,5mm acorde a 32 semanas; HC 293,3mm acorde a 32+2 semanas.

Las causas de la microcefalia más frecuentes fueron entonces descartadas: las alteraciones cromosómicas mediante el cribado combinado del primer trimestre (bajo riesgo). Se realizó estudio serológico completo, incluyendo TORCH y CMV de forma postnatal en el RN con resultados negativos.

Se descartaron patologías metabólicas como la fenilcetonuria mediante analíticas así como la presencia de tóxicos.

Además se realizaron estudios de imagen con los que se descartan las craneosinostosis y se diagnostica una lisencefalia postnatal.

Resultados
Nacimiento de un varón con microcefalia y lisencefalia sin causa reconocida.

Conclusiones
La incidencia de la microcefalia es de 11,7 casos por millón de recién nacidos (1/85.470). Es una patología rara y ante dichos hallazgos se deben realizar los estudios pertinentes para llegar a una causa potencialmente prevenible.

Bibliografía

- *Cytomegalovirus infection in pregnancy, Yinon Y et al. J Obstet Gynaecol Can. 2010 Apr;32(4):348-54.*
- *Malformations of cortical development: 3T magnetic resonance imaging features.*
- *Battal B1, World J Radiol. 2015 Oct 28;7(10):329-35*
- *Clinical and imaging features of cortical malformations in childhood. Leventer RJ1 Neurology. 1999 Sep 11;53(4):715-22.*
- *Lisencefalia tipo I: síndrome de Miller-Dieker.*
- *Informe de un caso. José Felipe López Herrera. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 66, Núm. 4 • Jul.-Ago. 1999*
- *pp 157-160*
- *Post-processing of structural MRI for individualized diagnostics. Martin P1Quant Imaging Med Surg. 2015 Apr;5(2):188-203.*

217/252. SD. WUNDERLICH-HERLYN-WERNER: A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Marchena Román, Ana María; (2) González Fernández, Yurena; (3) Romero, Azahara.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario Jerez De La Frontera; (2) Medico Especialista En Obstetricia Y Ginecologia. Hospital Jerez De La Frontera.; (3) Medico Residente I Año Ginecología Y Obstetricia. Hospital Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
El síndrome de Wunderlich-Herlyn-Werner se caracteriza por presentar duplicidad completa del canal útero vaginal asociada a la obstrucción de una de las hemivaginas y agenesia renal homolateral a la misma. Es una malformación müleriana infrecuente. Su causa, patogénesis, y origen embriológico son inciertos, pero el diagnóstico y tratamiento en fase inicial puede aliviar los síntomas y preservar la fertilidad.

Metodología
Mujer de 30 años que acude a Urgencias por dolor abdominal y flujo vaginal maloliente de meses de evolución. Dismenorrea progresiva.

A la exploracion: Abdomen blando y depresible. Especuloscopia leucorrea algo maloliente. Al tacto vaginal bimanual cervix lateralizado a la izquierda y formación que ocupa hemivagina derecha hasta fondo de saco posterior.

Ecografía: agenesia renal unilateral y útero didelfo.

TAC pelvis: útero didelfo con un útero izquierdo normal y un útero derecho con materiales de baja densidad. La hemivagina asociada con el útero derecho estaba obstruida y con infección anaeróbica (piocolpos-piometra). Ovarios normales, riñón derecho no se visualiza, y riñón izquierdo normal.

Resultados
Bajo anestesia se realiza incisión sobre formación de fondo de saco vaginal derecho compatible con colección de hemivagina derecha ciega, drenando abundante material purulento fetido. En segundo tiempo resección de tabique vaginal y marsupializacion. Tratamiento antibiótico amplio espectro y alta sin complicaciones.

Conclusiones
El útero didelfo con hemivagina obstruido y ipsilateral agenesia renal es una anomalía congénita poco frecuente, referida como síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich. Aunque es mas frecuente el diagnostico en la pubertad; algunas pacientes pueden menstruar normalmente y no tener síntomas específicos, excepto dismenorrea; por lo que hasta un 10% de los casos son diagnosticados después de los 30 años. Las manifestaciones clínicas y los hallazgos físicos son muy útiles para el diagnóstico; además de la ecografía, TAC, resonancia magnética, histerosalpingografía, y laparoscopia exploratoria.

Existe una estrecha relación entre las anomalías del aparato uro-genital femenino, por lo que se debe examinar el sistema urinario cuando se detecta una anomalía genital y viceversa.

Bibliografía

- *C Orazi, MC Lucchetti, PM Schingo, Marchetti P, F. Ferro El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: útero didelfo, hemivagina ciega y agenesia renal Ipsilateral. Ecográficos y*

217/254. HISTOLOGÍA DE LOS CÁNCERES DE MAMA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ EN 2007-2011.

Autores:
(1) Toucedo Carmona, Maria de los Ángeles; (1) Reyes Benitez, Maria Josefa; (2) Benitez Rodriguez, Encarnación.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Jerez De La Frontera; (2) Responsable Registro De Cáncer. Delegación Territorial De Igualdad, Salud Y Bienestar Social De Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Describir los diferentes tipos histológicos de los cánceres de mama en mujeres diagnosticadas y/o tratadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar entre los años 2007 y 2011.

Metodología
Estudio observacional descriptivo sobre casos de cáncer de mama diagnosticados y/o tratados en mujeres en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz y residentes en su área de influencia (Cádiz y San Fernando) durante el periodo 2007-2011.

Resultados
Se diagnosticaron 660 casos de cáncer de mama. Se definió la histología en todos los tumores salvo en 3 casos (0,6%). Se realizaron tres grupos: histología 1 que engloba carcinomas infiltrantes y carcinomas in situ; histología 2 que contiene carcinomas ductales, lobulillares y otros; histología 3 donde están incluidos todos los tipos histológicos. En el grupo de histología 1 encontramos que los carcinomas infiltrantes representan 595 casos (90,56%), existiendo 62 casos de carcinoma in situ (9,44%). En el grupo de histología 2 obtenemos 559 casos (84,7%) de carcinoma ductal, 69 casos (10,5%) de carcinoma lobulillar y 32 casos (4,8%) de otros carcinomas. En el grupo de histología 3 hallamos: carcinoma ductal in situ: 30 casos (4,5%),carcinoma ductal infiltrante: 450 casos (68,2%), carcinoma ductal mucinoso infiltrante: 8 casos (1,2%), carcinoma ductal, cribiforme in situ: 2 casos (0.3%), carcinoma ductal, cribiforme infiltrante: 2 casos (0,3%), carcinoma ductal, intraquístico in situ: 1 caso (0,2%), carcinoma ductal, medular infiltrante: 7 casos (1,1%), carcinoma ductal, papilar in situ: 7 casos (1,1%), carcinoma ductal, papilar infiltrante: 9 casos (1,4%), carcinoma ductal, tipo comedo in situ: 8 casos (1,2%), carcinoma ductal, tipo comedo infiltrante: 28 casos (4,2%), carcinoma ductal, tipo solido in situ: 5 casos (0,8%), carcinoma ductal, tipo solido infiltrante: 2 casos (0,3%), carcinoma lobulillar in situ: 4 casos (0,6%), carcinoma lobulillar infiltrante: 65 casos (9,8%), carcinoma mixto in situ: 4 casos (0,6%), carcinoma mixto infiltrante: 15 casos (2,3%), carcinoma: SAI: 4 casos (0,6%), enfermedad de Paget: 5 casos (0,8%), otros: 4 casos (0,6%).

Conclusiones
La histología más frecuente hallada del cáncer de mama fue carcinoma ductal infiltrante.

Bibliografía

- *Martín Angulo M, Arroyo Yustos M, Villalobos León ML, Álvarez de Mon Soto M. Cáncer de mama. Medicine 2013;11(27):1629-1640.*

217/255. DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTADIOS DE LOS CÁNCERES DE MAMA AL DIAGNÓSTICO EN MUJERES EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ EN 2007-2011.

Autores:
(1) Toucedo Carmona, Maria de los Ángeles; (1) Reyes Benitez, Maria Josefa; (2) Benitez Rodriguez, Encarnación.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Jerez De La Frontera; (2) Responsable Registro De Cáncer. Delegación Territorial De Igualdad, Salud Y Bienestar Social De Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Describir la distribución de los cánceres de mama según el estadio al diagnóstico en mujeres diagnosticadas y/o tratadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar entre los años 2007 y 2011.

Metodología
Estudio observacional descriptivo sobre casos de cáncer de mama diagnosticados y/o tratados en mujeres en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz y residentes en su área de influencia (Cádiz y San Fernando) durante el periodo 2007-2011. Los casos proceden del Registro Poblacional de Cáncer de Cádiz. Para clasificar a las pacientes en función de la extensión de la enfermedad se utilizó el sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) en su séptima edición del 2010.

Resultados
Se diagnosticaron 660 casos de cáncer de mama. En nuestra población de estudio el estadio clínico de la AJCC más frecuente ha sido el estadio IIA con 176 casos (27,1%) igualado con muy poca diferencia del estadio IA con 176 casos (27,1%). Se documentaron para el resto de estadios los siguientes resultados en orden de frecuencia tras los anteriores: estadio IIB con 82 casos (12,6%), estadio 0 con 63 casos (9,7%), estadio IIIA con 61 casos (9,4%), estadio IIIB con 39 casos (6%), estadio IV con 27 casos (4,2%), estadio IIIC con 17 casos (2,6%), estadio IB con 9 casos (1,4%). No se hallaron datos en 10 casos.

Conclusiones
El estadio más frecuente en el momento del diagnóstico de cáncer de mama fue el estadio II.

Bibliografía

- *Martín Angulo M, Arroyo Yustos M, Villalobos León ML, Álvarez de Mon Soto M. Cáncer de mama. Medicine 2013;11(27):1629-1640.*
- *GEICAM. Proyecto "EL Álamo III". Encuesta de evolución de pacientes con cáncer de mama en hospitales del grupo GEICAM (1998-2001). 1ª ed. Madrid: GEICAM; 2014.*

217/257. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCERES DE MAMA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ EN 2007-2011.

Autores:
(1) Toucedo Carmona, Maria de los Ángeles; (1) Reyes Benitez, Maria Josefa; (2) Benitez Rodriguez, Encarnación.

Centro de Trabajo:
(1) Medico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Hospital Jerez De La Frontera; (2) Responsable Registro De Cáncer. Delegación Territorial De Igualdad, Salud Y Bienestar Social De Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Describir los tipos de tratamiento quirúrgicos realizados de los cánceres de mama en mujeres diagnosticadas y/o tratadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar entre los años 2007 y 2011.

Metodología
Estudio observacional descriptivo sobre casos de cáncer de mama diagnosticados y/o tratados en mujeres en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz y residentes en su área de influencia (Cádiz y San Fernando) durante el periodo 2007-2011. Los casos proceden del Registro Poblacional de Cáncer de Cádiz.

Resultados
Se diagnosticaron 660 casos de cáncer de mama. Se realizó tratamiento quirúrgico en 577 casos. De ellos, la intervencion quirurgica más frecuente fue la tumorectomía con 343 casos (59,4%), seguido de la mastectomía radical modificada con 169 casos (29,3%), la mastectomía simple con 64 (11,1%) y por último la cuadrantectomia con 1 caso (0,2%). Por lo tanto, se realizó cirugía conservadora en 344 casos (59,6%), y no conservadora en 233 casos (40,4%). La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) se realizó en 266 ocasiones de los 577 casos a los que se le realizó cirugía (46,1%). Cuando esta fue positiva se realizó linfadenectomía en 51 casos, no siendo necesaria en 215 ocasiones por ser negativo. Se realizaron 142 linfadectomías al mismo tiempo que tratamiento quirúrgico (tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía simple) en los 577 casos de cirugía (24,6%). Teniendo en cuenta las linfadectomía que se relizan junto con la cirugía sobre la mama y las que se realizan por presentar BSGC positivo, se realizó en 193 casos. En los esquemas de tratamiento quirúrgico los datos fueron: cuadrantectomía sin linfadenectomía 0.2%, mastectomía simple con linfanectomía 3%, mastectomía simple sin linfadenectomía 6.7%, no tratamiento quirúrgico 12.4%, tumorectomía más linfadenectomía 18.5%, mastectomía radical modificada 25.6% y tumorectomía sin linfadenectomía 33.5%

Conclusiones
La cirugía que con más frecuencia se realiza en el tratamiento del cancer de mama es cirugía conservadora.

Bibliografía

- *GEICAM. Proyecto "EL Álamo III". Encuesta de evolución de pacientes con cáncer de mama en hospitales del grupo GEICAM (1998-2001). 1ª ed. Madrid: GEICAM; 2014.*

217/258. SHOCK SÉPTICO POR ESTREPTOCOCO PYOGENES EN PUERPERIO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Moya Bejarano, Davinia; (2) Martín Moreno, Esperanza; (2) Santos Lorente, David; (3) Cardenal Tarascón, Raúl.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Vithas Xanit Benalmádena. Málaga; (2) Médico Especialista En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Vithas Xanit. Benalmádena. Málaga.; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Vithas Xanit. Benalmádena. Málaga.

Resumen:

Objetivos
reconocer de forma eficaz síntomas premonitorios de sídrome shock tóxico por estreptococo pyogenes.

Metodología
Mujer de 33 años, sin antecedentes de interés, primigesta. Embarazo actual normoevolutivo con parto eutócico. A las 48 horas del puerperio comienza con cuadro de dolor lumbar que irradia a miembros inferiores, agudo, con deterioro severo del estado general, livideces distales, taquicardia y analítica compatible con CID. Ante el drástico estado general y la situación de shock séptico con CID decidimos histerectomía como principal origen. Completamos anexectomía derecha y salpinguectomía izquierda ante necrosis uterina cornual y anexial derecha y parcial izquierda. EL cultivo de la pieza fue positivo a S.pyogenes. Evolución postoperatoria tórpida, sangrado profuso que re quirió packing vaginal y reintervención al 7° día, infección urinaria nosocomial por E.Coli BLEE, derrame pleural y atelectasia, politransfusiones, necrosis del 3° al 5° dedo MII que requirió amputación, tras 30 días de ingreso es dada de alta.

Resultados
Gracias a la rápida actuación multidisciplinar pacientes que sufren una infección sistémica pueden salvar su vida. Aún así se debe mejorar la actuación temprana en relación a la aparición de morbilidad.

Conclusiones
Anualmente unas 163.000 muertes son atribuibles a la sepsis por Streptoccocus pyogenes, ocupando el 9ª causa de muerte por causa infecciosa. La incidencia de morbimortalidad asociada a sepsis materna es de 0,1-0,6 por 1.000 partos (1,2). Una de las principales causas de sepsis puerperal es la endometritis (2). Los principales microorganismos responsable son S. pyogenes (estreptococo beta hemolítico del grupo A o SGA) y S. agalactiae (estreptococo beta hemolítico del grupo B o SGB) (3). Actualmente es más común la infección por SGB. No obstante, han resurgido cepas virulentas de SGA relacionadas con cuadros graves de shock séptico y fallo multiorgánico. El inicio de la infección puede ser precoz (primeros 7 días) y tardía (entre primera y sexta semana postparto). Entre sus complicaciones más graves están la bacteremia secundaria, el shock séptico y la muerte. Ante la gravedad de esta infección debemos sospechar la presencia del SGA, pues el pronóstico puede ser ominoso si retrasamos el diagnóstico.

Bibliografía

- *1. Carapetis JR, et al. The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infect Dis. 2005;5:685-94.*
- *2. Van Dillen J,et al.Maternal sepsis: epidemiology, etiology and outcome. Curr Opin Infect Dis. 2010;23:249-54.*
- *3. Lamagni TL,et al. The epidemiology of severe Streptococcus pyogenes associated disease in Europe. Euro Surveill 2005;10:179-84.*

217/259. A PROPÓSITO DE UN CASO: PERFORACIÓN SIGMA POR DIU MIGRADO

Autores:
Ruiz-roso Muñoz-torrero, Celia María; Pérez López, Silvia; Partal Lorente, Ana Belén; López Alaminos, Simón.

Centro de Trabajo:
Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Juan De La Cruz. úbeda.

Resumen:

Objetivos
El DIU es un método anticonceptivo con una eficacia elevada, bajo coste y bajo riesgo de complicaciones, lo que le hace un método muy utilizado. La perforación uterina es una complicación poco frecuente que puede ocurrir en el momento de la inserción o por decúbito.

Metodología
Paciente de 33 años que se colocó DIU hace 2 años mientras esperaba ser intervenida de ligadura tubárica por laparoscopia. Cuando se realiza ésta no se visualiza dispositivo en cavidad ni tampoco hilos a través de vagina por lo que se confirma que lo ha expulsado. Desde cirugía presenta dolor abdominal difuso por lo que es derivada a consulta de Digestivo que le solicita ecografía abdominal que confirma que en región anexial izquierda existe cuerpo extraño compatible con DIU. La paciente acude acude a Urgencias por dolor en hipogastrio y febrícula donde le solicitan Rx de abdomen y pelvis confirmando diagnóstico y analítica normal. Se ingresa para observación y ante mejoría se programa para cirugía. Antes de realizar cirugía acude de nuevo a Urgencias por el mismo motivo donde se le realiza TAC que informa de DIU extrauterino en FII con tejido circundante de 4 cm y líquido libre escaso en pelvis y analítica normal. Durante el ingreso presenta cuadro sincopal con pérdida de conciencia por lo que se decide laparatomía exploradora urgente donde se observa sigma adherido a ovario izquierdo. Al liberar adherencias se observa DIU perforando sigma por lo que se retira con extremo cuidado y se sutura pared intestinal. Tras cirugía evolución favorable y dada de alta al 6° día.

Resultados

Conclusiones
La perforación uterina tiene una incidencia muy baja (1-2 por 1000). Ésta debe sospecharse cuando no se visualicen hilos en vagina o DIU en cavidad uterina durante la ecografía. La migración a cavidad abdominal suele ser asintomática y su hallazgo suele ser casual pero en otros casos puede producir dolor abdominal y complicaciones derivadas de la formación de adherencias, la perforación de vísceras pélvicas y abdominales, apendicitis, esterilidad... Una vez diagnosticado la OMS recomienda la retirada del DIU migrado tan pronto como sea posible.

217/261. DESDE LA PRESENTACIÓN PODÁLICA HACIA EL PARTO EUTOCICO. VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA EN GESTACIÓN DE 38 SEMANAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
(1) Linarejos Martínez, María; (2) Llavador Guerrero, Soledad; (1) Rojas García, Ramón; (1) Santos Zunino, María José.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Agustín. Linares; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Juan De La Cruz. úbeda.

Resumen:

Objetivos
Revisión de un caso de versión cefálica externa (VCE) en el Hospital Universitario San Agustín de Linares.

Metodología
Secundigesta de 39 años, feto diagnosticado de grande para la edad gestacional (GEG) en semana 34 (RN anterior 4200grs).

A las 37 semanas acude a consulta para comprobar presentación fetal objetivandose mediante ecografía transabdominal feto de nalgas, LAN y placenta normoinserta en fondo uterino.

La paciente refiere su disconformidad con la programación de cesárea y solicita información sobre otras posibilidades. Se le oferta la realización de versión cefálica externa (VCE) que acepta. Se programa VCE en semana 38 previo consentimiento informado escrito debidamente cumplimentado.

Resultados
Ingresa en ayunas para VCE programada administrándose previamente a ésta ritodrine IV según PNT del H.U.V. Rocío. Se realiza VCE exitosa con RCTG pre y postVCE no patológico.

Nace mediante parto eutócico, varón de 4276 grs con Test de Apgar de 10/10.

Postparto sin complicaciones, con alta hospitalaria a las 48 horas.

Conclusiones
Se denomina VCE al conjunto de maniobras que, mediante manipulación externa a través del abdomen materno, buscan convertir la presentación fetal en cefálica en aquellos fetos que se encuentren en una presentación diferente de ésta.

La realización de una VCE a término reduce la incidencia de presentación no cefálica en el momento del parto (RR 0.42, 95% CI 0.29-0.61) y en consecuencia la tasa de parto de nalgas y cesárea.

La VCE vuelve a estar de actualidad por lo que se puede plantear como una opción válida frente a la cesárea electiva.

Bibliografía

- *1. Hofmeyr AN, Vienmix F, Fleuren MA, et al. External cephalic versión for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev 2015; 4: CD000083*
- *2. Cluver C, Gyte GM, Sinclair M, et al. Interventions for helping to tun term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2: CD000184*
- *3. Burgos, J., Eguiguren, N., Quintana, E., Cobos, P., Centeno Mdel, M., Larrieta, R., et al. (2010). Atosiban vs. ritodrine as a tocolytic in external cephalic version at term: A prospective cohort study.*
- *External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. RCOG.Guideline No. 20ª. December 2006 Reviewed 2010.*

217/262. TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR POR REENTRADA DE APARICIÓN INTRAPARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) López González, Elga; (2) Balmaseda Márquez, Elisa ángela; (2) Portes Torés, María.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Médico Interno Residente De Ginecología Y Obstetricia. Hospital De La Merced, Osuna.

Resumen:

Objetivos
Determinar incidencia, repercusión materna y fetal y posibles tratamiento de la taquicardia supraventricular por reentrada (TSPR) de aparición intraparto.

Metodología
Revisión bibliográfica mediante las bases de datos de PubMed y UptoDate.

Resultados
Primigesta, 32 años, sin antecedentes familiares, personales ni gineco-obstétricos de interés. Gestación única, controlada y normoevolutiva. En consulta de las 38 semanas, se indica inducción médica del parto por oligoamnios. Tras iniciar inducción, la gestante comienza con rachas de taquicardia de 20 min (hasta 250lpm), que tratada con bolos de 6mg adenosina IV, vuelven a frecuencia cardíaca normal. El registro cardiográfico fetal es normal durante dichas rachas. El parto finaliza mediante cesárea por fallo de inducción, naciendo mujer de 2800gr con Apgar 9/10. La paciente es estudiada con posterioridad en hospital de referencia, diagnosticándose de taquicardia paroxística supraventricular por reentrada. Se le realizó ablación de vía accesoria oculta lateral izquierda con éxito y posterior alta.

Las arritmias en el embarazo presentan peculiaridades debido a incremento del volumen plasmático y del gasto cardíaco; aumento de la frecuencia cardíaca; reducción de la presión arterial.

Existe riesgo aumentado para las taquicardias supraventriculares de nuevo inicio (34%) y exacerbaciones (29%). Es la arritmia más frecuente en el embarazo. La mayoría de las ocasiones, suelen ser por reentrada.

La sintomatología varía: palpitaciones, presíncope, síncope, disnea ó dolor torácico. No suele haber repercusión fetal.

El tratamiento comienza con maniobras vagales. El segundo escalón son fármacos: bolos de 6-24mg IV adenosina (vida media corta, 20sg; no paso placentario) ó propanolol; verapamilo debe ser limitado por posibilidad de inducir constricción en vasos placentarios. Si hemodinámicamente inestable y taquicardia refractaria a fármacos, la cardioversión es posible.

Conclusiones
- Taquicardia supraventricular es la arritmia más frecuente diagnosticada en la gestación.

- El manejo comienza con maniobras vagales y en segundo lugar con fármacos como adenosina ó propanolol. Verapamilo debe ser restringido.

- Cardioversión es posible si gestante inestable hemodinámicamente y no respondedora a fármacos.

Bibliografía

- *Tawan et al: Effect of pregnancy on paroxysmal supraventricular tachycardia. Am J Cardiol 1993.*

- *Candice Silversides et al: Supraventricular arrhythmias during pregnancy.*
- *Alberca Vela et al: Arritmias y embarazo. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

217/264. ANÁLIS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA ENDOMETRIAL POST-HISTERECTOMÍA TOTAL TRAS TRATAMIENTO CON ACETATO DE ULIPRISTAL.

Autores:

(1) Revelles Paniza, Laura; (1) Alkourdi Martínez, Amira; (1) Bonilla Garcia, Laura; (2) Fernández Parra, Jorge.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.; (2) Médico Adjunto de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Objetivos

El tratamiento con Acetato de Ulipristal(AU) se ha asociado a cambios endometriales conocidos como PAEC(cambios endometriales asociados a los moduladores selectivos de los receptores de progesterona).Realizamos un estudio en el que tras el tratamiento con AU, se realiza una histerectomía total y posterior análisis anatomopatológico del endometrio.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo y análisis descriptivo con el programa estadístico SPSS, del resultado anatomopatológico del útero de los primeros 31 casos de pacientes con indicación de tratamiento con AU previo a histerectomía total en el servicio de Ginecología del Hospital "Virgen de las Nieves" de Granada.

Resultados

La edad media de las pacientes estudiadas fue de 45 años(36-53). En cuanto al motivo de consulta, en 23 de ellas(74,2%) ha sido la hemorragia uterina anormal(HUA), acudiendo 3(9,7%) por síntomas compresivos y otras 5(16,1%) por ambos motivos.

De las 31pacientes, 21 de ellas(67,5%) precisaron tratamiento previo al AU, 6 casos(19,4%) DIU Mirena, 4(12,9%) ácido tranexámico, 4 anticonceptivos orales, 1(3,2%) miomectomía y 6(19,4%) la combinación de varios tratamientos.

El tamaño medio de la línea endometrial medido por ecografía previo al tratamiento fue de 8,33mm(4-20).

El número medio de ciclos de AU utilizados fue de 1,4(1-4).

Respecto al tratamiento quirúrgico posterior al AU, 25 pacientes(80,6%) fueron intervenidas realizándose histerectomía total por laparotomía y 6(19,4%) por laparoscopia.

El informe de anatomía patológica de la pieza quirúrgica informó de endometrio proliferativo en 11 casos(35,5%), secretor en 8(25,8%), pólipo endometrial en 6(19,4%), otras alteraciones benignas en 6(19,4%).

Conclusiones

El AU está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados y graves de miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva.

El análisis de la anatomía patológica postquirúrgica no demuestra ningún caso de PAEC tras el tratamiento con AU.

Bibliografía

- *1Olga B Ioffe, Richard J Zaino and George L Mutter, et al. Endometrial changes from short-term therapy with CDB-4124, a selective progesterone receptor modulator. Modern Pathology 2009;22:450–459.*
- *2Williams AR, Bergeron C, Barlow DH, Ferenczy A. Endometrial Morphology After Treatment of Uterine Fibroids With the Selective Progesterone Receptor Modulator, Ulipristal Acetate. Int J Gynecol Pathol 2012;39:556-69.*

217/269. TUMOR FILODES MALIGNO EN MUJER JOVEN LACTANTE: CASO CLÍNICO

Autores:
(1) Partal Lorente, Ana Belén; (2) López Moreno, María Enriqueta; (2) Pérez López, Silvia; (3) López Alaminos, Simón.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital San Juan De La Cruz; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital San Juan De La Cruz. úbeda.; (3) .

Resumen:

Objetivos
El tumor filodes de la mama representa menos del 1% de todos los tumores de mama. Su incidencia máxima acontece entre los 35 a 55 años, aunque el 20% de las pacientes tiene menos de 30 años. Además muy raramente aparecen durante el embarazo y la lactancia.

El tamaño medio de estos tumores es de 4-8 cm, y son muy similares a los fibroadenomas en la exploración clínica. Su diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

Tiene una alta tendencia a la recidiva local (20%) y, aunque poco frecuente, se ha descrito su capacidad metastatizante en otros órganos, principalmente al pulmón.

Metodología
Revisión bibliográfica del tumor filodes.

Resultados
Paciente de 17 años, con parto reciente, lactante, que consulta por mastitis tratada con antibiótico durante 24 días sin mejoría. A la exploración se tacta tumoración retroareolar izquierda de 4 cm sin signos externos de infección. Ecografía mamaria: gran masa en mama izquierda de 5.7 x 3.2 cm, sólida, bien delimitada. BAG guiada por ecografía: fibroadenoma mamario. Se propone para exéresis quirúrgica, que transcurre sin incidencias. Informe de AP definitivo: Tumor filodes maligno de forma focal sobre tumor filodes borderline. Ante el hallazgo AP, y debido a que la exéresis realizada no presenta márgenes de seguridad, se decide ampliación de la cirugía mediante mastectomía y reconstrucción mamaria.

Conclusiones
La cirugía es el tratamiento primario. La extirpación debe ser amplia, con márgenes de resección de al menos 1 cm, siendo éste factor predictivo de recidiva. En casos de gran tamaño puede que haya que recurrir a la mastectomía, como en nuestra paciente. No se recomienda la disección de nódulos linfáticos axilares, salvo que haya una afectación patológica de los mismos.

El tratamiento adyuvante para el control local de la enfermedad es la radioterapia, aunque no tiene impacto sobre la supervivencia global. No existen estudios prospectivos al respecto y su uso podría considerarse siguiendo el protocolo del tratamiento del sarcoma de tejidos blandos en casos seleccionados. (NCCN 2015) No existe evidencia del beneficio de la quimioterapia en la disminución de las recidivas y el evento muerte, pero podría tener indicación para el grupo de pacientes con recidiva sistémica.

Bibliografía

- *Guillot E, Couturaud B, Reyal F, Curnier A, Ravinet J, Laé M, et al. 2011Breast Cancer Study Group of the Institut Curie. Managementof filodes breast tumors. Breast J. 2011;17:129-37.*
- *NCCN Guidelines 2015. Phyllodes Tumor.*

217/271. EVALUACIÓN DE LA VIA DEL PARTO SEGÚN DOS TRATAMIENTOS DE MADURACIÓN CERVICAL Y TEST DE BISHOP INICIAL

Autores:
(1) Gómez Molina, Maria Gertrudis; (2) Rodríguez González, Nerea; (3) Galán Gutiérrez, María Jesús; (4) Ruano García, Antonio.

Centro de Trabajo:
(1) Residente de segundo año del Complejo Hospitalario de Huelva.; (2) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.; (3) Residente Ginecologia Y Obstetricia Hospital Juan Ramón Jimenez.huelva; (4) Médico Especialista En Ginecologia Y Obstetricia. Jefe De Servicio. Hospital Juan Rámón Jimenez.huelva.

Resumen:

Objetivos
Descripción de la vía del parto según el tratamiento con prostaglandina (PGE) empleado en la maduración cervical previa a la inducción del parto,bajo un protocolo preestablecido en Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva

Metodología
Analizar la vía del parto tras el empleo de la PGE1 Misoprostol compr. Vaginales de 25 mcg (Misofar©) frente al dispositivo de PGE2 vaginal (Dinoprostona 10 mgr) (Propess©) como tratamiento para la maduración cervical y según el Test de Bishop inicial.La asignación fue aleatoria,los días pares se administraba Dinoprostona 10 mgr vaginal (505 casos) y días impares comprimidos de PGE1 de 25 mcgs vía vaginal (Misofar 25 ©)(600 casos).n:1106

Resultados
Con respecto a la vía final del parto se obtuvo que la vía vaginal era superior a la cesárea con ambos tratamientos, resultando mayor la vía vaginal en el grupo de misoprostrol (78,7% frente al 64%,(p=0,000)). En cambio las cesáreas fueron mas en el grupo madurado con dinoprostona (36% frente al 21,3% del misoprostol).El motivo principal de las cesáreas fue el riesgo de pérdida de bienestar fetal en los dos grupos.En todos los casos las cesáreas fueron mayores en el grupo de dinoprostona.Según el Test de Bishop inicial, en aquellas pacientes con un Test de 0-1,la via vaginal fue mayor en el grupo tratado con misoprostol.En cambio en el grupo de dinoprostona no hubo diferencias significativas (49,7% via vaginal frente a un 50,3% cesáreas) P= 0,11.En las pacientes con un Test de Bishop inicial 2-3 y 4-6 la finalización mediante parto vaginal fue mayor en los dos grupos estudiados, encontrando diferencias estadísticamente significativas (p=0,02)

Conclusiones
La maduración cervical es el procedimiento dirigido a facilitar el ablandamiento,borrado y dilatación del cuello uterino.Un cervix con un test de Bishop igual o menor de 6 se considera desfavorable y es,por tanto,indicación de maduración con PGE.La vía de finalización vaginal es la más frecuente en ambos grupos,resultando misoprostol el que conlleva más partos vaginales.Según el Test de Bishop inicial a mejor test mas probabilidad de finalizar la gestación mediante parto vaginal y más si el tratamiento elegido es misoprostol

Bibliografía

- *Clinic,Sego,Progreso*

217/272. TOCOLÍSIS CON NIFEDIPINO ORAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

Autores:
(1) Fernandez Angulo, Patricia; (2) Dyachkova, Nataliya; (2) Fernández Rísquez, Ana Cristina; (3) Presa Lorite, Jesús Carlos.

Centro de Trabajo:
(1) Residente Primer Año En Obstetricia Y Ginecología En Hmi De Jaén; (2) Mir Obstetricia Y Ginecología En Hmi De Jaén; (3) Especialista En Obstetricia Y Ginecología En Hmi De Jaén.

Resumen:

Objetivos
Dar a conocer el uso de nifedipino oral (Nifepar®) para tocolísis de la APP a propósito de un caso clínico

Metodología
Caso clínico

Resultados
Mujer de 37 años con enfermedad de Crohn, antecedente de una cesárea y dos partos previos, gestante de 27 semanas que ingresa trasladada desde otro centro por APP, donde se realizó maduración pulmonar y primer ciclo de tocolísis con atosibán.

Al persistir la dinámica uterina con modificaciones cervicales, se decide realización de segundo ciclo de tocolísis. A pesar del tratamiento persiste una dinámica uterina intensa y la paciente refiere dolor abdominal y diarrea líquida de 6 deposiciones al día, por lo que se indican dos dosis de indometacina y tras interconsulta al especialista de digestivo se pauta tratamiento para el brote de la Enf de Crohn.

Una semana más tarde, una vez controlado el brote inflamatorio intestinal, se reactiva la dinámica uterina de forma intensa y dolorosa, por lo que se decide iniciar nueva pauta de tocolísis con nifepadipino oral, dejando una pauta de 3ml/8horas.

Tras 24 horas con este tratamiento la dinámica uterina de la paciente disminuye cede completándose el ciclo de nifedipino oral. Continúa la gestación hasta las 32 semanas sin dinámica uterina relevante, cuando se decide finalizar embarazo debido a la comorbilidad materna y en concomitancia con el servicio de cirugía general.

Conclusiones
En el tratamiento de la APP encontramos varias opciones farmacológicas para la tocolisis. NifePar® es nifedipino solución oral. Nifedipino inhibe la contracción impidiendo el flujo de calcio al interior de la célula, mediante bloqueo de los canales de calcio.

En cuanto a eficacia, nifedipino se ha mostrado eficaz frente a placebo y al menos tan eficaz como atosibán. Sobre seguridad, el uso de nifedipino para el tratamiento de la amenaza de parto prematuro es más seguro, tanto para la madre como para el recién nacido, que el de betamiméticos como ritodrina.

Así mismo con nifedipino oral se consigue buena tolerancia oral incluso en pacientes con patología sistémica concomitante como se ha producido en nuestro caso clínico.

Bibliografía

- *1. Walker KF, Thornton JG. Tocolysis and preterm labour. Lancet. 2016*

217/273. ANSIEDAD EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA CON CÁNCER DE MAMA BAJO ADYUVANCIA CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

Autores:
(1) Moreno Cortes, Rocio; (2) Castillo Lara, Maria; (3) Soto Pazos, Estefanía; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Mir 1° Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.; (2) Mir 3° Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.; (3) Mir 2° Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.; (4) Médico Especialista En Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen:

Objetivos
Conocer si las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama bajo tratamiento adyuvante con IAs tienen un nivel de ansiedad diferente que las no usuarias.

Metodología
Estudio transversal prospectivo en 168 mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama diagnosticadas y tratadas en la Unidad de Ginecología Oncológica del H. Universitario de Puerto Real. Para valorar el nivel de ansiedad se utilizó la escala STAI- Test IDARE (adaptación al español del STAI) según la presencia de SMet o no. Evalua tanto la ansiedad rasgo como estado. Se considera un nivel de ansiedad baja (< 30 puntos), media (30-44 puntos) y alta (> 44 puntos). Se usó la prueba t de Student para comparaciones de medias. La significación estadística se estableció en una $p < 0.05$.

Resultados
De las 168 mujeres, 144 (85,7%) estaban bajo tratamiento con Inhibidores de la aromatasa mientras que 24 (14,3%) no lo usaban. La edad media de las usuarias fue de 56.94 años vs 52.33 años de las no usuarias; p=0,006). No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al tiempo medio de supervivencia (48,22 ± 35,54 en IA vs 37,32±13 en NoIA; p=0,10). Las pacientes bajo IAs tienen una puntuación significativamente (p=0,000) más alta (25,83±4,998) en la ansiedad estado, que aquellas que no están bajo esta pauta terapéutica (19,00±7,126). En cuanto la ansiedad rasgo, no existen diferencias significativas entre ambos grupos (29,33±12,49 en sin IAs vs 27,78±7,45 en pacientes con AIs; p=0,42).

Conclusiones
El nivel de ansiedad estado es más elevado en las pacientes bajo IAs, mientras que se observan similares puntuaciones para la ansiedad rasgo en ambos grupos .

217/274. EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO EN EL HU JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ)

Autores:
(1) Pantoja Garrido, Manuel; (2) Cabrera Rodriguez, Desiree; (2) Marchena Román, Ana María; (2) Simon, Valmond.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Sas Jerez De La Frontera; (2) Medico Residente Hospital Sas Jerez De La Frontera.

Resumen:

Objetivos
La patología endometrial es el tumor maligno del tracto genital femenino más frecuente en el mundo occidental y el segundo en mortalidad, tras el cáncer de ovario.

Se ha realizado un estudio de la población de jerez de la Frontera donde han sido diagnosticada de patología endometrial e intervenida en el primer semestre de 2016 (un total de 20 pacientes) con el objetivo de valorar factores de riesgos, síntomas iniciales, técnica laparoscópica vs laparotómica y compliaciones quirúrgicas entres otros.

Metodología
Estudio descriptivo retrospectivo en mujeres de la población de Jerez de la Frontera que han sido intervenidas de patología endometrial en nuestro hospital en el primer semestre de 2016 (enero - junio).

Resultados
Se ha objetivado que en el 90 % de las pacientes el síntoma inicial es el sangrado postmenopáusico o intermenstrual, el resto un 5 % el síntoma inicial fue dolor abdominal y otro 5 % de manera casual.

Se ha visto que en un 60 % de las pacientes intervenidas tienen factores de riesgo y la obesidad es el más frecuente estando en el 55 % de ellas.

El tipo de tumor endometrial más frecuente en las 20 pacientes intervenidas del primer semestre de 2016 es el tipo endometrioide con un 50% de ellas y un estadio I

La Intervención realizada en ellas ha sido histerectomía más doble anexectomía. En un 85 % se realizó linfadenectomía pélvica bilateral y en un 50 % linfadenectomía aorto - cava. El 80 % de todas las intervenciones han sido por abordaje laparoscópico mientras que 15 % laparotómico y un 5 % vaginal.

El tiempo quirúrgico medio de las intervenciones fueron de 231 minutos (60 - 375 minutos).

Se produjeron complicaciones en un 30%, de las cuales 67 % fue por vía laparoscópica, ya que es la vía de abordaje más utilizada.

El tiempo medio de estancia hospitalaria fueron de 3 días(1 - 6 días); siendo mayor en abordaje laparotómico.

Sólo hubo un único reingreso hospitalario en el primer mes postquirúrgico.

Conclusiones
Se trata de resultados de un estudio abierto, en el cual se irá aumentando progresivamente la muestra.

Bibliografía

- *American Cancer Society.: Cancer Facts and*
- *Figures 2009. Atlanta, Ga: American Cancer*
- *Society, 2009*

217/276. REDUCCIÓN DEL VOLUMEN DEL MIOMA UTERINO RESPECTO AL NÚMERO DE CICLOS CON ACETATO DE ULIPRISTAL.

Autores:
(1) Molina Montoya, Melchor; (2) Bedmar León, Noemí; (3) Ramos Ruíz, María Eugenia; (2) Vega Jiménez, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Complejo Hospitalario Torrecárdenas; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería; (3) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Objetivos
Estudiar la reducción de volumen del mioma relacionado con el número de ciclos de Acetato de Ulipristal.

Metodología
Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de la historia clínica de mujeres atendidas en consulta de ginecología del CH Torrecárdenas con diagnóstico de miomas uterinos y que han entrado a formar parte de un estudio multicéntrico con Acetato de Ulipristal.

Resultados
Se trataron 27 mujeres, 12 con 1 ciclo de Acetato de Ulipristal, 9 con 2 ciclos y 6 que completaron 3 ciclos.

La media de la medida de los miomas antes del inicio del tratamiento es 145,1 mm y después del primer ciclo con Acetato de Ulipristal es de 148.3 mm (p=0.84), tras el segundo ciclo pasa de 53.6 mm a 48.1 mm (p=0.18) y tras el tercer ciclo de 100.8 mm a 86.2 mm (p=0.315).

Conclusiones
No existe significación estadística en la reducción del volumen de los miomas uterinos relacionados con los ciclos de Acetato de Ulipristal, si bien dicho resultado puede estar relacionado con el escaso número de pacientes, por lo que estamos procediendo a aumentar la muestra.

217/277. MODIFICACIONES EN LAS CIFRAS DE HEMOGLOBINA TRAS TRATAMIENTO CON ACETATO DE ULIPRISTAL.

Autores:
(1) Molina Montoya, Melchor; (1) Vera Rodríguez, Patricia; (1) García Solbas, Silvia; (2) Vega Jiménez, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería; (2) .

Resumen:

Objetivos
Estudiar la modificación en los valores de la hemoglobina tras el tratamiento con Acetato de Ulipristal.

Metodología
Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de la historia clínica de mujeres atendidas en consulta de ginecología del CH Torrecárdenas con diagnóstico de miomas uterinos y que han entrado a formar parte de un estudio multicéntrico con Acetato de Ulipristal.

Resultados
Se trataron 27 mujeres, 12 con 1 ciclo de Acetato de Ulipristal, 9 con 2 ciclos y 6 que completaron 3 ciclos.

La media del valor de la hemoglobina antes de ser tratadas resultó de 11.09 g/dL, y tras tratamiento con Acetato de Ulipristal presentan un valor medio de 12.13 g/dL. Esto supone un incremento neto de 1.04 g/dL. (p=0.184).

Conclusiones
Se evidencia un incremento del valor medio de hemoglobina en las pacientes tratadas con Acetato de Ulipristal en nuestro centro, si bien no se alcanza significación estadística. Dicho resultado puede estar relacionado con el escaso número de pacientes, por lo que estamos procediendo a aumentar la muestra.

217/278. LABOR ASISTENCIAL DE LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DE PRIMER TRIMESTRE.

Autores:
(1) Molina Montoya, Melchor; (2) Márquez Domínguez, Marina; (2) Burgos Anguita, Carmen; (2) Vega Jiménez, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.; (2) .

Resumen:

Objetivos
Describir el perfil de la gestante y la diferente patología obstétrica observada en la consulta de Primer Trimestre del Área de Salud del Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Metodología
Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de la historia clínica de las 299 pacientes que acuden a consulta de Primer Trimestre de acuerdo al PAI "Embarazo, parto y puerperio" del sistema andaluz de salud, desde enero a marzo de 2015.

Resultados
El perfil de la gestante de nuestra consulta se ha definido con una talla media de 149 cm (talla más frecuente 160 cm), peso medio 65 Kg y un índice de masa corporal menor a 30 en el 88% de las pacientes.

La revisión se realiza en semana 12 (88 días) y la media del parto es de 39 semanas (279 días); el recién nacido tiene una media de 3260 gr, con un peso medio de 2625 gr para el percentil 10 y 4125 gr para el percentil 95.

Respecto a los factores influyentes en patología obstétrica: 90% de las pacientes con doppler de arterias uterinas (57% de las gestantes) es normal; el tabaco se asocia a un 14% de las gestantes; 1,7% eran hipertensas y presentaron preeclampsia el 4,7%; 3% desencadenaron diabetes gestacional y 6,4% crecimiento intrauterino retardado (19 casos, de los cuales el 31,5% presentaron menos de 2000 gr).

Conclusiones
Los resultados muestran un porcentaje de gestantes fumadoras inferior a la media en España (32%), sin embargo, creemos que se podría mejorar esta cifra realizando educación sanitaria activa.

Las cifras de diabetes gestacional son inferiores a la media de diabetes gestacional en España (12%).

Probablemente se podría mejorar el número de doppler de arterias uterinas si todos los facultativos de la consulta de Primer Trimestre realizaran ecografía de III nivel. Y con ello, mejoraríamos la predicción de preeclampsia y crecimiento intrauterino retardado.

217/279. MASA PÉLVICA POSTOPERATORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores:
Moya Bejarano, Davinia.

Centro de Trabajo:
Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga.

Resumen:

Objetivos
incluir la enfermedad metastásica como diagnóstico diferencial en masa pélvica postoperatoria.

Metodología
mujer de 60 años, con antecedente de enfermedad de Adison. Intervenida por útero polimiomatoso, se realiza histerectomía con doble anexectomía sin incidencias con revisión de cavidad abdominal normal. Evolución postoperatoria satisfactoria . En revisión postquirúrgica, a las 4 semanas, el resultado de anatomía patológica es de útero y anejos normales, la ecografía ginecológica combinada muestra imágenes heterogéneas pélvicas en lecho quirúrgico no visibles previamente. Solicitamos PAAF ecoguiada y marcadores tumorales, siendo diagnosticada de cáncer de colon metastásico.

Resultados
Ante la sospecha clínica de un proceso neoformativo, las técnicas de diagnóstico por la imagen, proporcionan datos fiables sobre la detección de una masa pélvica sea cual fuere su naturaleza.

Conclusiones
La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico de mayor frecuencia. En los EEUU se efectúan más de 600,000 procedimientos/ año. Casi 90% de las histerectomías tienen indicaciones benignas. Como toda cirugía,presenta complicaciones, más si existen factores de riesgo como la obesidad, enfermedades crónico-degenerativas entre otros. Las complicaciones infecciosas y hemorrágicas son las más frecuentes (1). No debemos de olvidar que la situación postoperatoria es un factor de vulnerabilidad del paciente por lo que cualquier proceso sincrónico puede verse potenciado, en nuestro caso aparecieron metástasis de un proceso probablemente ya instaurado en colon. Por ello el uso racional y combinación adecuada de los métodos de diagnóstico por la imagen (DI), entre otros la PAAF radioguiada, son fundamentales para conseguir unos resultados óptimos para la paciente en el menor tiempo posible y con el menor gasto . Ante la sospecha clínica de un proceso neoformativo, las técnicas de DI proporcionan datos fiables sobre la detección de masa pélvica sea cual fuere su naturaleza. El objetivo es detectar alguna imagen sospechosa de cáncer, o bien orientar hacia indicación quirúrgica o seguimiento (2).

Bibliografía

- *1. Archivos de investigación materno infantil. Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna Juan Pablo Hollman-Montiel, Gerardo Rodríguez Aguíñiga.Vol. VI, no. 1 • enero-abril 2014 pp. 25-30.*
- *2. Oncología ginecológica: diagnóstico, estadificación y seguimiento de las neoplasias de origen ginecológico F. Javier Morales • Ana Marhuenda Servicio de Radiología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. España. Radiología 2004;46(5):265-81*

217/280. HEMATOMA VULVAR INTRAPARTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:
(1) Fajardo Exposito, Maria Antonia; (2) Melero Jimenez, Mª Victoria; (2) Rodriguez Pareja, Maria Antonia; (1) Broullón Molanes, Jose Roman.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Puerta Del Mar. Cádiz; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Puerta Del Mar. Cadiz.

Resumen:

Objetivos
Exposición y revisión de la literatura respecto a la presentación de un hematoma vulvar intraparto.

Metodología
Presentación de caso clinico de gestante primigesta de 40 semanas, sin factores de riesgo asociados, con inicio espontáneo de parto y evolución intraparto favorable, que presenta en expulsivo hematoma de unos 4 centrimetros, a tension en hemivulva derecha con presentación súbita y espontánea. Sin dolor asociado debido a analgesia epidural. Asociado a varicocele vulvar bilateral. Se produce parto vaginal con episiotomia, con recién nacido sano de 3070 gr, varón, test de apgar 9-10. Se produce drenaje de hematoma vulvar y hemostasia, sin incidencias. Evolución puerperal favorable. Al mes del parto, presenta adecuada cicatrizacion y no dolor perineal asociado.

El hematoma vulvar se describe con más frecuencia su diagnóstico en las primeras 24 horas posparto y en contexto de episiotomia. La presentación súbita intraparto previa a episiotomia y a expulsivo es menos frecuente. La vulva presenta abundante vascularizacion en la gestación y en el parto, por lo que puede presentarse un hematoma vulvar debido al trauma vascular durante el nacimiento o durante el expulsivo. La mayoria de hematomas vulvares se deben a lesión de arteria pudenda.

En cuanto al tratamiento de hematoma vulvar depende de tamaño, estabilidad de hematoma, clinica asociada (dolor estabilidad hemodinámica). En caso de hematomas pequeños, estables sin crecimiento, sin inestablidad hemodinámica, puede realizarse un manejo conservador, no quirúrgico.

En nuestro caso, debido a que se precisó la realización de episiotomia por periné rigido y debido a la posible obstrucción de canal de parto por la presencia del hematoma, se produjo drenaje y sutura de lecho quirúrgico.

Resultados
En nuestro caso, debido a que se precisó la realización de episiotomia por periné rigido y debido a la posible obstrucción de canal de parto por la presencia del hematoma, se produjo drenaje y sutura de lecho quirúrgico.

Conclusiones
El hematoma vulvar puede presentarse aunque con menos frecuencia previo al expulsivo

El manejo puede ser conservador o quirúrgico según la estabilidad hemodínámica, clínica asociada, tamaño y evolución.

Bibliografía

- *Joy SD, Huddleston JF, McCarthy R. Explosion of a vulvar hematoma during spontaneous vaginal delivery. A case report. J Reprod Med. 2001 Sep;46(9):856-8.*

217/281. ANSIEDAD EN LA MUJER ESTÉRIL CON SÍNDROME METABÓLICO

Autores:
(1) Castillo Lara, Maria; (2) Butron Hinojo, Carmen Aisha; (3) Gómez Santos, Esperanza María; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Alumna Interna Departamento Ginecología Y Obstetricia H.u.p.r. (puerto Real-cadiz); (3) Alumna Interna De Ugc Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real; (4) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Conocer si las mujeres estériles con síndrome metabólico (SMet) presentan mayores niveles de ansiedad que las que no presentan este Síndrome

Metodología
Estudio transversal prospectivo en 168 mujeres estériles que han acudido por primera vez a la Unidad de Reproducción Humana (URP) del H. Universitario de Puerto Real. Se determinaron concentración plasmática de glucosa, lipoproteína de alta densidad-colesterol (HDL-co) y triglicéridos (TG). Las medidas antropométricas (peso, talla, IMC, cadera, cintura, ICC) se realizaron en todas las pacientes. El síndrome metabólico se diagnosticó si presentaban 3 ó más del los criterios establecidos en la clasificación ATP-III-NCEP. Para valorar el nivel de ansiedad se utilizó la escala STAI- Test IDARE (adaptación al español del STAI) según la presencia de SMet o no. Evalua tanto la ansiedad rasgo como estado. Se considera un nivel de ansiedad baja (< 30 puntos), media (30-44 puntos) y alta (> 44 puntos). Se usó la prueba t de Student para comparaciones de medias. La significación estadística se estableció en una $p < 0.05$.

Resultados
De las 168 mujeres, 24 (un 14,3%) de ellas presentaban SMet mientras 144 (85,7%) no lo presentaban. La edad media de las pacientes que han participado es de 32,02 años en aquellas sin SdMet y de 33,21 en aquellas con SdMet.

En las pacientes con SMet vs NoSMet se apreció unos mayores niveles de ansiedad estado (58,00±7,12 vs50,02±7,45; p=0,000). En ambos grupos se observaron niveles medios-elevados de ansiedad rasgo (41,23±6,32 vs 43,33±12,49; p=0,420).

Conclusiones
Tanto en el grupo de pacientes con SdMet como sin él, el nivel de ansiedad estado es muy elevado, pero aun mayor en las pacientes que presentan el sindrome. Se observan similares puntuaciones para la ansiedad rasgo en ambos grupos (en rangos medio-elevados como corresponde a pacientes con deseo gestacional no cumplido).

Bibliografía

- *1. Esposito K, Ciotola M, Marfella D, Tommaso D, Cobellis L, Giugliano D. The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. Int J Impot Res. 2005;17:224-6.*
- *2. Corona G; Mannucci E, Schulman C, Petrone L, et al. Psychobiologic Correlates of the Metabolic Syndrome and Associated Sexual Dysfunction. european urology 2006; 50: 595–604*

217/282. ALTERECIONES MULLERIANAS Y EMBARAZO

Autores:
Melero Jimenez, Mª Victoria; Rodriguez Pareja, Maria Antonia; Fajardo Exposito, Maria Antonia; Torrejon Cardoso, Rafael.

Centro de Trabajo:
Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital Puerta Del Mar. Cadiz.

Resumen:

Objetivos
Las malformaciones uterinas constituyen un espectro de malformaciones en las que existen varias variantes que son las mas frecuentemente evidenciadas como son agenesia-hipoplasia 10%, útero unicorne 20%, útero doble o didelfo 5%, útero bicorne 10%, utero septo 55%, útero arcuato en algunos casos considerado una variante de la normalidad.

Cada tipo de utero se asocia a unas complicaciones específicas durante el embarazo. En general se asocian a aumento de aborto, parto pretermino, y presentan una disminución considerable de supervivencia fetal en comparación con las gestantes sin malformación uterina.

Desde el punto de vista obstétrico en todos los casos debe realizarse seguimiento cercano para el riesgo de parto prematuro.

El los casos de utero septos o subseptos es altamente recomendable la resección del tabique mediante histeroscopia ya que disminuye el riesgo de aborto a menos de un 5% casos.

Metodología
Presentamos el caso de una variante compleja, en la que la

Presentamos el caso de una variante compleja, en la que la RMN y la eco 3D mostraron diferencias diagnósticas, siendo el dianóstico mas preciso para la ECO 3D. Se trata de un utero subseto bicoli con tabique vaginal completo.

Se ofrece tratamiento histeroscopico del tabique uterino, previa comprobación de la anatomía del fondo uterino mediante laparoscopia.

En el momento actual se encuentra embarazada de 16 semanas, de forma espontanea, sin haber presentado aborto ni metrorragia de primer trimestre, si bien la intervención una esterilidad primaria de 1 año de evolución.

Resultados
RMN y la histerosalpingografia y la eco 3D mostraron diferencias diagnósticas, siendo el dianóstico mas preciso para la ECO 3D en este caso. Se trata de un utero subseto bicoli con tabique vaginal completo.

Se ofrece tratamiento histeroscopico del tabique uterino, previa comprobación de la anatomía del fondo uterino mediante laparoscopia.

Conclusiones
Existen casos de altas dudas diagnósticas en las malformaciones uterinas, la correcta aproximación diagnóstica puede en algunos casos orientar mejor la mejor oferta terapéutica

Bibliografía

- *: 1. G.E. Sarto,J.L. Simpson. Abnormalities of the Mullerian and Wolffian duct systems. Birth Defects Orig Artic Ser, 14 (1978), pp. 37-54*

217/283. CALIDAD DE VIDA EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA CON CÁNCER DE MAMA BAJO ADYUVANCIA CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

Autores:
(1) Pozuelo Solís, Estrella; (2) Soto Pazos, Estefanía; (3) Jiménez Ruiz, Isabel; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (2) Medico Interno Residente En Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (3) Alumna Interna De Ugc Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real; (4) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Conocer si las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama bajo tratamiento adyuvante con IAs tienen una calidad de vida diferente que las no usuarias

Metodología
Estudio transversal prospectivo en 168 mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama diagnosticadas y tratadas en la Unidad de Ginecología Oncológica del H. Universitario de Puerto Real. La calidad de vida de las pacientes del estudio se analizó con el cuestionario EORTC QLQ BR-23, un subapartado específico del cuestionario EORTC QLQ C-30, que mide aspectos más específicos del cáncer de mama y que consta de 23 ítems.

Resultados
De las 168 mujeres, 144 (85,7%) estaban bajo tratamiento con Inhibidores de la aromatasa mientras que 24 (14,3%) no lo usaban. La edad media de las usuarias fue de 56.94 años vs 52.33 años de las no usuarias; p=0,006). No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al tiempo medio de supervivencia (48,22 ± 35,54 en IA vs 37,32±13 en NoIA; p=0,10). La calidad de vida total (X= 38,48±6,94) fue peor en las pacientes bajo IA vs NoIA (37,67±7,389 vs 39,00±1,44; p=0,05), pero sin alcanzar la significación estadística. Entre las usuarias de IA si presentaban, de forma significativa respecto a las no usuarias: Peor imagen corporal, peor función sexual, pero disfrute sexual, mayor preocupación por el futuro y por la caída del pelo, y mayores síntomas mamarios.

Conclusiones
En nuestro estudio, las usuarias de IAs presentaron peores índices de calidad de vida que las no usuarias.

Bibliografía

- *1. Day R, Ganz PA, Costantino JP, Cronin WM, Wickerham DL, Fisher B. Healthrelated*
- *quality of life and tamoxifen in breast cancer prevention: a report from*
- *the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. J Clin*
- *Oncol 1999;17:2659-2669.*
- *2. Chin SN, Trinkaus M, Simmons C, Flynn C, Dranitsaris G, Bolivar R, et al.*
- *Prevalence and severity of urogenital symptoms in postmenopausal women*
- *receiving endocrine therapy for breast cancer. Clin Breast Cancer 2009;9:108-*
- *117.*

217/284. DISFUNCIONES SEXUALES EN LA MUJER ESTÉRIL CON SÍNDROME METABÓLICO

Autores:
(1) Castillo Lara, Maria; (2) Moreno Cortes, Rocio; (3) Gómez Santos, Esperanza María; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Medico Interno Residente En Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (3) Alumna Interna De Ugc Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real; (4) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Conocer si las mujeres estériles con síndrome metabólico (SMet) presentan una mayor prevalencia de disfunción sexual femenina (DSF) que las que no lo padecen

Metodología
Estudio transversal prospectivo en 168 mujeres estériles que han acudido por primera vez a la Unidad de Reproducción Humana (URP) del H. Universitario de Puerto Real. Se determinaron concentración plasmática de glucosa, lipoproteína de alta densidad-colesterol (HDL-co) y triglicéridos (TG). Las medidas antropométricas (peso, talla, IMC, cadera, cintura, ICC) se realizaron en todas las pacientes. El síndrome metabólico se diagnosticó si presentaban 3 ó más del los criterios establecidos en la clasificación ATP-III-NCEP. Para valorar la prevalencia de DSF, se utilizó el Índice de Función Sexual Femenina, el cual se evalúa mediante el cuestionario FSFI. La Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher se usaron para la comparación de las frecuencias y la prueba t de Student para comparaciones de medias. La significación estadística se estableció en una $p < 0.05$.

Resultados
De las 168 mujeres, 24 (un 14,3%) de ellas presentaban SMet mientras 144 (85,7%) no lo presentaban. La edad media de las pacientes que han participado es de 32,02 años en aquellas sin SdMet y de 33,21 en aquellas con SdMet.

En las pacientes con SMet vs NoSMet se apreció: Un menor número de relaciones sexuales semanales, unas peores puntuaciones en los indices de Función Sexual (IFS) con un menor deseo (4,17±0,92 vs 8,21±2,56; p= 0,000), menor exitación (12,90±1,23 vs 15,46±42; p=0,015), menor tasa de orgasmos (9,25±0,61 vs 12,8±1,27; p=0,044) y menor satisfacción (12,13±0,61vs 12,78±0,25; p=0,005), aunque con major lubrificación (17,38±0,53 vs 15,56±0,61;p=0,000) y menor dolor (11,60±1,2394 vs 12,48±0,49; p=0,001) que aquellas sin este síndrome.

Conclusiones
Dado el mayor porcentaje de disfunciones sexuales en las pacientes estériles con sindrome metabolico, la prevención , o en su defecto, la detección precoz de dicho sindrome podría ser importante para mejorar la calidad de vida, en general, y sexual, en particular, de estas pacientes.

Bibliografía

- *1. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazo¬glou, Matzaroglou C, Vagenas K, et al. Assessing sexual func¬tion in obese women preparing for bariatric surgery. Obes Surg. 2006;16(8):1087–91.*

217/285. DISFUNCIONES SEXUALES EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA CON CÁNCER DE MAMA BAJO ADYUVANCIA CON INHIBIDORES DE LA AROMATASA

Autores:
(1) Castillo Lara, Maria; (2) Pozuelo Solís, Estrella; (3) Prado Fernandes, Fabiana; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Médico interno residente en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz; (2) Medico Interno Residente En Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (3) Médico Interno Residente En Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (4) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Conocer si las mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama bajo tratamiento adyuvante con IAs tienen una calidad de vida diferente que las no usuarias

Metodología
Estudio transversal prospectivo en 168 mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama diagnosticadas y tratadas en la Unidad de Ginecología Oncológica del H. Universitario de Puerto Real. La calidad de vida de las pacientes del estudio se analizó con el cuestionario EORTC QLQ BR-23, un subapartado específico del cuestionario EORTC QLQ C-30, que mide aspectos más específicos del cáncer de mama y que consta de 23 ítems

Resultados
De las 168 mujeres, 144 (85,7%) estaban bajo tratamiento con Inhibidores de la aromatasa mientras que 24 (14,3%) no lo usaban. La edad media de las usuarias fue de 56.94 años vs 52.33 años de las no usuarias; p=0,006). No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto al tiempo medio de supervivencia (48,22 ± 35,54 en IA vs 37,32±13 en NoIA; p=0,10). La calidad de vida total (X= 38,48±6,94) fue peor en las pacientes bajo IA vs NoIA (37,67±7,389 vs 39,00±1,44; p=0,05), pero sin alcanzar la significación estadística. Entre las usuarias de IA si presentaban, de forma significativa respecto a las no usuarias: Peor imagen corporal, peor función sexual, pero disfrute sexual, mayor preocupación por el futuro y por la caída del pelo, y mayores síntomas mamarios.

Conclusiones
En nuestro estudio, las usuarias de IAs presentaron peores índices de calidad de vida que las no usuaria

Bibliografía

- *Day R, Ganz PA, Costantino JP, Cronin WM, Wickerham DL, Fisher B. Healthrelated*
- *quality of life and tamoxifen in breast cancer prevention: a report from*
- *the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. J Clin*
- *Oncol 1999;17:2659-2669*

217/286. DEPRESIÓN EN LA MUJER ESTÉRIL CON SÍNDROME METABÓLICO

Autores:
(1) Prado Fernandes, Fabiana; (2) Moreno Cortes, Rocio; (3) Butron Hinojo, Carmen Aisha; (4) Lubián López, Daniel.

Centro de Trabajo:
(1) Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (2) Medico Interno Residente En Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz); (3) Medico Departamento De Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario Puerto Real (cádiz); (4) Medico Especialista En Ginecología Y Obstetricia, Hospital Universitario De Puerto Real (cádiz).

Resumen:

Objetivos
Conocer si las mujeres estériles con síndrome metabólico (SMet) presentan mayores niveles de depresión que las que no presentan este Síndrome

Metodología
Estudio transversal prospectivo en 168 mujeres estériles que han acudido por primera vez a la Unidad de Reproducción Humana (URP) del H. Universitario de Puerto Real. Se determinaron concentración plasmática de glucosa, lipoproteína de alta densidad-colesterol (HDL-co) y triglicéridos (TG). Las medidas antropométricas (peso, talla, IMC, cadera, cintura, ICC) se realizaron en todas las pacientes. El síndrome metabólico se diagnosticó si presentaban 3 ó más del los criterios establecidos en la clasificación ATP-III-NCEP. Para valorar el nivel de depression se utilizó el Cuestionario de Beck, donde puntuaciones < de 10,9 se cataloga como depresion ausente o minima; depresion leve con puntuaciones medias de 18,7; depresion moderada si alcanza los 25,4 puntos de media y grave si > 30 puntos. Se usó la prueba t de Student para comparaciones de medias. La significación estadística se estableció en una $p < 0.05$.

Resultados
De las 168 mujeres, 24 (un 14,3%) de ellas presentaban SMet mientras 144 (85,7%) no lo presentaban. La edad media de las pacientes que han participado es de 32,02 años en aquellas sin SdMet y de 33,21 en aquellas con SdMet.

El nivel de depression medio en todas las pacientes fue de 5,71±5,23; siendo estadísticamente mayor el las pacientes con SMet respect a las que no lo presentaban (9,43±6,34 vs 5,56±4,38;p=0,000).

Conclusiones
En nuestro estudio, aunque sin llegar a puntuaciones de depresion leve, encontramos puntuaciones depresivas significativamente mayores en el grupo de pacientes con SdMet

Bibliografía

- *Smith AM, Patrick K, Heywood W, Pitts MK, Richters J, Shelley JM, et al. Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: a popula¬tion-based study. Intern Med J. 2012;42(6):641–51*

217/287. RESULTADOS DEL ESTUDIO GENÉTICO BRCA 1 Y 2 EN FAMILIAS CON ALTO RIESGO ONCOLÓGICO EN ALMERÍA.

Autores:
(1) Molina Montoya, Melchor; (2) Romero Duarte, Pablo; (2) Amaya Navarro, Fátima; (2) Vega Jiménez, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; (2) .

Resumen:

Objetivos
Determinar la prevalencia del gen BRCA en familiares del sexo femenino de mujeres estudiadas en consulta con BRCA1/2 positivo en Almería.

Metodología
Se diseñó un estudio retrospectivo donde se analizaron los resultados del estudio genético de las mujeres familiares de pacientes con BRCA positivo en el contexto de un proceso oncológico. Los datos se obtuvieron de los registros de la consulta de Oncología del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, durante los dos últimos años.

Resultados
-Familia 1: 2 familiares estudiados(FE), 2 positivos para BRCA1, ninguna desarrolló cáncer.

- Familia 2: 5 FE, 2 positivos para BRCA1, un caso de cáncer de mama y otro de trompa de Falopio, durante el seguimiento.

- Familia 3: 9 FE, 4 positivos para BRCA1, 1 caso de cáncer de mama durante el seguimiento.

- Familia 4: 7 FE, 3 positivos para BRCA1, ninguna desarrolló cáncer, una optó por cirugía profiláctica.

- Familia 5: 4 FE, uno positivo para BRCA1, ninguna desarrolló cáncer.

- Familia 6: 4 FE, 4 positivos para BRCA1, una desarrolló cáncer de mama.

- Familia 7: 2 FE, ningún caso positivo para BRCA1, ninguna desarrolló cáncer.

Conclusiones
La presencia del gen BRCA aumenta la probabilidad de padecer un cáncer de mama y/o cáncer de ovario además de cáncer de trompas de Falopio, cáncer de páncreas y cáncer de mama masculino. Se trata de una herencia autosómica dominante, por lo que las pacientes deben de tener un estrecho seguimiento lo más individualizado posible.

Bibliografía

217/288. SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES CON ESTUDIO GENÉTICO POSITIVO A BRCA EN ALMERÍA.

Autores:
(1) Molina Montoya, Melchor; (1) Sánchez Fernández, Caridad; (2) Rosillo Fernández, Fernandp; (3) Vega Jiménez, Ana María.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Interno Residente En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; (2) Médico Especialista En Oncología Médica. Complejo Hospitalario Torrecárdenas; (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Resumen:

Objetivos
Determinar el seguimiento realizado de las mujeres con resultado BRCA positivo en Almería.

Metodología
Estudio retrospectivo donde se analizaron las pacientes con resultado positivo BRCA1/2 en Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería en los dos últimos años. A todas se les ofertó mastectomía bilateral y ooferectomía profiláctica, siempre que sus deseos genésicos estuvieran resueltos. Para acceder a sus historias se acudió al servicio de Oncología.

Resultados
Partiendo de un total de 32 casos de pacientes con alto riesgo oncológico se obtuvo una muestra de 17 pacientes con resultado positivo(53%). De los 17 casos, 6 presentaban antecedentes familiares de cáncer de ovario(35%) de las cuales 5 se realizó seguimiento y uno de los casos decidió cirugía profiláctica.

Tres de las pacientes se les diagnosticó de cáncer de mama durante el seguimiento. Dos de ellas de 57 y 36 años optaron por el tratamiento de cáncer de mama en exclusiva, mientras que en otro caso de 61 años la paciente decidió realizarse además histerectomía total + doble anexectomía profiláctica.

Finalmente un caso se diagnosticó de forma sincrónica cáncer de trompa de Falopio con metástasis en colon se le realizó tratamiento quirúrgico y adyuvante.

Conclusiones
El seguimiento realizado sobre las pacientes con BRCA1 debe de ser lo más individualizado posible, a las pacientes se les debe de ofertar la cirugía profiláctica y respetando los deseos de la paciente. A todas las pacientes habría que realizarles un seguimiento estrecho debido a la alta incidencia de cáncer.

Bibliografía

- *-Biglia N, Sgandurra P, Bounous VE et al. Ovarian cancer in BRCA1 and BRCA2 gene mutation carriers: analysis of prognostic factors and survival. Ecancermedicalscience. 2016 May 3;10:639. doi: 10.3332/ecancer.2016.639. eCollection 2016.*
- *-Kotsopoulos J, Huzarski T, Gronwald J, et al. Bilateral Oophorectomy and Breast Cancer Risk in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers. J Natl Cancer Inst. 2016 Sep 6;109(1). pii: djw177. doi: 10.1093/jnci/djw177. Print 2017 Jan.*

217/289. EVALUACIÓN DE DOS MÉTODOS DE MADURACIÓN CERVICAL EN RELACIÓN A LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (EHE).

Autores:
(1) Gómez Molina, Maria Gertrudis; (1) Montero Venegas, Francisco Manuel; (2) Sandino López, Myriam.

Centro de Trabajo:
(1) Residente de segundo año del Complejo Hospitalario de Huelva.; (2) Facultativo de Área de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jimenez. Huelva.

Resumen:

Objetivos
Describir los resultados obtenidos en nuestra experiencia,según el tratamiento con PGE empleado en la maduración cervical previa a la inducción del parto en pacientes con EHE, bajo un protocolo preestablecido en Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Metodología
Se analizan dos tratamientos en la preinducción del parto (maduración cervical) en nuestro servicio, en pacientes con EHE, asignándose a un grupo u otro de forma aleatoria,de tal forma que los días pares se administraba el dispositivo de Dinoprostona 10 mgr vaginal (Propess©) (505 casos) y días impares se administraban comprimidos de PGE1 de 25 microgramos vía vaginal (Misofar 25 ©) (600 casos). Total casos 1106 (n).

Resultados
Se indicó maduración/inducción cervical por EHE en 133 pacientes (12% del total). De ellas el 61,5% fue con dinoprostona y el 38,5% con misoprostol.

En relación al éxito/fracaso/interrupción de la maduración si se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas comparando ambos tratamientos (p=0.04), prevaleciendo el fracaso de la maduración en el grupo de dinoprostrona. Sin embargo con respecto a la inducción del parto, fue mayor los casos que concluyeron exitosamente (p=0,01).

La via final del parto fue la vaginal en los dos grupos con diferencias estadísticamente significativas (p=0.01).

El motivo principal de cesáreas fue el riesgo de pérdida de bienestar fetal tanto en el grupo de dinoprostona como en el de misoprostol. En todos los casos las cesáreas fueron mayores en el grupo de dinoprostona (23.2% frente a 7,8%) (p=0.02)

Con respecto a los resultados neonatales en mujeres inducidas por EHE no existió diferencias en el test de Apgar al nacer entre los dos grupos de tratamiento.

Existieron 8 casos de traslado del RN en el grupo de dinoprostona y 2 en el grupo de misoprostol, en ambos casos por bajo peso.

Conclusiones
La maduración/inducción del parto está indicada cuando los beneficios de finalizar la gestación para la salud de la madre y el feto son mayores que los de permitir que el embarazo continúe, siempre que no existan contraindicaciones y se cumplan las condiciones adecuadas para realizar dicha conducta.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la preeclampsia son las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna por ello constituye un motivo no despreciable de finalizar la gestación.

Bibliografía

- *POE Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Hospital Juan Ramon Jimenez. Huelva.*
- *POE induccion del parto. Hospital Juan Ramon Jimenez Huelva*
- *protocolos Clinic*
- *Guias de Practica clinica Sego*

217/290. USO DE PROSTAGLANDINAS EN LA INDUCCIÓN DEL OLIGOAMNIOS

Autores:
(1) Montero Venegas, Francisco Manuel; (1) Gómez Molina, Maria Gertrudis; (2) Navarrete Domínguez, Jessica.

Centro de Trabajo:
(1) Residente de segundo año del Complejo Hospitalario de Huelva.; (2) Facultativo Especialista de Área de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.

Resumen:

Objetivos
La inducción del trabajo de parto por una indicación materno-fetal es un procedimiento obstétrico frecuente. El estado del cérvix es el factor más importante para el éxito de la inducción, su duración y la posibilidad de un parto vaginal.

Presentamos nuestra casuística del último año, comparando los resultados obtenidos tras maduración cervical con PGE1 vs PGE2 en gestantes con oligoamnios.

Metodología
Estudio prospectivo aleatorizado, sobre una muestra de 155 gestantes con gestaciones simples, con edades gestacionales entre 37-41 semanas, sin antecedentes de cesárea previa, sin RPM ni retrasos de crecimiento y/o PEG, test de Bishop inicial < 6 y con criterio de finalización de la gestación por oligoamnios (ILA <5cm),.

En 101 casos se utilizó PGE2 (Dinoprostona 10 mg, dispositivo vaginal) y en 54 PGE1 (Misoprostol, a razón de 25 µgramos c/4h, máximo de 100 µgr).

Resultados
Atendiendo a como finalizó la maduración, hemos podido observar que el 46,5% de las pacientes a las que se les administró inicialmente Dinoprostona, alcanzaron finalmente un test de Bishop favorable (>7), lo cual definimos como éxito en la maduración, frente al 41,6% que no lograron alcanzar esta cifra en el test de Bishop. En el 11,9% de las pacientes restantes tratadas con Dinoprostona, hubo que interrumpir la maduración y realizar una cesárea urgente por RPBF. Observando a las pacientes tratadas inicialmente con Misoprostol, observamos una tasa de éxito en la maduración del 48,1% frente al 46,3% en las que no se alcanzó la cifra deseada, teniendo que realizar una cesárea urgente en el 5,6% de los casos.

En cuanto a cuál fue la vía del parto, observamos que el 70,2% de las pacientes tratadas con Dinoprostona, tuvieron un parto vía vaginal, frente al 75,9% de las pacientes que también tuvieron un parto vaginal habiendo sido tratadas con Misoprostol. Del resto de pacientes, a las que se les tuvo que realizar una cesárea, siendo la causa de la misma un fracaso de inducción, destaca que 11 de las pacientes tratadas con Dinoprostona tuvieron este final, frente a 1 paciente con igual finalización, que fue tratada con Misoprostol.

Conclusiones
1. Con el uso de Misoprostol existe cierta tendencia al éxito de la inducción .

2. La utilización de Dinoprostona parece aumentar la incidencia de cesáreas, tanto anteparto, como intraparto1

Bibliografía

- *POE Oligoamnios. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva*
- *POE inducción del parto. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva*
- *Protocolos clinic*
- *Guías de práctica clínica SEGO*

217/294. MASTALGIA: HALLAZGOS EN IMAGEN

Autores:
(1) García Carriazo, Margarita; (2) Díaz Aguilera, Rocío.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real. Jaén.; (2) Médico especialista en Radiodiagnóstico. Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real. Alcalá la Real. Jaén.

Resumen:

Objetivos
La mastalgia es un síntoma referido por un porcentaje considerable de pacientes, fundamentalmente mujeres, y que supone un motivo de consulta frecuente tanto en Atención Primaria como Especializada. En muchas ocasiones estas pacientes son derivadas al Servicio de Radiología para la realización de una prueba de imagen mamaria. Nuestro objetivo es conocer los hallazgos en imagen de los pacientes derivados al Servicio de Radiología por mastalgia.

Metodología
Revisamos a todos los pacientes atendidos en el Servicio de Radiología por mastalgia desde Enero a Agosto 2016. Se recogieron datos epidemiológicos, procedencia del paciente, lateralidad del síntoma, pruebas de imagen realizadas y hallazgos en las mismas.

Resultados
De Enero a Agosto 2016 un total de 60 pacientes (57 mujeres, 3 hombres; edad media 42 años; rango 9-81 años) fueron atendidos en el Servicio de Radiología por mastalgia. 32 pacientes fueron remitidos desde Atención Primaria y 28 desde Ginecología. La mastalgia era bilateral en 18 pacientes, unilateral derecha en 15 y unilateral izquierda en 27. Se realizó ecografía mamaria a 30 pacientes, mamografía a 2 y mamografía+ecografía a 28. En cuanto hallazgos, hubo 13 pacientes clasificados como categoría BI-RADS 1, 31 pacientes como BI-RADS 2 (quistes 11, ectasia ductal 4, ganglio/s intramamario/s 3, nódulo/s benigno/s 3, calcificaciones benignas 3, ginecomastia 3, necrosis grasa 1, telarquia 1, prótesis 1, cambios postquirúrgicos 1) y 16 pacientes como BI-RADS 3 (nódulo/s 14, densidad asimétrica focal 1 y ectasia ductal con contenido ecogénico 1). Ningún paciente presentó hallazgos radiológicos sospechosos de malignidad (BI-RADS 4 ó 5).

Conclusiones
La mastalgia es un síntoma frecuente que en muchas ocasiones conlleva la realización de una prueba de imagen mamaria. Sin embargo, la asociación de mastalgia con cáncer de mama es extremadamente baja, sin haber evidenciado ningún caso de malignidad en la serie revisada.

Bibliografía

- • *Scurr J, Hedger W, Morris P, Brown N. The prevalence, severity, and impact of breast pain in the general population. Breast J. 2014 Sep;20(5):508-13. Epub 2014 Jul 7.*
- • *Leddy R, Irshad A, Zerwas E, Mayes N, Armeson K, Abid M, Cluver A, Campbell A, Ackerman S, Lewis M. Role of breast ultrasound and mammography in evaluating patients presenting with focal breast pain in the absence of a palpable lump. Breast J. 2013;19(6):582-9.*
- • *Morrow M. The evaluation of common breast problems. Am Fam Physician. 2000; 61(8):2371-8.*

217/296. ANÁLISIS DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESAREA EN NUESTRA POBLACIÓN Y SUS COMPLICACIONES

Autores:
(1) Rodríguez González, Nerea; (2) Navarrete Domínguez, Jessica; (3) Sandino López, Myriam; (4) Ruano García, Antonio.

Centro de Trabajo:
(1) Residente En Ginecologia Y Obstetricia.Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.; (2) Facultativo Especialista de Área de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juan Ramon Jimenez.Huelva.; (3) Facultativo de Área de Ginecología y Obstetricia. Hospital Juan Ramón Jimenez. Huelva.; (4) Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Universitario Hospitalario. Huelva.

Resumen:

Objetivos
Valorar el éxito del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior y las complicaciones derivadas de la prueba de parto vaginal después de cesárea.

Metodología
Estudio retrospectivo sobre un tamaño muestral 1951 casos de gestantes con cesarea anterior en el Area Hospitalaria del Complejo universitario de Huelva comprendidos en el periodo 2007 - 2016 , sin contraindicación para la prueba de parto vaginal, donde estudiamos el éxito o fracaso del intento de parto vaginal y análisis de las complicaciones derivadas de dicha prueba .

Resultados
-TERMINACION DEL PARTO:

- En nuestro análisis muestral obtuvimos un éxito de parto vaginal de un 24.85 % de las gestantes sometidas a prueba de parto vaginal tras cesárea frente al 75.15 % que finalizaron en cesarea iterativa.

-CARACTERISTICAS POBLACIONALES :

- En cuanto a la paridad un 18.3 % de nuestra muestra tenian un parto vaginal previo además de la cesarea mientras que el 81 . 7 % tenían como antecedente obstetrico una cesarea sin parto vaginal.

- El inicio de parto espontáneo se dió hasta en un 43.7 % de la población estudiada, sometiendose a inducción del parto sólo un 9.6 %.

- El éxito de un parto vaginal después de cesárea ocurrió en un 25.2 %, en el 26.6 % tuvo lugar una cesarea urgente intraparto alcanzando el porcentaje de cesárea electiva anteparto el 48.2 %.

- La indicación de cesarea urgente intraparto más frecuente en la muestra estudiada fue no progresión del parto (14.8 %), seguida del riesgo de perdida del bienestar fetal en un 7.5 % y la desproporcion pelvico cefalica 2.7 %.

- En la terminación del parto en aquellas gestantes que tuvieron éxito del parto vaginal fue un 14.2 % eutócico y un 10.8% instrumental siendo la ventosa el instrumento más usado (8.5 %).

- La tasa de complicaciones según el inicio del parto fue de un 8.2 % en partos de inicio espontáneo frente a 9.2 % si el inicio del parto fue inducido. El porcentaje de complicaciones cuando el inicio del parto fue cesárea fue de 1.2 %.

- La tasa de complicaciones según la terminación del parto fue de un 15.7% en la terminación via vaginal frente al 1.8 % si la terminación fue cesárea intraparto. El porcentaje de complicaciones cuando la terminación fue cesárea electiva programada fue de 1.3 %.

- El análisis de las complicaciones en el parto vaginal en aquellas pacientes que tuvo éxito la prueba de parto demuestra que la complicación más frecuente es el desgarro de canal del parto hasta en un 2.5 % de los casos, la hemorragia postparto se presenta en el 1.8 % de los casos, seguido de la dehiscencia de cicatriz en un 0.2 %. Complicaciones graves como rotura uterina o histerectomía obstétrica se dan en el 0.1 % y la lesión vesical en el 0.2 % de nuestra población estudiada.

Conclusiones
El inicio de parto espontáneo se da en casi la mitad de las gestantes con cesárea previa estudiadas llegando a ser el éxito del parto vaginal en un 25 % de ellas.

Las indicaciones más fecuentes de cesarea intraparto en este tipo de pacientes es la no progresión del parto y el riesgo de pérdida del bienestar fetal.

La mas de la mitad de las pacientes que tuvieron éxito de parto vaginal finalizaron mediante parto eutócico estando presente en porcentaje muy bajo las complicaciones graves como histerectomía, lesión vesical o rotura uterina.

Bibliografía

- *1. Los Institutos Nacionales de la declaración de la Conferencia de Desarrollo de Consenso de la Salud: parto vaginal después de cesárea: nuevas percepciones. 8-10 de marzo de 2010. Obstet Gynecol . 2010; 115 (6): 1279-1295.*
- *2.A.Scott JR. Resolver el parto vaginal después de cesárea dilema [editorial]. Obstet Gynecol .2010; 115 (6): 1112-1113.*
- *3. Guise JM, Denman MA, Emeis C, et al. Parto vaginal después de una cesárea:. Nuevos puntos de vista sobre los resultados maternos y neonatales Obstet Gynecol . 2010; 115 (6): 1267-1278.*
- *4- National Institutes of Health. Consensus Development Conference statement. Bethesda (MD): NIH; 2010. [Accessed November 9, 2010]. NIH Consensus Development Conference: vaginal birth after cesarean: new insights. Available at: http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf*
- *5.- Lynch CM, Kearney R, Turner MJ. Maternal morbidity after elective repeat cesarean section after two or more previous procedures. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003;106:10–13.*
- *6.- Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Cesárea Electiva Planificada versus parto vaginal programado en mujeres con un parto por cesárea anterior en Cochrane Database Syst Rev. 2004;4:.. CD004224 [PubMed]*
- *7.- . Guise JM, Eden K, Emeis C, MA Denman, Marshall N, et al. Parto vaginal después de una cesárea: nuevas perspectivas Evid Rep Technol Evaluar (Rep completa) 2010; 191:.. 1-397 [PMC libres artículo][PubMed]*
- *8.- Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) de la natalidad después del nacimiento por cesárea: directriz verde-top ninguna 45. Londres: RCOG Press; 2007.*
- *9.- Dodd JM, Crowther CA, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. . A luz después de un parto vaginal planificado estudio cesárea o previstas por cesárea repetida electiva para las mujeres a término con un solo parto por cesárea anterior: protocolo para un estudio de la preferencia del paciente y ensayo aleatorioEmbarazo BMC Parto 2007; 7:.. 17 [Artículo libre PMC] [PubMed]*
- *10.- Cesárea electiva repetida versus parto vaginal programadoen mujeres con un parto por cesárea anterior. M Dodd, Caroline A Crowther, Erasmo Huertas, Jeanne-Marie Guise,Dell Horey .Evaluado como hasta a la fecha: 30 de de septiembre de 2013 Grupo editorial: Grupo Cochrane de Embarazo Parto DOI: 10.1002 / 14651858.CD004224.pub3 Ver / guardar la citación*
- *11.- Crowther CA 1, Dodd JM , Hiller JE , Haslam RR , Robinson JS ; nacimiento por cesárea Después de Grupo de Estudio .Realizado en el Centro Australiano de Investigación para la Salud de la Mujer y Bebés (ARCH), la disciplina de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Adelaide, Adelaide, Australia del Sur, Australia. caroline.crowther@adelaide.edu.au*
- *12.- Guise JM, Eden K, Emeis C, et al. Parto vaginal después de cesárea: nuevas visiones. Evidencia Informe / Evaluación de Tecnología N ° 191 (Preparado por el Centro de Prácticas Basadas en la Evidencia Health & Science University Oregon bajo contrato*

no. 290-2008-10057-I). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad de Salud; 2010.

- *13.- Gonen R, Tamir A, Degani S, et al. Las variables asociadas con el parto vaginal exitoso después de una cesárea: un parto vaginal después de puntuación propuesto cesárea. Am J Perinatol. 2004; 21 : 447-453.*
- *14.- Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, et al. Score predictivo para el parto vaginal después de una cesárea.Am J Obstet Gynecol. 1996; 174 : 192-198.*
- *15.- Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, et al. Trabajo después de una cesárea anterior: influencia de la indicación previa y la paridad. Gynecol. 2000; 95 :. 913-916*
- *16.- Chauhan SP, Cowan BD, Magann EF, et al. Detección intraparto de macrosomía fetal: clínico frente a 8 modelos ecográficos. Aust NZJ Obstet Gynaecol. 1995; 35 :. 266-270*
- *17.- Hiratal GI, Medearis AL, Horenstein J, et al. Estimación ecográfica del peso fetal en el feto clínicamente macrosomía. Am J Obstet Gynecol. 1990; 162 : 238-242.*
- *18.- Eden KB, McDonagh M, Denman MA, et al. Nuevos conocimientos sobre el parto vaginal después de cesárea: ¿Se pueden predecir? Gynecol. 2010; 116 : 967-981*
- *19.- Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, et al. La predicción de fracaso de un intento de parto vaginal después de una cesárea. Gynecol. 2007; 109: 800-805*
- *20.- Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, et al. Mayor éxito de la prueba de parto después de un parto vaginal después de una cesárea anterior. Gynecol. 2004; 104 :. 715-719]*
- *21.- Landon MB, Leindecker S, Spong CY, et al. . La cesárea Registro MFMU: factores que afectan el éxito de la prueba de parto después de una cesárea anterior . Am J Obstet Gynecol 2005; 193 : 1016-1023.*
- *22.- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2001;345:3–8. Grossetti E, Vardon D, Creveuil C, Herlicoviez M, Dreyfus*
- *23.- Harper LM, Macones GA. Predicting success and reducing he risks when attempting vaginal birth after cesarean. Obstet Gynecol Surv. 2008;63:538–45. McDonagh MS, Osterweil P, Guise JM. The benefits and risks of inducing labor in patients with prior cesarean delivery: a systematic review. Br J Obstet Gynaecol. 2005;112:1007–15.*
- *24.- Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section.Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD009792. DOI: 10.1002/14651858.CD009792.pub2.*
- *25.- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginalbirth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27: 164-74. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth: Green-Top Guideline No. 45. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007.*
- *26.- Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2002; 99: 41-4*
- *27.- Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. Obstet Gynecol. 2010; 115: 1000-6.*
- *28.- Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, DJ Rouse, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, M carpintero, O'Sullivan MJ, Sibai BM, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM; Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD) Medicina Materno-Fetal Unidades de red (MFMU), "Desarrollo de un nomograma para la predicción del parto vaginal después de una cesárea," Obstetrics and Gynecology, volumen 109, páginas 806-12, 2007.*

217/298. ALTERACIONES GINGIVALES EN EL EMBARAZO.

Autores:

(1) Valdivieso del Pueblo, Carlos; (2) Robles García, Marta; (3) Robles García, Clara.

Centro de Trabajo:

(1) Odontólogo. U.G.C. Salud Bucodental. A.G.S. Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía.; (2) Odontóloga. U.G.C. Salud Bucodental. A.G.S. Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía.; (3) Odontóloga. Práctica privada. Andalucía.

Resumen:

Objetivos

El objetivo de este trabajo es exponer las diferentes patologías a nivel gingival que pueden producirse durante el embarazo.

Metodología

Se realizó una búsqueda en la Biblioteca Cochrane y en la base de datos MedLine a través de su buscador PubMed de los artículos publicados en inglés y español en los últimos diez. Las palabras clave utilizadas fueron: granuloma gravidarum, pregnancy tumour, epulis gravidarum, gingivitis gravidarum. A su vez se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos que se incluyeron en esta revisión.

Resultados

La gingivitis gravídica es común en las mujeres gestantes. Ésta es debida a las variaciones hormonales que acompañan al embarazo asociadas a una serie de factores locales. El granuloma gravídico es entidad patológica propia del embarazo, histológicamente es similar a un granuloma piógeno y de ahí su nombre. Clínicamente se caracteriza por la presencia de tumores, generalmente únicos, pedunculados, de un color rojo púrpura o azulado y asintomáticos. Presenta una gran facilidad para la hemorragia.

Conclusiones

Las condiciones hormonales propias del embarazo pueden dar lugar a lesiones inflamatorias del tejido gingival. Ante estas lesiones se mantendrá una actitud expectante, ya que la mayoría de ellas remiten o disminuyen considerablemente tras el parto.

Bibliografía

- • *Steinberg BJ, Hilton IV, Iida H, Samelson R. Oral health and dental care during pregnancy. Dent Clin North Am. 2013 Apr;57(2):195-210.*
- • *Rihani FB, Ersheidat AA, Alsmadi HF, Al-Nahar LA. Multiple long-standing massive oral mandibular granuloma gravidarum (pregnancy tumour). BMJ Case Rep. 2013 Jun 21;2013.*
- • *Cardoso JA, Spanemberg JC, Cherubini K, Figueiredo MA, Salum FG. Oral granuloma gravidarum: a retrospective study of 41 cases in Southern Brazil. J Appl Oral Sci. 2013;21(3):215-8.*
- • *Cruz LE, Martos J. Granuloma gravidarum (pyogenic granuloma) treated with periodontal plastic surgery. Int J Gynaecol Obstet. 2010 Apr;109(1):73-4.*
- • *Rader C, Piorkowski J, Bass DM, Babigian A. Epulis gravidarum manum: pyogenic granuloma of the hand occurring in pregnant women. J Hand Surg Am. 2008 Feb;33(2):263-5.*
- • *Sasaki R, Okamoto T, Komiya C, Uchiyama H, Ando T, Ogiuchi H. Mandibular gingival arteriovenous malformation in pregnancy. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008 Dec;46(8):675-6.*

217/299. SALUD BUCODENTAL EN LA PACIENTE EMBARAZADA. MITOS Y REALIDAD.

Autores:
(1) Robles García, Marta; (2) Valdivieso del Pueblo, Carlos; (3) Robles García, Clara.

Centro de Trabajo:
(1) Odontóloga. U.G.C. Salud Bucodental. A.G.S. Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía.; (2) Odontólogo. U.G.C. Salud Bucodental. A.G.S. Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía.; (3) Odontóloga. Práctica privada. Andalucía.

Resumen:

Objetivos
El objetivo del presente trabajo es analizar los mitos sobre la salud oral y el tratamiento bucodental en la mujer embarazada.

Metodología
Realizamos una búsqueda bibliográfica en MedLine a través de su buscador PubMed. Siete artículos se ajustaron a nuestros criterios de inclusión.

Resultados
Los cambios orales que acontecen a la mujer embarazada debido a las alteraciones fisiológicas complejas están relacionadas con las fluctuaciones de las hormonas sexuales, que pueden derivar en un aumento de la permeabilidad vascular de la cavidad oral y un descenso de la inmunidad que aumenta la susceptibilidad a infecciones orales. Por lo general, los efectos del embarazo en la cavidad oral se limitan a los tejidos blandos.

La American Dental Association (ADA) recomienda los tratamientos de rutina dental durante el segundo trimestre del embarazo y el tratamiento de las patologías urgentes en cualquier momento de la gestación.

Conclusiones
El embarazo no es razón para diferir el tratamiento oral de rutina y el tratamiento de patologías dentales, ya que el cuidado oral es seguro y efectivo durante el embarazo.

Bibliografía

- *1.- Rieken S, Terezhalmy G. The pregnant and breastfeeding patient. Quintessence International. 2006; 37: 455-68.*
- *2.- Kerpen SJ, Feischer A. An obstetrician and periodontist translate periodontal-systemic re- search to preserve the health of pregnant women at risk for adverse pregnancy outcomes. Grand Rounds in Oral-systemic Medicine. 2006; 1: 28-39.*
- *3.- Russell SL, Mayberry LJ. Pregnancy and oral health: a review and recommendations to reduce gaps in practice and research. Review. MCN AM J Matern Child Nurs. 2008; 33:32-7.*
- *4.- Buerlein JK, Horowitz AM, Child WL. Perspectives of Maryland women regarding oral health during pregnancy and early childhood. J Public Health Dent. 2011; 71:131-5.*
- *5.- Murphey C. Oral health experiences of pregnant and parenting adolescent women: a qualitative descriptive study. Int J Nurs Stud. 2013; 50: 768-75.*
- *6.- Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2015; 43:385-96.*
- *7.- Cengiz SB. The pregnant patient: Considerations for dental management and drug use. Quintessence Int 2007; 38: 133–42.*

217/300. PARTO PREMATURO ASOCIADO A ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Autores:
(1) Robles García, Clara; (2) Robles García, Marta; (3) Valdivieso del Pueblo, Carlos.

Centro de Trabajo:
(1) Odontóloga. Práctica privada. Andalucía.; (2) Odontóloga. U.G.C. Salud Bucodental. A.G.S. Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía.; (3) Odontólogo. U.G.C. Salud Bucodental. A.G.S. Norte de Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Andalucía.

Resumen:

Objetivos
El objetivo del presente trabajo es establecer la relación entre la enfermedad periodontal (EP) y el parto prematuro (PP).

Metodología
Realizamos una búsqueda bibliográfica en MedLine a través de su buscador Pubmed.

Resultados
El PP es un problema importante de salud pública y la mayor causa de mortalidad y morbilidad infantil.

La EP es una infección debida a bacterias gram negativas anaerobias, caracterizada por gingivitis y periodontitis. Si no se trata, esta enfermedad puede resultar en la destrucción de los tejidos de soporte del diente y la pérdida de éstos.

La prevalencia de la EP en las mujeres embarazadas es de un 30%. Menos de la mitad de las mujeres embarazadas recibe tratamiento dental durante el embarazo. La EP aumenta los niveles de los mediadores de la inflamación, que son producidos en respuesta a la existencia de periodontopatógenos y sus toxinas. El riesgo de inflamación crónica aumenta en presencia de niveles elevados de citoquinas que aumentan los factores estimulantes del útero que parece que afectan a la función de la placenta y provocan la inducción del parto con los subsecuentes resultados para el feto.

Conclusiones
La EP se relaciona con PP, pero se ha demostrado que su tratamiento durante el embarazo es seguro y efectivo.

Bibliografía

- *1.- Govindaraju P, Venugopal S, Shivakumar MA, Sethuraman S, Ramaiah SK, Mukundan S. Maternal periodontal disease and preterm birth: A case-control study. J Indian Soc Periodontol. 2015; 19(5):512-5.*
- *2.- Satheesh Mannem, Vijay K. Chava. The relationship between maternal periodontitis and preterm low birth weight: A case-control study. Contemp Clin Dent. 2011; 2(2):88-93.*
- *3.- Soroye M, Ayanbadejo P, Savage K, Oluwole A. Association between periodontal disease and pregnancy outcomes. Odontostomatol Trop. 2015; 38(152): 5-16.*
- *4.- Parthiban P, Mahendra J. Toll-Like Receptors: A Key Marker for Periodontal Disease and Preterm Birth - A Contemporary Review. J Clin Diagn Res. 2015; 9(9): 14-7.*
- *5.- Walia M, Saini N. Relationship between periodontal diseases and preterm birth: Recent epidemiological and biological data. Int J Appl Basic Med Res. 2015; 5(1): 2-6.*

217/218. DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO HISTEROSCÓPICO EN EL ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO

Autores:
Herruzo Nalda, Alfonso; Rivero de Torrejón, Francisco de Borja.

Centro de Trabajo:
.

Resumen:

Objetivos
Conocer la incidencia del adenocarcinoma de endometrio (2) la utilidad del diagnóstico histeroscópico morfológico (sin biopsia) en el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio, fundamentalmente y (3) la posible relación entre el de diagnóstico histeroscópico y el estadio.

Material y métodos
Pacientes con metrorragias o ecografía patológica sin metrorragia enviadas para estudio histeroscópico.

Las histeroscopias se practicaron entre los años 1996 y 2010 con un histeroscopio Olympus de flujo continuo. Se utilizaron cánulas de Novak o de Cornier cuando el proceso fue difuso, o dirigida con tijera y pinza de flujo continuo,

Resultados
424 biopsias de adenocarcinoma en metrorragias postmenopáusica en el total de histeroscopias (12,6%) y 18,3% en las biopsiadas; 50 en metrorragias premenopáusicas, incidencia de 1,1% ó 1,3% y 62 en la ecografía patológica, 1,3% y 1,7% respectivamente.

Se diagnosticaron 201 hiperplasias con atipias.

El diagnóstico histeroscópico de adenocarcinoma se hizo en el el 78% de los casos de metrorragia postmenopáusica, 46% en la metrorragia premenopásica, y 50% en la ecografía patológica. El diagnóstico histeroscópico de sospecha y de falso negativo es de 13,9% y 4,4% en la metrorragia postmenopaúsica; de 22,6% en la metrorragia premenopáusica y de 27,7% y 16,1% respectivamente en la ecografía patológica.

En cuanto a las hiperplasia con atipias, hubo en total 201 encontrando 39 cánceres en las histerectomías realizadas (26,1%). Cuando el diagnóstico histeroscópico fue de adenocarcinoma el porcentaje fue de 86% en la metrorragia postmenopáusica y de 100% en la metrorragia premenopáusica y en la ecografía patológica.

En la metrorragia psotmenopáusica el adenocarcinoma tipo I fue de 77% y el de tipo II de 22,9%; en la metrorragia premenopáusica de 83,6% y 13,6% , y en la ecografía patológica de 88.2% y 11,7% .

Conclusiones y Comentarios
El adenocarcinoma de endometrio es el cáncer más frecuente del tracto genital inferior y la metrorragia es el síntoma más El diagnóstico morfológico histeroscópico de adenocarcinoma, con los criterios de Sugimoto, es excelente en la metrorragia postmenopáusica, tanto para confirmarlo como para descartarlo

Cuando a la histeroscopia se le añade la biopsia dirigida el valor diagnóstico es excelente con una tasa muy baja de falsos negativos.

Bibliografía
(máximo 20 citas)

- *1.Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer Statistics. CA Cancer J Clin 2008;58:71–96.*
- *2. Stock RJ, Kanbour A. Prehysterectomy curettage. Obstet Gynecol. 1975; 45(5):537–541.*
- *3. Epstein E, Ramirez A, Skoog L, Valentin L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001 Dec;80(12):1131-6*
- *4. Stovall TG, Photopulos GJ, Poston WM, Ling FW, Sandles LG. Pipelle endometrial sampling in patients with known endometrial carcinoma. Obstet Gynecol.1991;77:954-956.*
- *5. Clark TJ, Mann CH, Shah N, Khan KS, Song F, Gupta JK Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. BJOG. 2002 Mar;109(3):313-21.*
- *6. Timmermans A, Opmeer BC, Khan KS, Bachmann LM, Epstein E, Clark TJ, Gupta JK, Bakour SH, van den Bosch T, van Doorn HC, Cameron ST, Giusa MG, Dessole S, Dijkhuizen FP, Ter Riet G, Mol BW. Endometrial thickness measurement for detecting endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2010 Jul;116(1):160-7.*
- *7. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein V, Subak L, Scheidle J, Segal M, et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer. JAMA 1998 Nov 4;280(17):1510-7.*
- *8. Goldstein SR. Modern evaluation of the endometrium. Obstet Gynecol 2010; 116:168–76.*

217/118. TRATAMIENTO CON NIFEDIPINO VS LABETALOL VÍA ORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN LA PREECLAMPSIA. UN ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVAS.

Autores:
(1) Duro Gómez, J.; (2) Rodríguez Marín, A.; (2) Vilches Torres, S.; (2) Espinar Barbero, E.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hospital De Montilla.córdoba; (2) Médico Interno Residente Obstetricia Y Ginecología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:
Introducción

Se define como hipertensión gestacional un tensión arterial sistólica (TAS) >140mmHg y/o una tensión arterial diastólica (TAD) >90 mmHg, en dos tomas separadas 4-6 horas después de 10 minutos de reposo1.

Los trastornos hipertensivos en la gestación incluyen la hipertensión crónica durante el embarazo, la hipertensión gestacional, la preeclampsia-eclampsia y el síndrome de HELLP. Representan la complicación más significativa en el embarazo afectando hasta al 6% de las embarazadas. Son causa de morbimortalidad materna y perinatal aumentando el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática, y fallo renal agudo1.

La preeclampsia complica un 2% de los embarazos, hasta el punto de que hasta del 10% al 15% de las muertes maternas están asociadas a ella2. Si tenemos en cuenta, uno de los objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas, reducir la mortalidad materna en un 75%2, parece razonable prestar especial atención al manejo de este tipo de patología y de sus complicaciones asociadas.

Históricamente, la hipertensión crónica y las crisis hipertensivas han sido tratadas con agentes antihipertensivos vía parenteral de acción corta, más frecuentemente hidralazina o labetalol i.v. Algo más reciente es el empleo de calcioantagonistas como el nifedipino vía oral siendo escasos los estudios de comparación respecto al labetalol o la hidralazina. Es por ello que, creemos oportuno un estudio comparativo entre estos fármacos, de ahí la realización de este trabajo.

Obejtivos
Comparar el nifedipino oral frente al labetalol como tratamiento en las crisis hipertensivas de la preeclampsia.

Metodología
Estudio observacional de cohortes restrospectivas donde se han incluido un total de 55 crisis hipertensivas en 14 pacientes distintas diagnosticadas de preeclampsia. Estas fueron tratadas bien con nifedipino vía oral de 10mg (43 crisis, 10 pacientes), bien con labetalol vía oral de 100mg (12 crisis, 4 pacientes).

Se incluyeron todas las gestantes ingresadas con el diagnóstico de preecampsia entre junio y diciembre de 2015. Entre los criterios de inclusión se encuentra el tratarse de una gestación única, una semana gestacional superior a 28, presentar una crisis hipertensiva por encima de 150/95 y la ausencia de patología concomitante.

Todas las pacientes fueron tratadas con nifedipino o labetalol indistintamente, ambos por vía oral. En caso de emplearse nifedipino oral se administraba un comprimido de 10mg cada 20 minutos hasta conseguir reducir la tensión por debajo de 150/90 mmHg. En caso de optar por el labetalol, se administraban 100mg vía intravenosa con el mismo intervalo, hasta conseguir el objetivo antes mencionado. En ambos casos, si este objetivo no se ha alcanzado, una nueva dosis era administrada hasta un máximo de 4, antes de optar por otro antihipertensivo. Ambos grupos eran homogéneos (Tabla 1). Durante la aplicación del tratamiento se mantenía la monitorización maternofetal a través del registro cardiotocográfico y la toma de constantes (TA y FC).

Las distintas variables eran recogidas en una base de datos informatizada. Para el análisis de las variables cuantitativas se empleó el test T- Student así como Chi cuadrado para las cualitativas. El programa informático utilizado fue el llamado G-stat 2.0 de libre difusión en Internet.

Resultados
Un total de 55 crisis hipertensivas en 14 pacientes distintas fueron incluidas. Todas ellas, presentaban tensiones superiores a 150/95 mmHb. Fueron tratadas a intervalos de 20 minutos, bien con nifedipino vía oral de 10mg (43 crisis, 10 pacientes) bien con labetalol vía oral de 100mg (12 crisis, 4 pacientes) hasta conseguir el objetivo de tensión arterial inferior a 150/95 o hasta un máximo de 4 dosis. Ambos grupos eran homogéneos. (Tabla 1)

El tiempo en conseguir alcanzar el objetivo fue de 31.3 minutos para el nifedipino y de 53.5 minutos para el grupo del labetalol ($p<0.01$). De media, se consiguió descender la TA en 31.19/15.67 mmHg para el primero de los grupos y en 30.1/11mmHg para el segundo. En el grupo del nifedipino, 1 paciente (10%) precisó de un segundo antihipertensivo para alcanzar el objetivo durante una crisis. Por otra parte, en el grupo del labetalol fueron 3 (75%) las que precisaron un segundo fármaco ($p<0.01$). No se objetivaron reacciones adversas maternofetales a ninguno de los fármacos siendo los RCTG normales durante su administración. (Tabla 2)

En el primero de los grupos 3 partos fueron eutócicos, 6 cesáreas urgentes por riesgo de pérdida de bienestar fetal y 1 fue cesárea programada por presentación anómala. En el grupo del labetalol 1 parto fue eutócico, 2 fueron cesáreas urgentes por riesgo de pérdida de bienestar fetal y 1 fue cesárea urgente por fracaso de inducción. El PH postparto fue de 7.24 y 7.23 respectivamente siendo el APGAR a los 5 minutos de 8.9 y 10 en cada uno de los grupos ($p=0.1$). En el primero 6 neonatos (60%) fueron ingresados en la Unidad de Neonatología mientras que en el grupo del labetalol fueron 2 (50%) .

Discusión y Conclusiones
En estos últimos años, una amplia gama de medicamentos antihipertensivos para el control de la tensión arterial durante el embarazo han sido comparados. Entre los objetivos, encontrar evidencia suficiente para optar por una opción terapéutica u otra. La mayoría de los estudios emplean agentes como la hidralazina, el labetalol o el nifedipino, no estando ninguno de ellos exento de efectos secundarios maternofetales.

En el metaanálisis de Raheem et al. se comparan los efectos adversos de la hidralazina con otros antihipertensivos, encontrando mayor asociación a hipotensión materna, necesidad de cesárea, abruptio placentae, oliguria materna y efectos adversos en la frecuencia cardiaca fetal. Es por ello que, no se apoya su uso como tratamiento de primera línea3. Incluso este fármaco llegó a ser retirado durante la década de los años 904. También desplazan la hidralazina a una segunda línea en el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo revisiones como la de Cochrane en 20065. Todo ello, ha contribuido a que nosotros no hayamos considerado este fármaco para el tratamiento de las crisis hipertensivas en nuestras pacientes.

Este declive de la hidralazina ha contribuido a una mayor utilización del nifedipino y el labetalol. Es por ello que en nuestro Centro, se emplea uno u otro indistintamente en caso de crisis hipertensi-

vas con tensiones superiores a 150/95 mmHg. Son escasos los estudios que comparan directamente ambos fármacos. En estos, se incluían gestantes entre los 25 y 37 años con 36 semanas de gestación, una edad materna y gestacional similar a la de nuestro estudio. El objetivo, era el descenso de la tensión arterial hasta 150/100 mmHg (excepto el estudio de Vermillion et al. el cual establece 160 mmHg como límite superior) 3, 4, 6, 7. En estos trabajos, como en nuestra muestra, se partía de tensiones sistólicas entre 160 y 170 mmHg y diastólicas entre 105 y 111 mmHg.

Basándonos en nuestros resultados podemos afirmar, que tanto el nifedipino como el labetalol, son fármacos efectivos en el control de las crisis hipertensivas, precisando en pocas ocasiones de un segundo fármaco. Sin embargo, el nifedipino alcanza el objetivo en un tiempo menor que el labetalol. Raheem et al. obtuvieron resultados similares en 30 y 45 minutos respectivamente, incluso con el empleo de una dosis menor de nifedipino3 . El estudio de Shekhar et al., precisa alrededor de 10 minutos menos, en la reducción de la tensión arterial7. También fue menor el tiempo en el estudio de Vermillion et al. , debido quizás a que en el caso de precisar una segunda dosis, se empleaban 20 mg de nifedipino a los 15 minutos y no 10 mg a los 20 minutos como en nuestro caso.6

En el trabajo que aquí presentamos, solo 1 paciente del grupo tratado con nifedipino tuvo que tomar otro antihipertensivo frente a las 3 pacientes que precisaron otro agente en el grupo del labetalol. Esto, es consistente con otros trabajos exceptuando el caso de Raheem et al, el cual recoge que tanto en un grupo como en otro, 5 pacientes (20%) tuvieron que tomar otro antihipertensivo3.

En cuanto al tipo de parto, la mayoría de los estudios coinciden en que hay mayor número de casos en los que se realiza cesarea con el empleo nifedipino, sin embargo la diferencia no es significativa quizás debido a la escasez del tamaño muestral 3, 4, 6, 7. En nuestra muestra tampoco se encontraron diferencias, 7 pacientes (70%) finalizaron su parto mediante cesárea con el nifedipino, siendo 3 los casos de cesárea en el segundo grupo (75%) (p=079).

En cuanto al número de efectos adversos maternos como hipotensión, cefalea, palpitaciones, mareos o vómitos, la mayoría de los estudios indican que estos son mayores con el labetalol3, 4, 6, 7. Sin embargo, en este trabajo no se objetivó ningún efecto adverso con ninguno de los fármacos empleados.

Respecto a los efectos adversos fetales, no se encontraron alteraciones en el RGCT con ninguno de los fármacos. Observamos que el APGAR a los 5 minutos del parto, es algo inferior en el grupo del nifedipino además de un 10% más de ingresos neonatales. A pesar de ello, se han publicado artículos no comparativos con labetalol donde se ha utilizado el nifedipino de forma segura para el feto, en el tratamiento de las crisis hipertensivas8, 9, 10 .En comparación con los demás trabajos, observamos que Raheem et al. tiene el mismo número de ingresos neonatales en un caso y otro3; Shekhar et al. constató mayor número de ingresos con labetaol que con nifedipino e incluso dos muertes intrauterinas en el primer grupo7; en el estudio de Dhali B et al. el APGAR es menor además de mayor número de ingresos en UCI neonatal también con el empleo del labetalol4.

En conclusión, el nifedipino es más rápido que el labetalol en el control de las crisis hipertensivas en pacientes con preeclampsia. No se aprecian mayores efectos adversos maternofetales con el nifedipino, pudiéndose considerar un fármaco igual de seguro que el labetalol durante el embarazo.

Bibliografía

- *1. Dra. Pilar Jimena Medina, Dra. María Joaquina Gimeno Gimeno, Dr. Jorge Duro Gómez. Guía de práctica clínica: Estados hipertensivos del embarazo. Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Sección de Obstetricia.11 de febrero de 2015.*
- *2. Belinda Jim, MD, Shuchita Sharma, MD, Tewabe Kebede, MD, and Anjali Acharya, Md. Hypertension in Pregnancy, A Comprehensive Update. Cardiology in Review 2010;18: 178–189)*
- *3. Raheem I, Saaid R, Omar S, Tan P. Oral nifedipine versus intravenous labetalol for acute blood pressure control in hypertensive emergencies of pregnancy: a randomised trial. BJOG 2012;119:78–85.*
- *4. Badal Dhali1,*, Shritanu Bhattacharya1, Rajendra Prasad Ganguly1, Shrirupa Bandyopadhyay2, Mousumi Mondal3, Mousumi Dutta1. A randomized trial of intravenous labetalol & oral nifedipime in severe pregnancy induced hypertension. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2012 Dec;1(1):42-46*
- *5. Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson Smart DJ. Terapia con fármacos antihipertensivos para la hipertensión leve a moderada durante el embarazo. Copyright© 2007, La Colaboración Cochrane. Publicado por John Wiley & Sons, Ltd.*
- *6. Vermillion ST, Scardo JA, Newman RB, Chauhan SP. A randomized, double-blind trial of oral nifedipine and intravenous labetalol in hypertensive emergencies of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1999 Oct;181(4):858-61*
- *7. Shashank Shekhar, MD, Chanderdeep Sharme,MD, DNB, Sita thakur, MD, and Suresh Verma, MD. Oral Nifedipine or intravenous Labetalol for Hypertensive Emergency in Pregnancy, ARandomized Controlled Trial. 2013 by the American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Lippincott Williams &Wilkins. ISSN: 0029-7844/13*
- *8. Barton JR1, Hiett AK, Conover WB. The use of nifedipine during the postpartum period in patients with severe preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. 1990 Mar;162(3):788-92*
- *9. Scardo JA, Vermillion ST, Hogg B, Newman RB. Hemodynamic effects of oral nifedipine in preeclamptic hypertensive emergencies. Am J Obstet Gynecol 1996;175:336-8*
- *10. Seabe SJ, Moodley J, Becker P. Nifedipine in acute hypertensive emergencies in pregnancy. S Afr Med J 1989; 76:248-50*

217/180. ¿ ES EL TAMAÑO DEL PÓLIPO UN FACTOR PREDICTOR DE LA MALIGNIZACIÓN DEL MISMO?

Autores:
López González, E.; Forero Díaz, C.; Vidal Mazo, C.

Centro de Trabajo:
Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Resumen:
Los pólipos endometriales son formaciones benignas cubiertas por epitelio pudiendo contener cantidades variables de glándulas, estroma, y vasos sanguíneos. La prevalencia de pólipos en las mujeres con sangrado uterino anormal se ha reportado entre un 13% a un 50%1. Se pueden presentar como menorragia, metrorragia, o menometrorragia en mujeres en edad reproductiva y como sangrado posmenopáusico. Ahora existe un auge por la aparición de métodos diagnosticados asequibles como por histerosonografía o histeroscopia diagnóstica en mujeres sintomáticas aún así es posible la detección en ciertas mujeres asintomáticas durante la realización de una ecografía transvaginal en el contexto de otras indicaciones.

Entre las mujeres con pólipos endometriales, el sangrado uterino anormal y la menopausia se asocian con un aumento del riesgo de neoplasia endometrial 50%2,3. Aun así, muchos autores abogan por la extirpación de estas lesiones en mujeres asintomáticas, 17,18. El hecho de que ambos factores se hayan encontrado con una frecuencia significativamente mayor incluso en las poblaciones con un menor riesgo de desarrollo de carcinoma de endometrio, indica que se trata de factores de riesgo muy importantes. En trabajos realizados en nuestra población el riesgo entre la sintomatología y la malignización del pólipo incluso asciende.

Por otros autores el tamaño y el número de pólipos han sido propuestos como factores de riesgo de modo que por encima de 15 mm y con un número igual o superior a tres aumentaría el riesgo de cáncer sobre pólipo.

Debido a que la relación entre la malignidad del pólipo endometrial y la presencia de sintomatología parece estar claramente relacionada , hemos querido evaluar la asociación entre el número de pólipos, volumen y la presencia de sintomatología en la población postmenopáusicas que presenta patología endometrial.

Obejtivos
Evaluar la relación entre el tamaño, número de pólipos y la sintomatomología en mujeres postmenopáusicas, con el objetivo de reducir la polipectomía sistemática en pacientes postmenopáusicas y establecer que factores se asocian a la metrorragia postmenopaúsica , principal iceberg de la malignización de los pólipos.

Metodología
Se realizó un estudio retrospectivo analítico de casos y controles. Se reclutaron un total de 174 pacientes postmenopáusicas con pólipos endometriales diagnosticados y tratados mediante morcelación mecánica con Myosure® en un periodo comprendido entre Abril 2013 y Agosto 2015 realizados en la Unidad de Histeroscopia del Complejo Hospitalario de Huelva.

El grupo de casos estaba compuesto por pacientes con metrorragia postmenopáusica diagnosticadas de pólipos endometriales y sometidas a polipectomía mecánica con Myosure. Comparamos la muestra con el grupo control , pacientes sometidas a polipectomía mecánica con Myosure en ausencia de sintomatología.

Se excluyó toda aquella patologías uterinas concomitante diferentes a pólipos endometriales.

Las características sociodemográficas fueron recogidas en el mismo acto médico.

Se recogió como variable principal la presencia o no de sintomatología . Como variables secundarias la edad de la paciente, la presencia de pólipo o poliposis, la presencia de Factores de Riesgo (HTA, Obesidad, DM) el volumen de la pieza resecada y el resultado anatomopatológico.

Para la exactitud de los datos, se evaluó el volumen total en centrímetos cúbicos (cc), de cada pólipo tras el análisis del material morcelado, con colaboración con el servicio de Anatomía Patológica

Las polipectomías histeroscópicas con Myosure fueron realizadas bajo anestesia local (mepivacaína 2% + Lidocaía 1% dilución 50-50%).

Todas las muestras fueron enviadas en su totalidad a estudio anatomopatológico por la capacidad del dispositivo Myosure® en la extracción de la totalidad de lo morcelado, sin diseminación a la cavidad por la capacidad de morcelacion-aspiración.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22v . Para evaluar las diferencias entre grupos se utilizó la prueba chi-cuadrado para los datos categóricos, e independiente se utilizó la prueba t de Student para las variables continuas.

Una $p < 0,05$ fue aceptado como estadísticamente significativo.

Resultados
Se reclutaron un total de 174 polipectomías histeroscópicas mediante morcelación mecánica Myosure. Se distribuían en 49,4% (N =86) sintomáticas y 50,6 % (N=88) asintomáticas. La media de edad era 62,84 .

2 mujeres posmenopáusicas estaban usando THS y todos ellos estaban bajo régimen continuo. 15 pacientes habían o estaban utilizando tamoxifeno por cáncer de mama durante al menos 2 años.

En cuanto al número de pólipos (pólipo endometrial solitario vs poliposis) la distribución entre los 2 grupos fue (p = 121 y ps = 53 respectivamente)., se compararon la media global de volúmenes en cada grupo y se vio que no existían diferencias entre ambos grupos (p = 4,7cc y ps = 4,9cc respectivamente).Tabla 1

Por el contrario si observamos una mayor sintomatología en pacientes con poliposis frente a pólipo solitario , a pesar de que no encontrar diferencia en los volúmenes entre los grupos . Tabla 2

Con respecto a la presencia de Factores de Riesgo (HTA, Obesidad , DM) , observamos una N = 121 frente a la no presencia de los mismos N= 53, por lo que concluimos que en nuestra población la presencia de los mismos favoreció la aparición de polipos. Si bien no entramos en analizar si la presencia de dicha variable predispone a la malignización puesto que en nuestra muestra no analizamos la patología maligna , ya descartada en su mayoría en la Histeroscopia Diágnostica previa a la morcelación mecánica. Tabla 3

Encontramos una distribución mayor de metrorragia postmenopaúsica en aquellas pacientes donde coincidían más de 1 factor de Riesgo, aunque no es objeto de estudio por no tratarse de muestras homogéneas.

Debido a la homogeneidad en la distribución con respecto a la sintomatología (asintomática o presencia del sangrado uterino anormal) se evalúo si existían diferencias en los volúmenes de los muestras resecadas en ambos grupos.

No encontramos diferencias significativas en los volúmenes resecados en las pacientes sintomáticas frente a las que no presentaron metrorragia postmenopaúsica. Tabla 4

Por el contrario observamos sintomatología en el bajo porcentaje de patología maligna y premaligna morcelado mediante Myosure. Tabla 5

Discusión y Conclusiones

Los pólipos endometriales son excrecencias del revestimiento endometrial. Éstos se encuentran en el diagnóstico diferencial de las causas de menometrorragia o sangrado postmenopáusico. Debido a que la presencia de sintomatología ha sido asociada en porcentajes cercanos al 100% con la malignidad de éstos en nuestro estudio hemos querido objetivar si la presencia de un cierto volumen y otros factores asociados pueden influir o no en la presencia de sintomatología.

La presencia de hipertensión arterial y obesidad también ha sido relacionada con hiperestrogenismo que aumenta en sí la probablidad de desarrollo de pólipos endometriales

Un alto porcentaje de las mujeres con patología endometrial en nuestra población es asintomática, en las que incidentalmente se informó de pólipos , encontrándose un porcentaje cercano al 20-46,2%3-4. Estos valores pueden ser altos debido al aumento de la ecografía vaginal de rutina en la menopausica asintomática.

Nos planteamos por lo tanto que ante la ausencia de sintomatología y la detección de pólipo asintomático se demuestra la posibilidad de conducta expectante ante éste. Por lo que el segundo dato a valorar de cara al tratamiento sería el volumen de la pieza .A día de hoy no es posible predecir la naturaleza histopatológica en función al volumen de los pólipos. Respecto a la primera afirmación, aunque el mecanismo fisiopatológico de los pólipos endometriales es todavía desconocido tenemos una probabilidad razonable en ausencia de clínica de no desarrollo de patología maligna mientras se mantenga la condición de ausencia de sintomatología.

En nuestro estudio no encontramos relación entre el volumen de la pieza y la sintomatología. Por tanto a priori no lo podríamos establecer como un factor independiente de malignización, asumiendo la sintomatología como factor presente en el proceso.

Este hallazgo subraya la importancia de un mayor estudio con datos prospectivos que permita predecir el riesgo asociado a la sintomatología y al volumen de la pieza para permitir la gestión óptima de pólipos endometriales en mujeres asintomáticas, especialmente en el posmenopáusica estado para evitar la morbilidad iatrogénica.

Bibliografía

- *1. Clevenger- Hoeft M, Syrop CH, Stovall DW, Van Voorhis BJ. Sonohysterography in premenopausal women with and without abnormal bleeding. Obstet Gynecol 1999;94:516-20*
- *2. Cravello L, Stolla V, Bretelle F, Roger V, Blanc B. Hysteroscopic resection of endometrial polyps: a study of 195 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;93:131-4.*
- *3. Goldstein SR, Monteagudo A, Popiolek D, Maybery P, Timor-Tristch I. Evaluation of endometrial polyps. Am J Obstet Gynecol 2002;186:669-74.*
- *4. DeWaay DJ, Syrop CH, Nygaard IE, Davis WA, Van Voorhis BJ. Natural history of uterine polyps and leiomyoma. Obstet Gynecol 2002;100:3-9.*

217/227. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN PERINATAL POR EGB. ¿PODEMOS HACER ALGO MÁS?....

Autores:

(1) Hijona Elósegui, J.; (2) Carballo García, A.; (3) Dyachkova, N.; (4) Expósito Montes, J.

Centro de Trabajo:

(1) Complejo Hospitalario De Jaén; (2) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia; (3) Médicointerno Residente En Ginecología Y Obstetricia; (4) Médico Especialista En Pediatría.

Resumen:

Introducción

El estreptococo del grupo B (EGB-SGB) o Streptococcus agalactiae es un microorganismo grampositivo esencialmente patógeno en recién nacidos y adultos afectos por algún tipo de patología inmunológica de base2. Forma parte de la microbiota intestinal del ser humano, si bien su aislamiento en el tracto urogenital no es infrecuente. Su presencia a dicho nivel se ha asociado a diversos factores (actividad sexual, uso de tampones, higiene deficiente y mantenimiento de una excesiva humedad genital3,4, principalmente). Sin embargo, estos factores de riesgo no permiten establecer un perfil de mujer portadora de EGB y aunque se calcula que la prevalencia de EGB en mujeres gestantes oscila entre el 11 y el 18%, dependiendo de la edad, paridad y localización geográfica1-4 la prevalencia real de EGB en la población femenina es desconocida.

La presencia de EGB en el tracto genital inferior de la mujer gestante implica un aumento de riesgo de corioamnionitis, parto pretérmino, endometritis postparto e infección neonatal1-10. Existe una relación demostrada entre la colonización por EGB y el riesgo de parto prematuro, rotura pretérmino de membranas, bajo peso al nacer y muerte intraútero6,7,8. También hay datos que relacionan la bacteriuria por EGB durante el embarazo con el parto prematuro y la rotura prematura de membranas9.

El EGB es a día de hoy, sin profilaxis periparto, la causa más frecuente de infección bacteriana perinatal de transmisión vertical en el mundo occidental10. Es la primera causa de sepsis neonatal y aunque se ha convertido en nuestro medio en un proceso relativamente poco común en los últimos años, las tasas de colonización materna por EGB no han cambiado desde la década de 197010.

La transmisión del EGB desde la madre al recién nacido sucede principalmente en las primeras horas del parto, o tras la rotura de membranas. La frecuencia de colonización de los recién nacidos en madres portadoras ronda el 50% si bien sólo entre un 1 y un 2% de los recién nacidos colonizados desarrollan la infección12.

Para la identificación de gestantes “de riesgo” portadoras del EGB en el momento del parto se recomienda la toma de una muestra vaginal y anorrectal para su posterior cultivo y análisis microbiológico en la 35ª - 37ª semana de gestación10,13,14.

El uso de un test rápido de detección de EGB en el momento del parto mediante técnicas de PCR ha demostrado ser un método muy sensible (90%) y específico (97%)17,18 pero no resulta coste-eficaz19; por otra parte, su aplicación precisa de laboratorios y material muy especializados, lo que explica su restringido uso en la actualidad10.

Junto a la identificación de aquellas embarazadas portadoras de EGB, existen también medidas específicas para la prevención de la infección, basadas en la administración de antibióticos.

Las indicaciones de profilaxis antibiótica intraparto para la prevención de la infección neonatal por EGB están claramente establecidas en el “Documento de Consenso para Prevención de la

Infección Perinatal por Estreptococo del Grupo B", publicado en 201213.

El tratamiento antibiótico adecuado durante el parto disminuye drásticamente el riesgo de infección neonatal20, pero no se recomienda realizar una antibioterapia universal, dadas las posibles consecuencias adversas a medio y largo plazo de una antibioterapia inadecuada (aparición de resistencias bacterianas y aumento en la incidencia y/o severidad de otros agentes patógenos distintos al EGB, fundamentalmente10, 21,22 ,23).

Obejtivos

El cribado microbiológico materno y la profilaxis antibiótica intraparto siguen siendo los pilares sobre los que asienta nuestra actual estrategia para la prevención de la enfermedad materna y perinatal por EGB10,24; su generalización se ha traducido en una reducción sustancial de la carga de la enfermedad en nuestro medio, pero aun así no podemos obviar que a día de hoy hasta el 6% de las portadoras de EGB no se detectan en el cultivo reglado realizado a la 35ª-37ª semana de gestación y que entre el 3 y el 8% de los recién nacidos no reciben una adecuada profilaxis antibiótica intraparto frente al estreptococo10,13,16.

En los párrafos que siguen planteamos una nueva hipótesis de trabajo en relación con la prevención primaria de la infección neonatal por EGB, basada en la administración materna de antisépticos inocuos para el neonato y a la vez activos frente a EGB en las horas previas al parto.

Nuestro objetivo es establecer la eficacia y seguridad una pauta de antiséptica de 10 miligramos de decualinio intravaginal, administrada en las horas previas al parto de mujeres colonizadas por EGB.

Metodología

4.1.- Diseño:

Se ha realizado un estudio observacional longitudinal prospectivo basado en la realización de dos determinaciones de EGB separadas en el tiempo a un mismo grupo de gestantes (test repetidos a una cohorte de embarazadas). Entre ambas determinaciones se introdujo una intervención, consistente en la administración de un antiséptico vaginal capaz de modificar el resultado de la segunda determinación realizada (lo que podría sugerir un cierto efecto terapéutico en lo que respecta a la colonización materna por EGB).

También se realizó una determinación de EGB en la orofaringe de los recién nacidos de estas mujeres en los minutos inmediatamente posteriores al parto, parade tratar de establecer la tasa de transmisión materno-fetal.

Se recogieron aquellas variables que podrían actuar como modificadores y de confusores en el estado de colonización por EGB (ver apartado "variables recogidas").

4.2.- Población de estudio:

Gestantes a término presumiblemente portadoras de EGB en base al cribado microbiológico realizado en las 5 semanas previas a la observación y que iban a ser sometidas a una inducción programada oxitócica de parto.

4.3.- Selección de muestra:

Se propuso la participación a todas aquellas embarazadas presumiblemente portadoras de EGB que iban a ser sometidas a una inducción programada oxitócica de parto y que una vez informadas del propósito, procedimiento e implicaciones del estudio, aceptaran libre y voluntariamente participar en el mismo, garantizando que su aceptación o renuncia a participar no modificaría en modo alguno la asistencia que recibirían durante su parto.

Los motivos por el que se seleccionó este perfil de pacientes fueron:

1.- Escoger voluntarias con antecedente de positividad para EGB permite racionalizar el coste de la investigación, seleccionando de entre las potenciales candidatas a estudio, aquellas con un mayor riesgo de colonización por EGB en el momento de la intervención.

2.- Se seleccionó a pacientes con inducción programada del parto porque el parto es en sí un fenómeno impredecible y nuestra intervención precisaba ser evaluada en unas condiciones lo más próximas posibles al mismo. Por otra parte, se seleccionó a pacientes programadas para inducción oxitócica porque este proceso dura a lo sumo 18 horas y en él no se introducen posibles variables de confusión añadidas a la propia asistencia a la dilatación y el parto, como por ejemplo la administración vaginal de ciertas sustancias orientadas a madurar el cuello uterino, la emisión de líquido amniótico secundaria a la rotura de membranas o simplemente, el número total de exploraciones vaginales a las que la paciente es sometida desde el inicio de parto hasta la expulsión del feto.

Por último, conviene señalar que las condiciones idóneas de estudio se producían en la situación de parto estimulado y programado con bolsa íntegra, pues cuando se inicia la dilatación en el contexto del parto, o cuando se produce la rotura de membranas, se instaura una terapia antibiótica materna de profilaxis anti-EGB, lo que podría resultar una fuente de sesgo.

4.4.- Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Embarazos complicados por una rotura prematura de membranas, o por oligoamnios en cuya etiología no pudiera descartarse tal situación. Ello evitaría sesgos o factores de confusión asociados a la antibioterapia, a una posible colonización neonatal anteparto ascendente por EGB o bien a un "efecto de lavado" de la hidrorrea sobre la colonización por EGB.

- Embarazos afectos por una metrorragia anteparto que pudiera condicionar un efecto mecánico de arrastre de la flora vaginal, similar al referido para la hidrorrea.

- Casos en los que no se realizaron las dos tomas de muestra por parte de personal previamente adiestrado, o bien cuando la tramitación de las muestras no se ajustó por completo al procedimiento específico recomendado por el Servicio Andaluz de Salud.

- Embarazadas con enfermedades o terapias que pudieran provocar una inmunosupresión o modificar el ciclo biológico del EGB.

- Embarazadas sometidas a tratamiento antiséptico local (excluida la propia intervención del estudio), o bien a tratamientos antibióticos entre ambas determinaciones de EGB.

- Gestantes sometidas a procedimientos invasivos para el diagnóstico o terapia prenatal de anomalías congénitas (en ellas la rotura prematura de membranas podría actuar como un factor de confusión).

- Aquellos casos en los que las observaciones realizadas fueran incompletas o deficientes.

4.5.- Variables observadas:

La variable principal de estudio fue el aislamiento de EGB en los cultivos realizados de muestras de exudado vaginal de embarazadas presumiblemente portadoras de EGB, antes y después de la administración de una dosis única de 10 mg de decualinio.

También se recogieron las siguientes:

- Aislamiento de EGB en muestras de exudado de orofaringe neonatal, obtenidas en los minutos inmediatamente posteriores al parto.

- Tiempo materno de exposición a decualinio. Se registró el número de horas que mediaron entre la administración del mismo y la expulsión del óvulo, o la segunda determinación de EGB realizada previamente a la infusión oxitócica

- Procesos patológicos en la gestación hasta el momento del parto (tipo, control y tratamientos administrados) y su relación con la intervención introducida. Se prestó especial atención al uso de fármacos en el periodo ventana entre observaciones: antibióticos,

corticoides, inmunosupresores, inmunomoduladores, inmunoestimulantes y antisépticos, principalmente.

- Duchas vaginales, uso de tampones o salva slips, relaciones sexuales y episodios diarreicos durante el periodo entre exudados.

Estos datos fueron recogidos por el grupo de investigación mediante un modelo de encuesta-interrogatorio dirigido que se pasó a todas las participantes en el momento de realizar la segunda determinación de EGB.

.

4.6.- El cronograma simplificado del estudio fue:

1°. Toma de un primer exudado vaginal el día previo a la inducción programada del parto. Una vez tomada la muestra el propio investigador administraba un comprimido vaginal de 10 mg de decualinio en el fornix vaginal posterior, invitando a que la paciente mantuviera una posición de decúbito supino durante los 5 minutos inmediatamente posteriores a la administración del fármaco, con la finalidad de que se facilitara su adherencia al epitelio vaginal y con ello se limitaran las posibilidades de que se produjera una expulsión espontánea del comprimido.

2°. El día programado para la inducción, ya en dilatación y previamente al inicio de la infusión oxitócica se procedió a realizar una segunda toma de exudado vaginal (post-decualinio). Las condiciones en que se practicó esta segunda toma de muestra fueron superponibles a las de la primera. Tras esta nueva toma el grupo investigador realizó una anamnesis dirigida por encuesta a cada gestante relativa a los posibles factores modificadores que se pretendían controlar y que previamente han sido mencionados.

3°. Recogida y depuración de datos, con posterior análisis estadístico por parte de un especialista en la materia desvinculado del grupo de trabajo, quien aplicó las técnicas estadísticas apropiadas en cada caso para responder a las hipótesis de trabajo planteadas.

4.7.- Procedimiento para la toma de muestras:

Se realizó de acuerdo a las recomendaciones establecidas en el manual de extracción y transporte de exudados aprobado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía25.

El cultivo se realizó en medio de Granada siguiendo el método aprobado para todos los hospitales que pertenecen al Sistema Andaluz de Salud25.

En cuanto a las muestras para la detección de EGB en orofaringe neonatal, no existe un procedimiento específico estandarizado. En nuestra serie, por analogía con la toma vaginal, se realizó un muestreo basado en la movilización de un hisopo estéril sobre todas las estructuras de la orofaringe neonatal durante un intervalo de 30 segundos. El muestreo orofaríngeo se realizó en los minutos inmediatamente posteriores al nacimiento neonatal, una vez producida la expulsión fetal por vía vaginal y realizadas las correspondientes maniobras de reanimación precisas en cada caso.

La identificación da cada una de las muestras fue convenientemente controlada y su procesamiento y custodia, tanto en laboratorio como durante el tratamiento estadístico, regida por la ley de protección de datos y secreto estadístico actualmente vigente en nuestro Centro.

4.8.- Intervención introducida:

Consistió en la administración de una dosis única de 10 miligramos de cloruro de decualinio en forma de comprimido vaginal el día previo a la inducción electiva de parto.

El cloruro de decualinio es un agente antiinfeccioso y antiséptico derivado del amonio cuaternario de contrastada actividad antimicrobiana frente a un amplio espectro de bacterias, levaduras y protozoos27.Es un tensioactivo de rápida acción bactericida que actúa aumentando la permeabilidad de membrana de las células bacterianas, disminuyendo la actividad enzimática del microorganismo27. Por estudios in vitro se ha podido establecer que su acción se produce entre 30 y 60 minutos después de la administración, no habiéndose descrito fenómenos de resistencia bacteriana hasta el momento27.

Su tolerabilidad es muy buena, con una tasa de reacciones adversas inferior al 10% en ficha técnica (la mayoría de ellas reacciones locales de escasa relevancia clínica) y una experiencia de uso post-comercialización de más de 7,5 millones de pacientes, entre los que se ha encontrado una tasa de acontecimientos adversos inferior a 11 por millón de pacientes tratados27.

Su uso está aprobado durante el embarazo para el tratamiento de las infecciones vaginales de etiología bacteriana y micótica y hasta el momento no se han descrito efectos adversos sobre la gestación, el feto ni el recién nacido, con más de 2 millones de embarazadas tratadas27. Los estudios realizados hasta el momento con los derivados del amnonio cuaternario no han mostrado toxicidad embriofetal27.

Los comprimidos empleados contenían, aparte de 10 miligramos de cloruro de decualinio, lactulosa, celulosa y estearato de magnesio entre los excipientes. Todos ellos son considerados seguros para su uso durante la gestación.

4.9.- Otras consideraciones metodológicas y médico-legales:

Toda la fase de diseño y ejecución de la investigación, y su posterior análisis estadístico fueron controlados por parte de un especialista en metodología y análisis estadístico desvinculado del grupo de trabajo. Asimismo, todo el proceso gozó de la correspondiente aprobación por parte del Comité de Ética en la Investigación de nuestro Centro.

Los autores de la presente investigación no presentan conflicto de interés alguno. Aunque en el diseño se propone la administración de un preparado farmacológico específico para el que sólo existe una marca comercializada en nuestro país, la realización de todo el estudio fue realizada de un modo independiente y desvinculada de cualquier interés comercial, corriendo la financiación del mismo a cargo de la Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Jaén.

Resultados

La tasa de aceptación para el estudio propuesto fue muy alta (de 107 propuestas hubo sólo 2 rechazos a participar). Se obtuvo con ello una cohorte de 105 pacientes en la que se el primer exudado vaginal fue positivo para EGB en 83 casos (79,05%). En el segundo exudado (post-tratamiento) realizado en este mismo grupo de embarazadas se obtuvieron 24 resultados positivos a EGB (22,85%) y 81 negativos (77,15%).

En nuestro medio la tasa espontánea de discordancia por negativización a lo largo de 5 semanas (pacientes que tuvieron positividad para EGB en un primer exudado y negatividad en el segundo) ronda 7,6 %13. Por ello parece poco probable que los resultados obtenidos en esta serie puedan ser justificados por las leyes del azar y la biología.

No se encontró ningún caso de discordancia por positivización (pacientes con un primer exudado negativo para EGB y un segundo positivo).

En lo que respecta a la colonización perinatal orofaríngea por EGB, no se produjeron aislamientos de EGB, si bien en todos los casos se había practicado una completa profilaxis antibiótica sistémica intraparto.

El tiempo medio de exposición a decualinio fue de 10,32 horas, con un rango de 5-19 horas y una mediana de 7. El 75 % de las mujeres tardaron más de 10 horas en expulsar el comprimido y sólo 7 (el 6,66% de la serie) presentaron un tiempo de exposición inferior a 6 horas.

En lo que respecta al grupo de factores que podrán haber actuado como elementos confusores, su frecuencia de presentación en la

serie fue baja: 3 casos con relaciones sexuales en el periodo entre exudados, 2 casos de diarrea y 1 caso de tratamiento tópico vaginal por candidiasis intercurrente. Estas 6 exposiciones a variables confusoras se produjeron en 5 pacientes de las que 4 resultaron no portadoras de EGB en el primer exudado vaginal realizado durante la investigación (el previo al tratamiento con decualinio). La influencia de estos casos en los resultados obtenidos puede, por tanto, considerarse mínima.

Por último, y en lo relativo a la tolerabilidad de la intervención realizada, cabe señalar que en los 105 casos estudiados sólo se encontraron 2 posibles efectos secundarios asociados al tratamiento instaurado, consistentes en la sensación subjetiva de irritación vulvovaginal. Uno de ellos, considerado como "moderadamente sintomático" por la propia paciente cursaba de modo simultáneo con una candidiasis vaginal. El otro, considerado "escasamente" sintomático desapareció en las horas siguientes a la expulsión del comprimido vaginal. Ambos se resolvieron espontáneamente, no precisando terapia adicional.

El 93,3% de las participantes consideraban la terapia introducida como una intervención "poco o nada molesta" y sólo una voluntaria de las 105 (0,95%) la consideró "muy desgradable".

No se encontraron efectos adversos neonatales.

Discusión y Conclusiones

La infección perinatal por estreptococo grupo B es en el mundo industrializado una de las principales causas de morbimortalidad neonatal en forma de sepsis, neumonía y meningitis1-4.

La puesta en marcha de programas poblacionales para la detección de la colonización materna por EGB y la universalización y estandarización de la profilaxis antibiótica durante el parto han conseguido que la mortalidad perinatal por EGB haya disminuido drásticamente en las últimas décadas. Sin embargo, no existe aún país alguno en el mundo en el que se realice una prevención correcta y universal de la infección perinatal por EGB26.

Las últimas encuestas de la SEGO estiman que hasta un 20% de los recién nacidos de nuestro país no reciben una adecuada profilaxis periparto frente al EGB13, por cribado deficiente o por inadecuada profilaxis antibiótica intraparto.

Con respecto al cribado, se asume que buena parte de las tomas microbiológicas son inadecuadas o reciben un procesamiento deficiente10,13. En lo que respecta a la profilaxis antibiótica durante el parto, hasta un 30% de los centros10,13,21,25 realizan terapias subóptimas, lo que está aumentando de un modo alarmante la tasa de resistencias antibióticasl21 y permitiendo la aparición de otros gérmenes como Escherichia coli y Enterocoo23, frente a los cuales no existen unas claras pautas de actuación.

El objetivo esencial en la prevención de la infección perinatal por EGB es eliminar, o al menos reducir, la transmisión materno/neonatal de estreptococo. Para ello es esencial realizar un adecuado cribado y tratamiento (cuando proceda) de la colonización materna por EGB. Aun así, no existen estrategias perfectas, pues incluso con una implementación óptima del screening universal y de la profilaxis antibiótica intraparto en las mujeres colonizadas, algunos casos de infección neonatal siguen presentándose9-13. Existen por ello en el momento actual nuevas líneas de trabajo destinadas a mejorar nuestra práctica clínica: test rápidos para identificar EGB, desarrollo de vacunas frente al gérmen y evaluación de nuevas pautas antibioterápicas.

Nuestra línea de trabajo está orientada a limitar las tasas de transferencia materno-fetal de EGB mediante la aplicación de antisépticos vaginales que disminuyan el porcentaje de mujeres colonizadas por estreptococco. Hasta donde conocemos no existen experiencias previas al respecto con decualinio, si bien existen algunas series con alentadores resultados en las que se han empleado duchas vaginales y bastoncillos impregnados en clorhexidina con igual finalidad28-32.

Consideramos nuestra hipótesis de trabajo potencialmente superior a las experiencias previas con clorhexidina dada la mayor actividad biológica del decualinio frente al EGB y su comodidad de uso (comprimidos vaginales en lugar de duchas vaginales o bastoncillos impregnados en antiséptico).

Los datos obtenidos en nuestra serie han encontrado una tasa de reducción del 56,2% en el estado de colonización materna por EGB previamente al parto con la administración de una sola dosis de decualinio. Estos resultados resultan enormemente alentadores, si bien hemos de tener en cuenta algunas consideraciones:

1.- La administración de decualinio fue realizada en unas condiciones muy particulares: con un parto inminente que permitía obtener un máximo efecto antiséptico, con escasas posibilidades de recolonización por EGB y administrando el preparado en unas condiciones presumiblemente distintas a las que se producirían en caso de autoadministración, o incluso cuando el fármaco fuera administrado por profesionales sin adiestramiento previo.

2.- La inducción oxitócica de parto con bolsa íntegra implica unas condiciones clínicas probablemente no extrapolables a las existentes cuando existe una hidrorrea, cuando se practican repetidos tactos vaginales o cuando se administran otros fármacos por vía vaginal para acelerar el proceso de parto.

3.- La administración de una sola dosis de 10 mg de decualinio en forma de comprimido vaginal no es una pauta universalmente aceptada. Hasta el momento el uso de decualinio se ha limitado al tratamiento de diversas vaginitis sintomáticas para las que se aconseja un esquema de tratamiento basado en la administración de 60 mg de decualinio, repartidos en 6 dosis.

4.- El efecto antiséptico del decualinio se limita al canal vaginal. Desconocemos cuántas pacientes y con qué rapidez se recolonizan por EGB una vez que se ha producido el "aclaramiento vaginal" por decualinio.

5.- El efecto de la antibioterapia sistémica intraparto puede sesgar los resultados obtenidos.

6.- El hecho de no poder objetivar un determinado microorganismo en una muestra biológica no demuestra que éste no se encuentre allí presente; aun así este posible sesgo es igual de probable en cualquier muestreo. Por lo tanto, hemos de asumir como altamente representativas del estado real de colonización por EGB los resultados obtenidos del análisis microbiológico de cada una de las muestras estudiadas.

7.- Cabe la posibilidad de que existan casos de rotura prematura de membranas amnióticas no diagnosticados por su ausencia de sintomatología y que puedan suponer una fuente de sesgo, bien porque enmascaren una colonización feto-neonatal ascendente por EGB, bien porque impliquen en su continua, pero imperceptible pérdida de líquido amniótico, un efecto mecánico de lavado del tracto genital materno dificulte la identificación de estreptococo.

8.- Una de las incógnitas por resolver es la relevancia real de la contaminación perinatal por EGB. Es muy probable que buena parte de estas colonizaciones sean transitorias e irrelevantes. Aun así esto no resta gravedad al proceso, en tanto que las potenciales repercusiones de una infección por EGB durante la fase perinatal son de una magnitud extraordinaria1, 10,13.

9.- Por el momento carecemos de bibliografía con la que comparar nuestros resultados. Nuestra serie, por otra parte, es limitada. En el momento actual mantenemos la recogida de datos con la finalidad de mejorar el poder estadístico de nuestro proyecto.

Nuestros resultados hacen albergar, por tanto, un razonable optimismo en relación con la escasamente explorada posibilidad de actuar sobre el canal materno del parto con fármacos antisépticos,

con la finalidad de limitar la transmisión materno-neonatal de EGB. La información obtenida de nuestra serie, aún inconclusa, deberá ser explorada en proyectos posteriores y con contextos clínicos diferentes al propuesto. Sólo así podremos alcanzar a entender la verdadera viabilidad de asociar al actual programa de prevención de la infección perinatal por EGB, nuevas estrategias de prevención que redunden en un menor riesgo materno y perinatal. Hasta que así sea solo cabe insistir en la conveniencia de universalizar y optimizar nuestro actual método de cribado y tratamiento de la colonización materna vaginorectal por EGB.

La administración de un solo comprimido vaginal de 10 mg de decualinio el día previo al parto podría reducir hasta en un 56,2% en el estado de colonización materna por EGB, sin provocar efectos adversos maternos ni perinatales. Aunque estos resultados resultan alentadores, son necesarios estudios adicionales para establecer la eficacia, tolerabilidad, seguridad y duración del efecto antiestreptocócico de esta y otras pautas antisépticas en lo que respecta a la prevención de la infección perinatal por EGB.

Bibliografía

- *El trabajo consta de 33 referencias bibliográficas disponible en Pub Med y publicadas en los últimos 10 años. Para ajustarnos a las normas de envío hemos limitado el apartado de Bibliografía, para no mermar en exceso la información relativa al trabajo realizado. Podemos aportar resto de referencias si así lo solicitan.*

217/229. ENTRADA DIRECTA UMBILICAL CON TROCAR SIN NEUMOPERITONEO PREVIO VS ENTRADA CON TRÓCAR UMBILICAL TRAS INSUFLACIÓN CON AGUJA DE VERESS. ¿TÉCNICA SEGURA DE ACCESO A CAVIDAD ABDOMINAL EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA?

Autores:
(1) Pantoja Garrido, M.; (2) Frías Sánchez, Z.; (3) Fernández Alba, J.; (4) Torrejon Cardoso, R.

Centro de Trabajo:
(1) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu Jerez De La Frontera (cádiz); (2) Residente De 4º Año De Ginecología Y Obstetricia Del Huv Macarena (sevilla); (3) Médico Especialista En Ginecología Y Obstetricia. Hu De Puerto Real (cádiz); (4) Jefe Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hu Puerta Del Mar Y Puerto Real (cádiz).

Resumen:
Introducción

La cirugía mínimamente invasiva es en la actualidad, el gold standard de los procedimientos quirúrgicos, ya que se obtienen los mismos resultados que con cirugía tradicional (incluso mejores en muchos casos), con una reducción de la morbilidad, menor estancia hospitalaria y mejor recuperación de los pacientes. La vía de abordaje laparoscópica consiste en la utilización de materiales específicos (trócares, aguja de Veress, sistemas de insuflación, etc…) para introducir un gas (CO2) en la cavidad abdominal y distenderla, consiguiendo el campo suficiente para observar las estructuras anatómicas y trabajar sobre las mismas. Hay que tener en cuenta que las presiones intraabdominales no deben ser excesivamente altas, para no producir alteraciones en las funciones cardiovasculares y respiratorias de los pacientes (podemos considerar presiones entre 12-15 mmHg, como óptimas para realizar los procedimientos con seguridad). Es importante recalcar que la laparoscopia no es una técnica quirúrgica, sino una vía de abordaje para acceder a los tejidos sobre los que queremos trabajar, así que los procedimientos no deben verse alterados por la utilización de esta vía, sólo adaptados al acceso mínimamente invasivo mediante la utilización de un instrumental diferente, diseñado para ello.

Las maniobras de insuflación y entrada a la cavidad abdominal son uno de los pasos más importantes en la cirugía laparoscópica por tres razones. Primero porque es el paso inicial de la cirugía, indispensable para el desarrollo de la misma y porque si no se realiza correctamente, el procedimiento puede no evolucionar de manera óptima, incluso tener que optar por la conversión a la vía laparotómica. Segundo porque es muy importante en la planificación de la cirugía, ya que tenemos que elegir bien donde colocaremos el trocar óptico y los accesorios, ya que, a diferencia de las demás vías, la introducción del material, nuestra ergonomía y maniobrabilidad, dependerá del lugar donde se sitúen los puertos de trabajo. Y la tercera y más importante, es que tenemos que tener en cuenta que las maniobras de entrada e insuflación tienen uno o varios pasos ciegos, en los que no vemos de forma directa las estructuras abdominales, y por lo tanto se pueden producir complicaciones derivadas de estas maniobras.

Las complicaciones derivadas de las maniobras de entrada y/o insuflación son las más frecuentes y en muchas ocasiones, las más graves que se producen durante los procedimientos laparoscópicos. Tanto es así, que hay series de estudios que estiman que un porcentaje superior al 50% (algunos hasta el 70%), de las complicaciones en cirugía laparoscópica se producen durante estas ma-

niobras. De hecho, las complicaciones mayores, derivadas de las lesiones intestinales (1.8% de las cirugías laparoscópicas según la literatura), o de las lesiones en grandes vasos abdominales (0.9%), tienen un índice de mortalidad bastante alto, casi del 20% de los pacientes en los que se producen, con una salvedad, que estas maniobras se realizan para cualquier procedimiento, y se pueden producir en las cirugías a priori más sencillas y rutinarias. Por ellos existen muchas técnicas utilizadas para el acceso a la cavidad abdominal, con diferentes mecanismos de seguridad para reducir dichas complicaciones, teniendo cada una de ellas, limitaciones y beneficios, sin que ninguna haya demostrado ser 100% segura o mucho más efectiva que las demás, en la prevención de efectos adversos.

En la actualidad existen dos maniobras de acceso a cavidad en cirugía laparoscópica muy extendidas entre los ginecólogos. Una es la insuflación mediante aguja de Veress y posterior introducción de trócar óptico cuando se obtiene un neumoperitoneo seguro (estas maniobras se realizan con más frecuencia a nivel periumbilical o en el punto de Palmer). La otra es la entrada abierta mediante minilaparotomía (1-1.5 cm) e introducción de trócar bajo visión directa y posterior insuflación (esta técnica recibe también el nombre de maniobra de Hasson). Pero en nuestro centro hospitalario se lleva utilizando desde hace varios años otra técnica menos conocida, introducida en el año 1978 por Dingfelder y aprendida por nuestros ginecólogos en el centro de cirugía de Estrasburgo, dirigido por el profesor Wattiez. Esta técnica es la entrada directa con trócar a nivel umbilical sin neumoperitoneo previo. El procedimiento consiste en la introducción del trócar para la óptica de forma directa a nivel umbilical (tras pequeña incisión en la piel con bisturí) sin haber insuflado anteriormente, para una vez hemos conseguido el acceso a la cavidad abdominal, comprobar con la óptica la presencia en la misma e iniciar la insuflación. Nuestra experiencia personal ha sido satisfactoria con esta técnica, no detectando una mayor tasa de complicaciones asociadas al acceso que con las demás técnicas. Los tres procedimientos de acceso tienen sus beneficios y limitaciones:

- -Aguja de Veress
  - Es la más utilizada
  - Produce lesiones de menor diámetro que el trócar
  - Técnica rápida y sencilla
  - Se producen 2 entradas ciegas (aguja y trócar)
  - Mayor número de complicaciones menores (enfisema…)
- -Entrada abierta
  - Apenas hay descritas lesiones de grandes vasos
  - No reduce las complicaciones intestinales, pero, es más
  - complicado que pasen desapercibidas
  - Técnicamente algo más compleja y de mayor duración
  - Incisión ligeramente más grande
- -Entrada directa
  - Técnica sencilla y con una insuflación más rápida
  - Única entrada ciega
  - En manos expertas, al menos igual de segura que la entrada con Veress (con
  - menor posibilidad de enfisema subcutáneo y fallo de la entrada)
  - Menos utilizada y conocida
  - Aconsejable, trócares con sistema de seguridad-retracción de cuchilla
  - Produce lesiones de mayor diámetro que la aguja de Veress

Si revisamos la literatura sobre este tema, existen muchísimas publicaciones relacionadas con las complicaciones asociadas al acceso a la cavidad abdominal en cirugía laparoscópica con las diferentes técnicas (siendo mucho más escasos los estudios sobre la técnica de entrada directa). El número de las mismas relacionados con comparación de técnicas es menor, siendo el más frecuente, el retrospectivo comparativo entre aguja de Veress y entrada con técnica de Hasson. Los estudios prospectivos con un tamaño muestral considerable son muy escasos, y más aún si se introduce en la comparativa de técnicas de acceso la entrada directa. Es por ello que, debido a la amplia experiencia con esta técnica en la UGC de ginecología del HUV Macarena de Sevilla, y los buenos resultados subjetivos con la misma. Decidimos plantear un estudio prospectivo de cohortes comparativo entre la técnica de entrada directa y la que utiliza aguja de Veress (ya que es la más frecuente en nuestro medio), y así demostrar objetivamente, la seguridad de esta técnica tan desconocida y poco difundida en nuestra especialidad.

Obejtivos

Nuestro objetivo es demostrar las siguientes hipótesis:

- Que la entrada directa con trócar sin neumoperitoneo previo a nivel umbilical es al menos igual de segura con respecto a las complicaciones derivadas del proceso de insuflación/entrada, que la entrada con aguja de Veress a nivel umbilical, realizadas por facultativos que dominen la técnica.
- Que la entrada directa con trócar sin neumoperitoneo previo a nivel umbilical, presenta ventajas con respecto a la entrada con aguja de Veress a nivel umbilical en determinados parámetros como:
  - Menor tiempo de insuflación
  - Menor número de intentos fallidos de insuflación/entrada
- Que determinados factores de riesgo de complicaciones en las maniobras de entrada/insuflación, aumentan la tasa de complicaciones derivadas de estas maniobras en nuestra población, como esta descrito en la literatura científica, por ejemplo:
  - Antecedentes de laparotomía previa
  - Índice de masa corporal (IMC) de la paciente superior a 25
  - 2 o más intentos para conseguir la insuflación óptima y la entrada correcta en la cavidad abdominal
- Si existen otras variables que puedan influir en el aumento de las tasas de complicaciones en las maniobras de insuflación/entrada, como:
  - Edad de la paciente
  - Cirugía urgente vs cirugía programada
  - Patología causante de la indicación quirúrgica

Metodología

Estudio analítico observacional prospectivo de cohortes, en el que se han recogido 600 cirugías laparoscópicas realizadas en el HUV Macarena de Sevilla entre junio del 2013 y abril de 2016.

Los criterios de inclusión fueron:

- - Cirugía laparoscópica tanto por causa benigna como oncológica
- - Realizada en el HUV Macarena desde junio de 2013 en adelante, hasta conseguir un número de 600 cirugías
- - Las cirugías deben haber utilizado la entrada directa con trócar sin neumoperitoneo previo o la entrada tradicional aguja de Veress, como método de insuflación/entrada
- - Dichos métodos de entrada/insuflación deben haberse realizado a nivel umbilical

Los criterios de exclusión fueron:

- - Cirugías laparotómicas o vía vaginal

- - Cirugías laparoscópicas realizadas con método de entrada abierta o en localizaciones no umbilicales, como por ejemplo el punto de Palmer.

Para el cálculo del tamaño muestral se ha tenido en cuenta que la proporción de cirugías laparoscópicas con entrada directa es de ¼ con respecto a las entradas con aguja de Veress en el servicio de ginecología del HUV Macarena, y que se intervienen una media de 17 cirugías laparoscópicas mensuales que cumplen los criterios de inclusión. Aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 146 pacientes en el grupo de expuestos (entrada directa) y 438 en el de no expuestos (entrada con aguja de Veress), para detectar un riesgo relativo mínimo de 1.9, si la tasa de enfermos en el grupo de no expuestos es del 0.12. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 0%, utilizando la aproximación de Poisson. Finalizado el periodo de recogida se registraron 154 cirugías laparoscópicas con entrada directa y 446 con aguja de Veress, cumpliendo así lo calculado.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del HUV Macarena de Sevilla, considerando de riesgo la aleatorización del mismo, ya que por la organización de quirófanos no se podía asegurar que cada uno de los dos facultativos que participaban en la cirugía dominará una de las dos técnicas, y por lo tanto podría darse el caso de que, por la randomización, un facultativo se viera obligado a utilizar una técnica que no utiliza normalmente y por tanto no domina, aumentado así el riesgo de complicaciones en la paciente.

Las variables que se han recogido y estudiado han sido:

- -Patología de la indicación, divididas en:
  - Patología anexial
  - Patología endometrial, uterina y cervical benigna y precancerosa
  - Patología del suelo pélvico
  - Patología oncológica
- Antecedente de laparotomías previas
- Edad de la paciente
- IMC de la paciente
- Si la cirugía es urgente o programada
- Tiempo de insuflación (entendido como el tiempo transcurrido desde la incisión en la piel con el bisturí, hasta alcanzar un neumoperitoneo con la insuflación de 12 mmHg)
- Número de intentos necesarios para conseguir una óptima maniobra de insuflación/entrada
- Complicaciones derivadas únicamente de las maniobras de insuflación/entrada (no incluimos las intraoperatorias relacionadas con el procedimiento quirúrgico, por no tener relación con el tipo de entrada)
  - Intestinales
  - Vasculares (lesiones de grandes vasos)
  - Enfisema subcutáneo
  - Lesiones de vasos de la pared abdominal
  - Anestésicas asociadas a las maniobras de insuflación/entrada
  - Conversiones a laparotomía por causas asociadas a las maniobras de insuflación/entrada

El análisis estadístico se ha realizado en dos fases. Inicialmente realizamos un estudio bivariante. En esta fase se realizó un cálculo del riesgo de complicación quirúrgica asociado a las siguientes variables: tipo de entrada, antecedente de laparotomía previa, IMC de la paciente, número de intentos de entrada/insuflación, tipo de cirugía (urgente vs programada), tipo de cirugía (oncológica vs no oncológica) y tiempo de insuflación. El riesgo se determinó mediante el cálculo de la odds ratio (OR) no ajustada (sin variables de control), considerando significativos aquellos resultados cuyo intervalo de confianza para el 95 % no incluyera la unidad.

A continuación, en una segunda fase, realizamos un estudio multivariante construyendo un modelo de regresión logística por pasos. El objetivo de esta fase del estudio fue el cálculo del riesgo de complicación asociado al tipo de entrada (Directa vs Veress) incluyendo en el modelo numerosas variables de control. De tal forma, consideramos como variable dependiente la aparición o no de complicación quirúrgica asociada a la entrada laparoscópica. Como covariable principal incluimos el tipo de entrada (Directa vs Veress) y como covariables de control se incluyeron en el modelo la edad de la paciente, la presencia o ausencia de obesidad, el antecedente de laparotomía previa y el tipo de cirugía (urgente vs programada). Para cada una de las variables independientes incluidas en el análisis multivariante se calculó la OR, considerando significativo un riesgo cuyo IC para el 95 % no contuviese la unidad. Al incluir en el análisis multivariante numerosas variables de control evitamos posibles sesgos de confusión e interacción y esto nos permite calcular el riesgo exclusivamente atribuible al tipo de entrada (Directa vs Veress).

Todos los cálculos estadísticos fueron realizados con el programa IBM SPSS® versión 19 para Microsoft Windows®.

Resultados

En el análisis de frecuencias y medias:

- La edad media de nuestras pacientes fue de 42 años (11-85).
- Por patologías, la más frecuente fue la anexial (62%), seguido de la uterina, cervical y endometrial (19%) y la oncológica un (17%), siendo la menos frecuente la de patología del suelo pélvico (2%).
- En función del tipo de entrada, en 154 pacientes (25.7%) se utilizó la entrada directa, y en 446 la aguja de Veress (74.3%).
- Hubo 60 complicaciones distribuidas en 43 pacientes (7.2%)
  - 4 complicaciones intestinales (0.7%). 2 perforaciones de intestino delgado y 1 de intestino grueso
  - 1 complicación vascular (0.2%) por lesión de la vena iliaca común izquierda
  - 21 casos de enfisema subcutáneo (3.5%)
  - 7 casos de lesiones de vasos de pared abdominal (1.2%)
  - 2 casos de complicaciones anestésicas (0.3%)
  - 25 casos de conversión a laparotomía (4.2%)
- 116 pacientes presentaban al menos una laparotomía previa (19%)
- El 37% de las pacientes presentó un IMC normal, un 2% infrapeso, y un 61% un IMC igual o superior a 25
- El 15% de las cirugías fueron urgentes, frente al 85% de programadas
- El análisis bivariante observó:
- El número de intentos de entrada, fue mayor en el grupo de entrada con aguja de Veress, en el que fue preciso realizar 2 o más intentos en el 12,3% de las pacientes (55/446), frente al 7,8% (12/154) hallado en el grupo de entrada directa con trócar. Sin embargo, esta diferencia no se mostró estadísticamente significativa ($p>0,05$).
- El porcentaje de pacientes con antecedentes de laparotomías previas fue mayor en el grupo de entrada directa respecto al grupo de entrada con aguja de Veress (22.7% vs 18.16%). Sin embargo, esta diferencia no se mostró estadísticamente significativa ($p>0,05$).
- El IMC medio de las pacientes fue mayor en el grupo de entrada directa respecto al grupo de entrada con aguja de Veress (27 vs

26). Sin embargo, esta diferencia no se mostró estadísticamente significativa (p>0,05).

- Para el riesgo de sufrir una complicación en función del tipo de entrada: La tasa de complicaciones fue discretamente inferior en el grupo de pacientes en las que se realizó entrada directa con trócar con respecto a las pacientes donde se utilizó aguja de Veress (6,5% vs 7,4%). Sin embargo, esta diferencia no se mostró estadísticamente significativa. La odds ratio (OR) resultó ser de 0,89 (IC 95%: 0,42-1,81).
- Para el riesgo de presentar una complicación en función haber sido sometida anteriormente al menos a una laparotomía: La tasa de complicaciones en las pacientes que tenían el antecedente de haber sido sometidas al menos a una laparotomía previa, fue mayor que en el grupo de pacientes que no habían sido laparatomizadas con anterioridad (13,8% vs 5,6%). Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa (p<0,01). El riesgo de sufrir una complicación también se encontró aumentado en estas pacientes, en las que se determinó una OR de 2,71 (IC 95%: 1,41 – 5,21), estadísticamente significativo.
- Para el riesgo de presentar una complicación en función del IMC.
  - Infrapeso: No registramos ninguna complicación en las mujeres que presentaban infrapeso.
  - Sobrepeso (IMC ≥ 25): La tasa de complicaciones en mujeres con sobrepeso (comparadas con aquellas que presentan un IMC normal) fue del 7,8% frente al 2,2 %. Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa (p<0,01). Asimismo, el riesgo de complicación también se encontraba incrementado en mujeres con sobrepeso en las que se determinó una OR de 3,69 (IC 95%: 1,33 – 10,17).
  - Obesidad: La tasa de complicaciones en mujeres con IMC ≥ 30 fue del 14,4% frente al 2,2 % hallado en las mujeres con IMC normal. Esta diferencia resultó estadísticamente muy significativa (p<0,001). El riesgo de presentar una complicación en mujeres obesas también estaba aumentado, con una OR de 7,36 (IC 95%: 2,71 – 19,99).
- Para el riesgo de presentar una complicación en función del número de intentos de insuflación/entrada: Las pacientes en las que fue preciso realizar 2 o más intentos de entrar en cavidad peritoneal para realizar el neumoperitoneo, presentaron una tasa de complicaciones del 55,2% (37/67) frente a solo el 1,1% (6/533) registrado en aquellas pacientes en las que la entrada se realizó al primer intento. Esta diferencia se mostró muy significativa (p<0,001) En términos de riesgo, el riesgo de complicación se disparó en aquellas mujeres en las que se realizaron 2 o más intentos, con una OR de 108,32 (IC 95%: 42,41 – 276,69). Por otro lado, el número medio de veces que se intentó entrar en aquellas pacientes en las que no hubo complicaciones fue de 1,06, mientras que el número de veces que se intentó entrar en las que sí hubo complicaciones fue de 2,70. Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa p<0,001.
- Para el riesgo de presentar una complicación en función de si la cirugía es urgente vs programada: La tasa de complicaciones en las laparoscopias urgentes fue del 10,8% (10/93), frente al 6,5% (33/507) hallado en laparoscopias programadas. Esta diferencia sin embargo no resultó estadísticamente significativa (p>0,05).
- Para el riesgo de presentar una complicación en función de si la cirugía es oncológica vs no oncológica: La tasa de complicaciones en pacientes sometidas a laparoscopia por patología oncológica fue del 3% (3/99), frente al 8% (40/501) encontrado en patología no oncológica. Esta diferencia, no obstante, no resultó estadísticamente significativa (p>0,05).
- El tiempo medio de insuflación en el grupo de Veress fue de 4 minutos y 13 segundos, mientras que en el grupo de entrada directa fue de 2 minutos y 9 segundos. Las diferencias fueron estadísticamente muy significativas p<0,001. Por otro lado, el tiempo medio de insuflación en función del número de veces que se intenta entrar, se distribuyó de la siguiente manera: en el grupo de 1 sólo intento fue de 3 minutos con 28 segundos, con respecto a los 5 minutos con 24 segundos del grupo de 2 o más intentos. Esta diferencia se mostró estadísticamente muy significativa p<0,001.

El análisis multivariante observó: La entrada directa con trócar presentó una OR de complicaciones de 0,813 pero con un IC para el 95% de 0,39 a 1,68 (no significativo). Es decir, no encontramos diferencias significativas en lo que a la probabilidad de presentar una complicación se refiere entre la entrada directa y la entrada con aguja de Veress. El mismo análisis pone de manifiesto que el principal factor de riesgo para presentar una complicación se asoció a la presencia de sobrepeso u obesidad con una OR de 13,84 (IC 95%: 5,345 – 35,824). La presencia de una laparotomia previa o más también se asoció a una mayor probabilidad de presentar una complicación con una OR de 4,036 (IC 95%: 2,311 – 7, 050)

Discusión y Conclusiones

Nuestro estudio confirma las hipótesis iniciales, ya que:

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas entradas con respecto a la tasa de complicaciones, siendo esta incluso ligeramente inferior en el grupo de entrada directa.
- La entrada directa presenta ventajas con respecto a la entrada con aguja de Veress, como un menor número de intentos fallidos de insuflación/entrada (factor de riesgo muy significativo de complicaciones) y un menor tiempo de insuflación (estadísticamente significativo).
- Se demuestra en nuestra población que tanto los antecedentes de laparotomía previa, el IMC de la paciente igual o superior a 25 y el número de intentos de entrada/insuflación superior a 1, son factores de riesgo estadísticamente significativos, que aumentan la posibilidad de tener una complicación durante estas maniobras. Los porcentajes de estas tres variables fueron mayores en el grupo de entrada directa (aunque no significativamente) y, aun así, la tasa de complicaciones fue menor que en el grupo con aguja de Veress.
- Las demás variables estudiadas en nuestra población, parecen no tener relación con un aumento de la tasa de complicaciones durante la entrada.

Podemos considerar la entrada directa con trócar a nivel umbilical sin neumoperitoneo previo, por lo tanto, como una maniobra segura para la insuflación/entrada en la cavidad abdominal en cirugía laparoscópica ginecológica.

Como principales limitaciones del estudio, consideramos que la aleatorización de la muestra, daría más potencia estadística al estudio, aunque es cierto que, debido a la organización actual de nuestro sistema sanitario, sería complicado llevarla a cabo sin incrementar el riesgo sobre la paciente.

Bibliografía

- *- Ertugrul I et al. Comparison of Direct Trocar Entry and Veress Needle Entry in Laparoscopic Bariatric Surgery: Randomized Controlled Trial. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2015 Nov;25(11):875-9.*
- *- Ahmad G et al. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Aug 31;8:CD006583.*
- *- Angioli R et al. A comparison of three different entry techniques in gynecological laparoscopic surgery: a randomized prospective trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Dec;171(2):339-42.*
- *- Shayani-Nasab H et al. Complications of entry using Direct Trocar and/or Veress Needle compared with modified open*

approach entry in laparoscopy: six-year experience. Urol J. 2013 Spring;10(2):861-5.

- *- Agresta F, Mazzarolo G, Bedin N. Direct trocar insertion for laparoscopy. JSLS. 2012 Apr-Jun;16(2):255-9.*
- *- Jiang X, Anderson C, Schnatz PF. The safety of direct trocar versus Veress needle for laparoscopic entry: a meta-analysis of randomized clinical trials. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2012 May;22(4):362-70.*
- *- Deffieux X, Ballester M, Collinet P, Fauconnier A, Pierre F. Risks associated with laparoscopic entry: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Oct;158(2):159-66.*
- *- Tinelli A, Malvasi A, Guido M, Tsin DA, Hudelist G, Stark M, Mettler L. Laparoscopy entry in patients with previous abdominal and pelvic surgery. Surg Innov. 2011 Sep;18(3):201-5.*
- *- Collinet P, Ballester M, Fauconnier A, Deffieux X, Pierre F; Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Risks associated with laparoscopic entry. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010 Dec;39(8 Suppl 2): S123-35.*
- *- Altun H, Banli O, Karakoyun R, Boyuk A, Okuducu M, Onur E, Memisoglu K. Direct trocar insertion technique for initial access in morbid obesity surgery: technique and results. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010 Aug;20(4):228-30.*
- *- Zakherah MS. Direct trocar versus veress needle entry for laparoscopy: a randomized clinical trial. Gynecol ObstetINVEST. 2010;69(4):260-3.*
- *- Tinelli A, Malvasi A, Istre O, Keckstein J, Stark M, Mettler L. Abdominal access in gynaecological laparoscopy: a comparison between direct optical and blind closed access by Verres needle. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Feb;148(2):191-4.*
- *- Krishnakumar S, Tambe P. Entry complications in laparoscopic surgery. J Gynecol Endosc Surg. 2009 Jan;1(1):4-11.*
- *- Vilos GA, Ternamian A, Dempster J, Laberge PY. Laparoscopic entry: a review of techniques, technologies, and complications. J Obstet Gynaecol Can. 2007 May;29(5):433-65.*

217/267. PÓLIPOS ENDOMETRIALES, ¿RESECCIÓN SISTEMÁTICA?

Autores:
(1) Forero Díaz, C.; (1) López González, E.; (2) Ruano García, A.; (1) Vidal Mazo, C.

Centro de Trabajo:
(1) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.; (2) Facultativo Especialista Área Ginecología y Obstetricia. Jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Resumen:
Introducción

Los pólipos endometriales son una proliferación focal de la capa basal del endometrio que implica por lo general al epitelio y cantidad variable a glándulas y estroma. Los pólipos se organizan en la matriz vascular junto con la pared uterina, que proporciona una superficie más o menos amplia1. Su prevalencia real global se desconoce debido a que muchos de ellos son asintomáticos, aunque se establece entre 13-50% según series2. Así, es posible el descubrimiento incidental de los mismos debido al uso generalizado de técnicas de diagnóstico como ecografía transvaginal o la histeroscopia. Ello ha llevado a controversia de qué hacer con gran número de pólipos endometriales que se hallan en la práctica diaria3.

En 80% de los casos, estos pólipos aparecen en un forma aislada, aunque también puede presentarse cómo múltiples.

Es conocido que la literatura muestra una asociación de éstos con hiperplasia endometrial y adenocarcinoma de endometrio6, estimando una prevalencia de lesiones premalignas y malignas que oscilan entre el 0 a 12,9%6. La implicación de diversos factores como el estado menopáusico, la edad, la obesidad, la hipertensión arterial, el uso de la terapia hormonal o tamoxifeno, el tamaño del pólipo, y la presencia de síntomas se han considerado como implicados en la transformación maligna-premaligna de éstos con resultados contradictorios.

El tratamiento de éstos es la extirpación del o de los mismos, lo cual de forma mayoritaria se realiza de forma ambulatoria, y cómo principal técnica, mediante polipectomía histeroscópica. A pesar de ello ha de tenerse en cuenta que dicho tratamiento se asocia con un mayor coste, la necesidad de profesionales capacitados y, como con todos los procedimientos quirúrgicos, un cierto grado de riesgo, de tal manera que consideramos la necesidad de una investigación sobre la tasa a largo plazo de cáncer de endometrio y/o patología premaligna en grandes cohortes de pacientes sometidas a polipectomía histeroscópica con el fin de evitar procedimientos innecesarios.

Obejtivos
Fue determinar la prevalencia de malignidad y premalignidad e investigar la asociación de éstas con los diferentes factores específicos descritos en la literatura (edad, estado hormonal, presencia de sintomatología, el uso de terapia hormonal o tamoxifeno, obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, el tamaño del pólipo) mediante la revisión de las polipectomías histeroscópicas con el fin de disminuir el número de éstas.

Metodología
Realizamos un estudio retrospectivo que incluyó un total de 862 polipectomías histeroscópicas en un periodo comprendido desde Enero de 2011 a Diciembre de 2015 llevadas a cabo en la Unidad de Histeroscopia del Complejo Hospitalario de Huelva. En todos los casos se obtuvo el resultado anatomopatológico confirmatorio.

Recogimos todos los datos relativos al estado hormonal, presencia de síntomas, índice de masa corporal (IMC), estado hormonal, tamaño del pólipo, el uso de terapia hormonal o tamoxifeno (TMX), hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), así como el resultado del estudio anatomopatológico. Consideramos estado postmenopáusico a aquellas mujeres en amenorrea durante al menos 12 meses.

El sangrado uterino anormal se definió como cualquier sangrado postmenopáusico o hemorragia premenopáusicas que era diferente del patrón usual de la paciente.

Las resecciones histeroscópicas se llevaron a cabo durante la realización de histeroscopia diagnóstica (Histeroscopio Storz óptica 0º) con pinza y tijera o bien en función de la tolerancia de la paciente u otros parámetros mediante histeroscopia quirúrgica (Histeroscopio Storz óptica 0º) , así como desde la incorporación del sistema de morcelación mecánica Myosure® (Hologic, Germany) bajo anestesia local.

Histológicamente se clasificaron según evaluación anatomopatológicas: benignas y malignas.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v22. Hemos considerado el cálculo de p tomando cómo estadísticamente significativa valores menores de 0,05.

Para la determinación de correlación entre variables cualitativas se calculó la chi-cuadrado. Así para variables dicotómicas se calcularon mediante proporciones simples.

Resultados

Del total de 862 polipectomías histeroscópicas se hallaron pólipos endometriales benignos o hiperplásicos sin atipia en un total de 797 pacientes (92,4%) y adenocarcioma de endometrio en un 7,5% (n=65) los cuales fueron más frecuentes en pacientes postmenopáusicas (86%). La media de edad fue de 65,6 años, 56 estaban en estado postmenopáusico. En tabla 1 se describen características demográficas. En cuanto a la clínica presentaron sangrado uterino anormal un total de 60 pacientes (92%). Se realizó la correlación entre los hallazgos anatomopatológicos y variables tales cómo edad, estado reproductivo, presencia de sintomatología, hipertensión arterial, IMC y diabetes mellitus (Tabla 2). Encontramos una prevalencia global de IMC superior a 30 en 46 pacientes (70,8%), muy por encima de la descrita en la bibliografía. Un 92% de los pólipos endometriales premalignos/malignos tuvieron clínica de hemorragia uterina anormal. Por otro lado, la hemorragia uterina anormal era observado en el 88.9% de las premenopaúsicas (N = 8) y en el 96,2% de las postmenopaúsicas (N=52) en resultado anatomopatológico de pólipos endometriales malignos .Esto nos llevó a afirmar la presencia de sangrado como predictor de malignidad o lesiones premalignas.

Se observó una mayor frecuencia de pólipos endometriales malignos en pacientes HTA pero sin significación estadística (p=0.524). La toma de TMX se describió tan sólo en el 1,5 % de nuestra población con una duración media de tratamiento de 5 años por otro lado no objetivamos ningún caso asociado de uso de terapia hormonal en nuestras pacientes. Así mismo la malignidad de los pólipos no se ha visto relacionada de forma significativa con obesidad, diabetes mellitus, o volumen pólipo endometrial.

No se reseño complicación alguna en cuanto al procedimiento histeroscópico, ni a corto ni a largo plazo.

Discusión y Conclusiones

Las lesiones malignas o premalignas halladas en los pólipos endometriales resecados en nuestra unidad se ven claramente relacionados a la clínica de sangrado anormal de los mismos, así según nuestros datos obtenidos en el estudio retrospectivo no se relacionan con la ausencia de sintomatología o se encuentran en muy baja prevalencia tan sólo en 5 pacientes de un total de 65 adenocarcinomas endometriales, tal y cómo se describe ampliamente en la literatura, de tal manera que pudiese actuar como buen predictor de malignidad de los pólipos endometriales. No observamos correlación estadísticamente significativa entre malignidad y el resto de variables sociodemográficas, aunque sí un aumento de la frecuencia sin significación en pacientes con HTA. Es todavía controvertida la actitud de resección sistemática o de rutina de los pólipos endometriales asintomáticos. De todos es conocido la existencia de múltiples estudio observacionales favoreciendo la resección de los mismos sobre todo en pacientes postmenopáusicas. Sin embargo, basándonos en nuestro estudio retrospectivo de todos los procedimientos durante un periodo comprendido de más de 5 años, no obtuvimos asociación de malignidad anatomopatológica en pacientes asintomáticas, por lo que nos permite cuestionar en términos de costo-eficiencia la necesidad de la extirpación sistemáticas de los pólipos en dichas pacientes. Obviamente debido al bajo índice de riesgo de la técnica en sí, más aún si se trata de personal cualificado, hace que hoy en día persista la tendencia de la extirpación de rutina. Sin embargo existen series que describe complicaciones histeroscópicas, alguna de ellas graves (0,9%)12 que hacen sopesar la necesidad de éstas. Por tanto, y en base a la evidencia actual, se requieren estudios prospectivos que puedan incluir mayor número de pacientes y así llegar al consenso sobre la realización de guías clínicas concisas para la unificación de criterios debido a que la indicación por rutina de polipectomía histeroscópica en mujeres asintomáticas independientemente de su estado hormonal está aún sin aclarar.

Bibliografía

- *1. Pérez-Carbajo E, Martín-Arias A, Kazlauskas S. Patologia tumoral benigna del cuerpo uterino. Mioma uterino y patología endometrial. In: Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercanvins Montosa J, editors. Fundamentos de Ginecología. 1ªth ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 398–400.*
- *2. Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89:992.*
- *3. Martínez, M.A et al. Pólipos endometriales: riesgo de malignización y correlación clínico-anatómica. Prog Obstet Ginecol 2004, 47 (11): 506-10*
- *4. Reslová T, Tosner J, Resl M, et al. Endometrial polyps. A clinical study of 245 cases. Arch Gynecol Obstet 1999; 262:133*
- *5. Ferrazzi E, Zupi E, Leone FP, et al. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2009; 200:235.e1*
- *6. Savelli L, De Iaco P, Santini D, Rosati F, Ghi T, Pignotti E, Bovicelli L (2003) Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. Am J Obstet Gynecol 188:927–931*
- *7. Preutthipan S, Herabutya Y. Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. Fertil Steril 2005; 83:705.*
- *8. Gebauer G, Hafner A, Siebzehnrübl E, Lang N. Role of hysteroscopy in detection and extraction of endometrial polyps: results of a prospective study. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:5*
- *9. Nathani F, Clark TJ. Uterine polypectomy in the management of abnormal uterine bledding: A systematic review. J Minim Invasive Gynecol 2006; 13:260*
- *10. Marques da Rocha de Azevedo et al. Endometrial polyps: when to resect? Arch Gynecol Obstet 2016; 293: 639-643*
- *11. Elizabeth A Stewart, MD, Robert L. Barbieri, MD. Endometrial polyps. Up to Date. 2016.*
- *12. Cravello L, Stolla V, Bretelle F, Roger V, Blanc B (2000) Hysteroscopic resection of endometrial polyps: a study of 195 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 93:131–134*

217/268. DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO HISTEROSCÓPICO EN EL ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO

Autores:
Herruzo Nalda, A.; Rivero de Torrejón, F.

Centro de Trabajo:
.

Resumen:
Introducción

El adenocarcinoma de endometrio es el cáncer más frecuente del tracto genital inferior de la mujer en los países desarrollados (1). El síntoma más frecuente es la metrorragia, y como la época en que con más frecuencia se presenta es la menopausia, la metrorragia suele ser postmenopáusica. El diagnóstico es histológico y se hace habitualmente con una muestra de endometrio. Hasta hace unos pocos años el método de diagnóstico más utilizado ha sido el legrado fraccionado, en la actualidad está prácticamente abandonado porque es un método caro, necesita de estudio preoperatorio e ingreso hospitalario, no es del todo seguro, tiene una tasa de fallos del 6%, y no está exento de complicaciones (2)(3), habiendo sido sustituido por la biopsia de endometrio ciega, que, según algunos, tiene una tasa de fallos similar a la del legrado(3), siendo la cánula de Cornier la más utilizada (4)(5), y por la histeroscopia ambulatoria que permite la biopsia dirigida.

Obejtivos

Los objetivos de este estudio son conocer: 1), la incidencia del adenocarcinoma de endometrio en las mujeres con metrorragias postmenopáusicas o metrorragias premenopáusicas y mujeres con ecografías patológicas asintomticas; 2), la utilidad que tiene el diagnóstico histeroscópico morfológico, es decir la histeroscopia sin biopsia en el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio, este sería el objetivo principal; y 3), comprobar si hay alguna correlación entre el tipo de diagnóstico histeroscópico y el estadio clínico en que se encuentra el cáncer en el momento en que se hace el diagnóstico.

Metodología

Se estudió una población constituida por mujeres que padecían metrorragias, postmenopáusicas o premenopáusicas o que siendo asintomáticas presentaban exploraciones ecográfícas patológicas; fundamentalmente presentaban línea endometrial engrosada, a juicio del médico que efectuó la exploración, y que eran enviadas a nuestra consulta por su ginecólogo correspondiente. Se trata de un estudio observacional y prospectivo, realizado en un solo centro hospitalario.

Las histeroscopias se hicieron entre los años 1996 y 2010, con un histeroscopio Olympus de flujo continuo con vaina de 4,5 o 5,5 mm, con suero fisiológico como medio de distensión y una presión intrauterina de 100 mm de Hg conseguida con una bomba de presión con manguito hinchable. Durante los cinco primeros años del estudio también se utilizó un histeroscopio Storz de 5 mm con gas como medio de distensión, con un histeroflátor Storz.

Las biopsias se practicaron con una cánula de Novak o de Cornier si el proceso era difuso, o dirigida con tijera y pinza de flujo continuo. Cuando los pólipos se resecaron en la consulta se utilizaron tijeras y pinza de flujo continuo y cuando fue en quirófano se hizo con un resector Storz, con glicina 1,5% como medio de distensión y bomba de control de presión intrauterina Storz con una presión inferior a 100 mm Hg.

En los años en que se hicieron las histeroscopias con CO_2 y fue necesaria la biopsia dirigida se usó esta misma tecnología. Las histeroscopias que no se pudieron practicar en consulta se hicieron en quirófano con anestesia general o raquídea, se excluyeron del estudio, teniéndose en cuenta, únicamente, para conocer la incidencia de adenocarcinoma de endometrio. Desde el año 2000 se utilizó anestesia local cuando había una estenosis del canal endocervical o cuando la mujer se quejaba de dolor. La anestesia utilizada fue la intracervical con jeringa y aguja de dentista y articaina aplicada en cuatro puntos.

Los datos generales, personales (edad, menopausia, tensión arterial, peso, talla), los de la histeroscopia, la biopsia y la cirugía, se registraron en una base de datos de Microsoft Acces diseñada para este fin.

El diagnóstico histeroscópico se agrupó para hacer el análisis más sencillo como se describe a continuación:

- Sin patología endometrial maligna (SPEM)

Se recoge bajo este término la cavidad uterina normal, malformada, con sinequias, DIU, restos placentarios… y endometrio atrófico, activo, hipertrófico que no impresiona de patología maligna.

- Pólipo endometrial: formación endometrial sesil o pediculada con características similares al endometrio circundante, consistencia blanda cuando son mucosos y firme y elástica cuando son fibrosos.

- Hiperplasia de endometrio: endometrio engrosado con quistes pequeños y vascularización aumentada.

Estos tres tipos diagnósticos se incluyen en el grupo de "negativos para cáncer", conservándolos aquí para que pueda conocerse mejor en que consisten los falsos negativos.

- Histeroscopia de sospecha: casos en que se observan proliferaciones focales del endometrio que se diferencian del resto; en ocasiones presentan alteraciones vasculares, o pólipos endometriales fibrosos de consistencia blanda, excrecencias en su superficie, epitelización incompleta, coloración blanquecina o alteraciones vasculares.

- Adenocarcinoma: Cuando se constata la proliferación endometrial focal o difusa del endometrio, de consistencia blanda, con zonas de necrosis y alteraciones vasculares que cumplen con los criterios de Sugimoto (6).

Se agrupan, juntas, las biopsias de adenocarcinoma y de hiperplasia con atipias, por el riesgo elevado que tienen de asociarse con adenocarcinoma, para tratar de conseguir los objetivos planteados en nuestro estudio.

Con los adenocarcinomas se establecieron dos grupos:

Tipo I que recoge todos los adenocarcinomas de tipo endometrioide, G1 y G2 y sus variantes. Tipo II: tumores endometriodes G3, indiferenciados, serosos papilares, de células claras y carcinosarcomas.

Cada uno de estos dos grupos se subdividió en otros dos según el estadio de la clasificación de la FIGO de 2009: un grupo lo compusieron los estadios Ia y el otro se formó con el resto de los estadios agrupado.

En el periodo de tiempo del estudio se hicieron 17.602 histeroscopias, pudiendo verse en la tabla 1 el motivo de su práctica. Se excluyeronn aquellas en que no constaba el diagnóstico y las que no se hicieron por metrorragia postmenopáusica, premenopáusica o ecografía patológica. También se excluyeron aquellas en las que no se pudo hacer un diagnóstico por estenosis del canal o por metrorragia que imposibilitaba su realización; únicamente se tuvieron en cuenta para conocer la incidencia de cáncer en cada grupo estudiado. En total se incluyeron 3.306 histeroscopias con metrorragia postmenopáusica, 4.694 con metrorragia premenopáusica y 4.636 con ecografía patológica; 1962 pacientes eran premenopáusicas y 2.665 menopáusicas.

• Tabla 1. Indicaciónes de las histeroscopias

Resultados

Se hallaron 424 casos de adenocarcinomas, entre las metrorragias postmenopáusicas, incidencia de 12,6% si se tienen en cuenta todas las histeroscopias y de 18,3% si se consideran solamente las biopsiadas; 50 adenocarcinomas entre las metrorragias premenopáusicas incidencia de 1,1% ó 1,3% y 62 en la ecografía patológica, incidencia de 1,3% y 1,7% respectivamente.

Además se diagnosticaron 201 casos de hiperplasia con atipias de acuerdo con los criterios referidos (Sugimoto) (7).

• Tabla 2. Diagnóstico histeroscópico por cada grupo de indicación.

En la tabla 2 se puede ver el diagnóstico histeroscópico en cada grupo estudiado.

La histeroscopia morfológica diagnósticó el 78% de los casos de cáncer en las metrorragias postmenopáusicas; el 46% de los de las premenopáusicas y el 50% en el grupo de las ecografias patológicas.

El diagnóstico histeroscópico de sospecha y de falso negativo es de 13,9% y 4,4% en la metrorragia postmenopaúsica, de 22,6% en la metrorragia premenopáusica y de 27,7% y 16,1% respectivamente en la ecografía patológica.

• Tabla 3. Validación de la histeroscopia morfológica para confirmar o descartar una adeocarcinoma de endometrio.

LR: Likelihood ratio (cociente de probabilidad o razón de verosimilitud).

La validez que posee la histeroscopia morfológica diagnóstica para detectar o descartar la existencia de un adenocarcinoma de endometrio se muestra en al tabla 3, cuyos resultados para la sensibilidad y especificidad elevados, los valores predictivos negativos y su interpretación conjunta sustentan la importancia de nuestro estudio y se comentarán en la discusión.

Los falsos negativos por cada grupo diagnóstico pueden verse en la tabla 4. La mayor psrte de ellos se produjo en las metrorragias postmenopáusicas y las ecografias patológicas, con diagnóstico fundamentalmente de pólipos 14/19 casos y 7/10 respectivamente en esos dos grupos, mientras que en el grupo de las metrorragias premenopáusicas, el falso negativo se diagnosticó principalmente de hiperplasia (5/12).

• Tabla 4. Falsos negativos diagnósticos de adenocarcinoma

Cuando el diagnóstico histeroscópico fue un falso negativo el porcentaje de adenocarcinoma fue de 6% en el grupo de las metrorragias postmenopáusicas y, también, en el de las ecografías patológicas y de 20% en los casos de metrorragia premenopáusica. Sin embargo, cuando el diagnóstico histeroscópico fue de adenocarcinoma el porcentaje diagnóstico fue de 86% en la metrorragia postmenopáusica y de 100% en la metrorragia postmenopáusica y en la ecografía patológica.

En cuanto a las hiperplasias con atipias, tabla 5, hubo en total 201 casos y se practicó histerectomía a 146 (72,6%), encontrando 39 adenocarcinomas en ellas (26,1%).

• Tabla 5. Hiperplasia con atipias: número total, número de histerectomías y adenocarcinomas en las diferentes indicaciones

HCA: Hiperplasia con atipias; HT: Histerectomía; ADC. Adenocarcinoma

El tipo tumoral y el estadio se pueden ver en la tabla 6.

• Tabla 6. Adenocarcinomas de tipo I y II según diagnóstico histeroscópico.

En la metrorragia postmenopáusica el porcentaje del adenocarcinoma de tipo I fue de 77% (286/371) y el de tipo II de 22,9% (80/367); en la metrorragia premenopáusica de 83,6% (38/44) y 13,6% (6/44) y en la ecografía patológica de 88.2% (45/51) y 11,7% (6/51) respectivamente.

El diagnóstico de adenocarcinoma supone en los casos de metrorragia postmenopáusica el 79,5% (155/195) y el de sospecha y falso negativo de 20,5% (40/195).

En las metrorragias premenopáusicas el 36,6% (11/30) y 63,3% (19/30) y en la ecografía patológica de 50% (19/47) y 50% (19/38) respectivamente.

Discusión y Conclusiones

El adenocarcinoma de endometrio es el cáncer más frecuente del tracto genital inferior en los países desarrollados y la metrorragia es el síntoma más frecuente coincidentemente con lo que se observa en este estudio.

a. Sobre la realización de la histeroscopia y otras pruebas diagnósticas en el adenocarcinoma de endometrio.-

Entre las pruebas diagnósticas más empleadas, por su rentabilidad diagnóstica se encuentra en primer lugar la biopsia de endometrio a ciegas. Se trata de un método diagnóstico sencillo, rápido y bien tolerado, con una seguridad alta cuando se obtiene suficiente endometrio para estudio histológico y el diagnóstico es de adenocarcinoma5; el inconveniente es que se le pueden escapar algunas lesiones, como es fácil de comprender en casos focales o de localización aberrante, etc, en su realización técnica.

La ecografía vaginal tiene valor para descartar el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio cuando la línea endometrial es menor de 3 (6) a 5 (7) mm en la metrorragia postmenopáusica, pero cuando es superior necesita de algún otro método diagnóstico: biopsia, legrado o histeroscopia (8).

La histeroscopia diagnóstica es el método utilizado por nosotros en este estudio que muestra una parte importante de nuestra casuística, la más reciente. El estudio al ser tan prolongado en el tiempo, y con tantos casos tiene algunos sesgos y dificultades para el análisis pero permite conocer lo que ha sido la histeroscopia a lo largo del tiempo. Sirve para confirmar que los criterios de adenocarcinoma de Sugimoto diagnostican el cáncer en un porcentaje muy alto de casos. Estos casos suelen corresponderse con adenocarcinomas evolucionados.

Pero no todos los adenocarcinomas cumplen con los criterios de Sugimoto (10), de forma que hemos recurrido en algunos casos de gran dificultad diagnóstica, a incluirlos en el estudio como "diagnóstico de sospecha", que poseen menor seguridad diagnóstica pero que obligan a un seguimiento estricto de las pacientes, porque en la mayoría de los casos se corresponden con estadios iniciales de adenocarcinomas de endometrio que expresan todavía escasos signos de malignidad, en lo que radica su dificultad diagnóstica.

El problema más importante se comprende que es el de los falsos negativos de la histeroscopia. En su mayoría se trata de pólipos endometriales. La revisión a posteriori de los videos grabados permite ver características que no se consideraron la primera vez, cuando se estudiaron, tratándose en la a mayoría de estos casos de estadios iniciales de adenocarcinomas también. En otras ocasiones se corresponden con endometrios hipertróficos y polipoideos que en la biopsia pudieron ser diagnosticados como hiperplasias sin atipias y que con el paso del tiempo evolucionarán a cáncer. Por último, cuando se revisan los videos de falsos negativos que al hacer la histeroscopia diagnóstica se consideraron exentos de patología maligna (SPEM), se halla que algunos, incomprensiblemente, fueron considerados erróneamente como SPEM y no como adenocarcinomas. Otros casos de falsos negativos se corresponden con tumoraciones intrauterinas que pueden semejar un mioma, por ejemplo.

b. La histeroscopia diagnóstica morfológica en el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio.

De nuestro estudio se desprende que el diagnóstico morfológico histeroscópico de adenocarcinoma de acuerdo con los criterios de

Sugimoto, es excelente como se prueba por los resultados obtenidos que se muestran en las tablas 2 a 4. Se hace preciso señalar la bondad de esta prueba pues, aunque la histeroscopia es ampliamente realizada en nuestro país, su acreditación viene determinada por la facilidad con que permite tomar muestras histológica que sustentan el diagnóstico.

En ellos se señala que, en las metrorragias postmenopáusicas, solamente con la visualización histeroscópica, se llegó al diagnóstico de certidumbre o de sospecha de malignidad endometrial en el 94,7 % de los casos de adenocarcinoma presentes en las pacientes, con una tasa de falsos negativos del 4,4%, solamente, que se produjeron principalmente en casos incipientes. En las metrorragias premenopáusicas en que la incidencia del adenocarcinoma es menos frecuente y de mayor dificultad du disgnóstico la tasa de falsos negativos ascendió al 22,6% y en los casos de estudio por ecografía patológica al 16, 1%.

El diagnóstico de sospecha, que es difícil de comprende y de explicarr, se hace con una baja frecuencia: 7,8% en la metrorragia postmenopáusica, 1,6% en la metrorragia premenopáusica y 1,9% en la asintomática. Se confirmó el adenocarcinoma en 19,4% en la metrorragia postmenopáusica; 26,9 % en la metrorragia premenopáusica; 19,3% en la asintomátca. La especificidad es menor que cuando se utilizan los criterios de Sugimoto. Además hubo una tasa alta de hiperplasia con y sin atipias.

La biopsia de hiperplasia con atipias es un escollo en el manejo del adenocarcinoma de endometrio obligando a practicar una histerectomía por el riesgo concomitante de adenocarcinoma y el de evolución a cáncer descrito. Sin embargo, la tasa de adenocarcinomas en nuestro estudio es baja cuando el diagnóstico histeroscópico es de pólipo, hiperplasia y SPEM.

c. Validación de la histeroscopia para el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio.-- Para su validación hemos utilizado las pruebas de incertidumbre, cuyos resultados se exponen en la tabla 3.

La Likelihood ratio (razón de verosimilitud o cociente de probabilidad), prueba fundamental, que se configura como el índice que engloba la sensibilidad y especificidad así como a sus complementarios, muestra que los resultados que obtenemos en nuestro estudio en el diagnóstico del adenocarcinoma en el grupo de metrorragias postmenopáusicas consiguen puntuaciones de clase A,

Según investigaciones sobre validación de síntomas, signos y pruebas de algunas enfermedades prevalentes y agudas que se realizan en la universidad Miguel Hernández (11), con estos resultados (CP19,5; CP 0,08), el diagnóstico, del adenocarcinoma en una paciente que lo padezca es 19,5 veces más probable que en una paciente que no lo tenga, con un cociente de probabilidad negativo, lo que sería un falso positivo, de 0,08.

Los resultados en las metrorragias premenopáusicas o ecografías patológicas son inferiores en términos de descartar la existencia de un adenocarcinoma. (LR negativo con valores de CP de 0,25 y 0,18, respectivamente), pero sus valores para el diagnóstico de un adenocarcinoma (CP+ de 50 y 26,4 respectivamente también) son buenos, lo que en conjunto los agruparía dentro de los resultados que expresan utilidad diagnóstica. La causa de la disminución del valor de la prueba en este tipo de pacientes con enfermedades menos prevalentes y generalmente incipientes, estriba en el elevado número de falsos negativos y diagnósticos de sospecha ya que los tumores en estadio temprano son poco expresivos y no dan la imagen con las características de Sugimoto, confundiéndose en su mayoría con pólipos, hiperplasia o endometrios anómalos.

d, Correlaciones diagnósticas .

Sobre los tipos tumorales y los estadios en que se diagnostican, explicaciones en relación con las del apartado anterior,, así como las de los propios datos de la LR podrían considerarse. Algunas discordancias diagnósticas podrían explicarse por las diferencias de poblacion que muestran datos diferentes siendo más frecuentes los estadios tempranos en premenopáusicas y en pacientes con ecografías patológicas y en adenocarcinomas endometrioides. No puede establecerse una correlación pero se evidencaia que los falsos negativos y los diagnósticos de sospecha son mas frecuetes en el grupo de las postmenopáusicas que en los otros dos.

Conclusiones

En nuestra experiencia, que se muestra parcialmente, de los resultados de este estudio, podemos concluir que:

1. Nuestros datos deberían servir e indicar al clínico las probabilidades de hallar un cáncer de endometrio en la atención a sus pacientes oon metrorragias o ecografías patológicas o sospechosas: 12,6%; en las metrorragias postmenopáusicas; 1,1% en el de las metrorragias premenopáusicas y 1,3% cuando la indicación para realizar una histerooscopia es determinada por una ecografía patológica.

2. El estudio morfológico para el diagnóstico del adenocarcinoma de endometrio por histeroscopia es un método magnífico en nuestra experiencia como lo muestran los resultados que se pueden ver en las tablas precedentes, consiguiéndose una validación absoluta (Nivel A de evidencia), para el diagnóstico morfológico histeroscópico en el diagnóstico de los adenocarcinomas en el grupo de mujeres que más frecuentemente los presentan, mujeres postmenopáusicas con metrorragias. El grado de validación fue menor en el caso de pacientes premenopáusicas o con ecografías patológicas (Nivel C).

3. Cuando a la histeroscopia se le añade la biopsia dirigida entonces el valor diagnóstico es prácticamente definitivo con una tasa muy baja de falsos negativos de adenocarcinoma de endometrio y con la ventaja de que es una prueba ambulatoria bien tolerada con una tasa altísima de éxito,

4. Existe una amplia relación entre el estadio y el tipo tumorales (tabla 6). Hay muchos más falsos negativos en los adenocarcinomas de tipo de tipo I (endometrioides) y en estadios IA en los tres grupos del estudio que cuando los casos son de tipo II y los estadios son más avanzados.

Lo concluido habrá de tenerse en consideración a la hora de establecer protocolos de estudio y unidades diagnósticas que precisarán siempre, de consideraciones y estudios y presupuestoe económicos adecuados a las circunstancias del medio en el que se desarrolle la actividad. Por otra parte un inconveniente importante, el único realmente, es que necesita de personal bien entrenado, con amplia experiencia.

Bibliografía

- *(1) Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer Statistics. CA Cancer J Clin 2008; 58:71–96.*
- *(2) Stock RJ, Kanbour A. Prehysterectomy curettage. Obstet Gynecol. 1975; 45(5):537–41.*
- *(3) Epstein E, Ramirez A, Skoog L, Valentin L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. Acta Obstet Gynecol Scand. 200; 180:1131-*
- *(4) Stovall TG, Photopulos GJ, Poston WM, Ling FW, Sandles LG. Pipelle endometrial sampling in patients with known endometrial carcinoma. Obstet Gynecol.1991; 77: 95456.*
- *(5) Clark TJ, Mann CH, Shah N, Khan KS, Song F, Gupta JK Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial cancer: a systematic quantitative review. BJOG. 2002;109: 313-21*
- *(6) Uno LH, Sugimoto O, Carvalho FM, Bagnoli VR, Fonseca AM, Pinotti JA. Morphologic hysteroscopic criteria suggestive of endometrial hyperplasia. Int J Gynaecol Obstet. 1995 Apr;49(1):35-40.*

- *(7) Sugimoto O. Hysteroscopic diagnosis of endometrial carcinoma. A report of fifty-three cases examined at the Women's Clinic of Kyoto University Hospital. Am J Obstet Gynecol. 1975; 121: 105-13.*
- *(8) Timmermans A, Opmeer BC, Khan KS, Bachmann LM, Epstein E, Clark TJ, et al. Endometrial thickness measurement for detecting endometrial cancer in women with postmenopausal bleeding: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2010;116: 160-7.*
- *(9) Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein V, Subak L, Scheidle J, Segal M, et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer. JAMA 1998; 280: 1510-7.*
- *(10) Goldstein SR. Modern evaluation of the endometrium. Obstet Gynecol 2010; 116:168– 76.*
- *(11) Millán J, Alvarez -Sala, L On the likekihiod ratio. Med Clin (Barc), 2001; 116.: 396-7.*

217/293. PÓLIPO ENDOMETRIAL Y ADENOCARCINOMA DE ENDOMETRIO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO HISTEROSCÓPICOS.

Autores:

Herruzo Nalda, A.; Rivero de Torrejón, F.

Centro de Trabajo:

.

Resumen:

Introducción

El pólipo endometrial es un hallazgo frecuente cuando se utiliza como método diagnóstico la ecografía y la histeroscopia.

El pólipo endometrial es una proliferación benigna del endometrio con crecimiento sésil o pediculado. El riesgo de malignización o de contener un adenocarcinoma es bajo.

El adenocarcinoma de endometrio es una proliferación maligna del endometrio, en su fase inicial algunos casos pueden dar imagen de pólipo endometrial, y puede ser difícil o incluso imposible de distinguir del pólipo benigno por ecografía e histeroscopia.

Durante largo tiempo se ha aceptado, casi por unanimidad, que todos los pólipos endometriales debían ser resecados, hoy esta actitud va cambiando. Los motivos que justifican la resección son varios. El principal ha sido evitar el riesgo de degeneración maligna ya que un porcentaje importante de los pólipos resecados se asocian con hiperplasia de endometrio, que se ha considerado que es la lesión precursora del adenocarcinoma de endometrio de tipo endometrioide.

La hiperplasia de endometrio en el pólipo endometrial es muy discutida. Otro motivo, es que se ha visto como causa de hemorragia genital, aunque no todos los pólipos causan metrorragia. Además, muchos pólipos endometriales tienen un tamaño que permite su extracción en la misma consulta y se puede hacer en el momento de la histeroscopia diagnóstica, ver y tratar; y como los de gran tamaño son los que más riesgo tienen de contener cáncer también se resecan, al final todos son resecados.

Hay autores que ha señalado que el riesgo de cáncer en mujeres con pólipo sin metrorragia es muy bajo o inexistente. La ecografía transvaginal se ha usado y se sigue usando como diagnóstico precoz del cáncer de endometrio, o como orientación, aunque no hay ninguna base científica que lo haya demostrado, es capaz de medir con precisión el grosor endometrial, y porque en el cáncer de endometrio está engrosada, pero también en el pólipo endometrial, y es la patología más frecuente, y como todos los pólipos deben ser resecados estos también.

Desde el punto de vista de la histeroscopia algunos autores cifran el riesgo de adenocarcinoma en 0.3% de los pólipos endometriales mientras que otros refieren cifras de hasta el 4,8% y estos últimos consideran que todos deben ser resecados.

Obejtivos

El objetivo principal que se estableció al plantearse este estudio era conocer la prevalencia existente de adenocarcinomas cuando el diagnóstico histeroscópico es de pólipo endometrial y de "pólipo de sospecha" y el estadio del adenocarcinoma en que se encuentran en la cirugía de estadiaje. y como consecuencia cuál debe ser el tratamiento de los pólipos endometriales a la luz de los resultados hallados

Metodología

Hemos revisado las histeroscopias que se practicaron en nuestra consulta entre el 1 de enero del año 2.000 y el 31 de marzo

de 2.012. Los motivos de consulta fueron la metrorragia postmenopáusica, metrorragia premenopáusica y la ecografía patológica (LE mayor de 5 mm) en paciente sin metrorragia, y el resto son las demás indicaciones agrupadas. Dentro de esta población hemos identificado todos los casos de malignidad y los que tuvieron cáncer tras biopsia de hiperplasia con atipia.

El estudio fue observacional y prospectivo.

Los datos personales: edad, menopausia, hipertensión diabetes…, los de la histeroscopia, biopsia y de la pieza de histerectomía se registraron en un archivo digital diseñado en Access.

Todas las histeroscopias en consulta se han practicado con un histeroscopio Olympus de flujo continuo, con suero fisiológico como medio de distensión, con una presión de 100 mm Hg. La biopsia se obtuvo con cánula de Novak o Cornier en unos casos y en el resto con tijera y pinza de flujo continuo. La resección de los pólipos en consulta se resecaron con tijera de flujo continuo y se extrajeron con la pinza, en quirófano se hicieron con un resector Storz de 9,5 mm, glicina como medio de distensión con bomba de irrigación Storz con una presión de 100 mm Hg. El material obteni

Todas las histeroscopias en la consulta se practicaron con un histeroscopio Olympus de flujo continuo, con suero fisiológico como medio de distensión, con una presión de 100 mm Hg. La biopsia se obtuvo con cánula de Novak o Cornier en unos casos y en el resto con tijera y pinza de flujo continuo. Se resecaron los pólipos en consulta con tijera de flujo continuo y se extrajeron con la pinza y en quirófano con un resector Storz de 9,5 mm, con glicina como medio de distensión con bomba de irrigación Storz con una presión de 100 mm Hg. El material obtenido se envió al servicio de anatomía patológica en un bote de plástico con formol.

El estadio de la enfermedad se ha establecido de acuerdo con el sistema FIGO de 2009 de cáncer de endometrio.

Se han hecho dos grupos para poder comparar entre ellos para conocer la severidad de la enfermedad:

Uno, de bajo riesgo, que comprende los casos de hiperplasia y de adenocarcinoma bien y moderadamente diferenciado (G1 y G2) estadio IA; y

otro de alto riesgo que comprende los endometriodes IA G3 y los IC y superiores, y los de tipo 2 (serosos, células claras, carcinosarcomas…).

En cuanto a los diagnósticos de pólipo se considera que cuando se daignóstica un

Pólipo (PE): se corresponde con una tumoración sesil o pedicula-da, con características similares a las del endometrio circundante. Pueden ser mucosos, en general suelen ser blandos, y fibrosos, la consistencia es firme y elástica.

Pólipo con sospecha: son pólipos con uno o más de los siguientes criterios morfológicos: pólipos de aspecto fibroso que a la palpación son blandos; de color blancos; con alteraciones vasculares, zonas de necrosis, incompletamente epitelizados o con excrecencias en la superficie.

Resultados

Entre el 1 de enero del año 2000 y el 31 de marzo del 2013 se hizo diagnóstico histeroscópico de pólipo en 5058 histeroscopias, de las 14067 (35.9%) histeroscopias practicadas en este periodo de tiempo. Excluimos del estudio 385 pólipos porque no se hizo biopsia, 67 porque la biopsia fue insuficiente y 90 porque la biopsia fue de mioma. En total se incluyeron 4.518 histeroscopias. En este mismo periodo se hizo diagnóstico de pólipo sospechoso en 149 casos.

En los pólipos endometriales el motivo de consulta fue en 1032 (22.8%) metrorragia postmenopáusica, en 1.092 (24,1%) metrorragia premenopáusica, y en 1954 (43,2%) una ecografía patológica en mujer sin metrorragia, y en 528 (11,6%) el motivo fue otro.

Tabla 1. Indicación de las histeroscopias.

En los pólipos endometriales se hizo diagnóstico histológico de adenocarcinoma en 26 casos, 0,57% (26/4518). En 20 la biopsia fue de adenocarcinoma, en 5 de hiperplasia con atipias y en 1 de hiperplasia con atipias/adenocarcinoma, tabla 2.. En los pólipos sospechosos el número de adenocarcinomas fue de 19 (12,7%), en 14 la biopsia fue de adenocarcinoma y en 5 de hiperplasia con atipias.

Tabla 2. Pólipo endometrial, biopsia de endometrio.

La edad media en los adenocarcinomas entre los pólipos endometriales fue de 64,3 años, rango entre 31 y 91 años, y desviación estándar de 13,2. Entre los pólipos de sospecha la edad media fue de 64,9, con un rango entre 50 y 89 años y una desviación estándar de 11,9.

En los pólipos endometriales, tabla 3, en la biopsia hubo 89 hiperplasias con atipias:, se hizo histerectomía en 62 y se encontraron 5 adenocarcinomas, 8% (5/62), todos fueron endometrioides, estadio IA, sin infiltración del miometrio . Además hubo 3 biopsias de hiperplasias con atipias/adenocarcinomas, se hizo histerectomía en todas encontrando 1 adenocarcinoma endometrioide, G2, estadio IA, con infiltración de miometrio. Y 20 adenocarcinomas. No se hizo cirugía en tres, en dos por estadio tumoral avanzado. En las operadas no se encontró patología en 2, casualmente las dos tuvieron biopsia de seroso papilar, y a las dos se había practicado cirugía completa de estadiaje. En 11 fueron endometrioides, todos estadio IA, en 5 no hubo infiltración miometrial ; en las cuatro restantes hubo enfermedad fuera del útero.

Tabla 3. Pólipo endometrial, adenocarcinomas de endometrio, AP HT

La incidencia de adenocarcinoma en el pólipo endometrial fue en la metrorragia postmenopáusica de 1,2% (12/1032); en la metrorragia premenopáusica de 0,3% (3/1092); y en la ecografía patológica 0,3% (6/1954); en las 5 restantes la indicación fue del grupo otros: tres estaban siendo controladas con histeroscopia por biopsia de hiperplasia compleja con atipias, tras la resección de un pólipo, una había acudido con biopsia de adenocarcinoma, y la restante, que era asintomática, aportaba un TAC con tumoración intrauterina,.

Tabla 4. Pólipo de sospecha, adenocarcinomas de endometrio, AP HT

Entre los pólipos sospechoso hubo 149 casos, tabla4, encontrando 19, adenocarcinomas, 12,7% (19/149). En 14 la biopsia fue de adenocarcinoma y en 5 de hiperplasia con atipias. Se hizo cirugía en 18, y no se encontró cáncer en 4, en una no se encontró patología, en una hubo HSA y en 2 HCA; en 11 hubo adenocarcinoma endometrioide: nueve bien diferenciado (G1) y 2 moderadamente (G2), todos estadio IA, cuatro con afectación miometrial; en el resto, 3, todos fueron serosos papilares: uno estadio IA y en los otros dos hubo afectación extrauterina.

Discusión y Conclusiones

El pólipo endometrial es muy frecuente1, la incidencia general en este estudio es de 35,9%. En las asintomáticas con ecografía patológica la incidencia, en este estudio, es de 43,4%, casi tanto como cuando se suma la incidencia en mujeres con metrorragia pre y postmenopáusica, que es de 46%.

La edad media de las mujeres con cáncer en este estudio es de 64 años como en el estudio de Gambaduro y cols1 No analizamos los demás factores de riesgo que han sido suficientemente estudiados por otros autores.

El riesgo de hiperplasia en el pólipo endometrial es alto, en este estudio 12% hiperplasia sin atipias y 2% con atipias, La reproducti-

bilidad del diagnóstico histológico de la hiperplasia de endometrio es baja en general, cuando el estudio se hace con biopsia de endometrio, y especialmente ocurre en el pólipo endometrial8.

El incluir la hiperplasia con atipias en el estudio está plenamente justificado después del artículo de Trimble y cols9 en el que dan cifras de adenocarcinoma de 42,6% y recomiendan la histerectomía como tratamiento en todas las mujeres con el deseo genésico cumplido. Bajo nuestro punto de vista parece una exageración ya que en este estudio el porcentaje de adenocarcinomas es de 8% en los pólipos endometriales con biopsia de HCA, y no se encontró patología en más de la mitad; sin embargo en el pólipo sospechoso la incidencia de cáncer es de 27,7%. Dada la baja incidencia de adenocarcinoma en los pólipos endometriales quizás se podría controlar con histeroscopia y biopsia a las mujeres que no tienen signos de alarma en el pólipo ni en el endometrio, ya que la histeroscopia con biopsia es una prueba diagnóstica muy segura y bien tolerada10.

El riesgo de pólipo maligno se ha considerado que está entre el 0,8%3 y el 3%4. En nuestro estudio el riesgo general de adenocarcinoma es de 0,57%, en caso de metrorragia postmenopáisica es de 1,2%, en mujeres con metrorragia premenopáusica de 0,3% y en la asintomática con ecografía patológica de 0,3%. Estamos de acuerdo con Torrejón y cols cuando afirman que la práctica de histeroscopia en todas las mujeres con diagnóstico de pólipo no se sostiene con la incidencia reportada en su estudio1, 1,5% y en el nuestro.. el metanalisis de Rijk 13 aparecido en estos dáis pone de manifiesto que el riesgo de adenocarcinoma en caso de pólipos con hiperplasia atípica es de 5,17%..

El tratamiento ideal de los pólipos endometriales es la resección histeroscópica. La resección de todos los pólipos endometriales, ha sido una práctica generalizada en muchos centros y continua siéndolo en algunos, la AAGL7 no recomienda la polipectomía sistemática. Con los datos de incidencia de este estudio queda en entredicho la polipectomía sistemática, a pesar de que sea una intervención fácil y de bajo riesgo6. Sí estaría indicada en los pólipos sospechosos porque la incidencia de adenocarcinoma es de 12,7%, aunque nunca se puede asegurar que no se pierda algún adenocarcinoma, de hecho en este periodo de estudio 3 adenocarcinomas fueron diagnosticados como pólipo endometrial por el autor de este estudio.

Poco se ha publicado sobre las características histeroscópicas que pueden diferenciar a un pólipo benigno de otro maligno11. Pero puede haber una serie de detalles que pueden diferenciar un pólipo endometrial de un pólipo con adenocarcinoma: La consistencia del pólipo con adenocarcinoma suele ser blanda, la palpación del pólipo es importante, se puede hacer con la tijera o la pinza de flujo continúo. La irregularidad en la superficie del pólipo es un criterio de sospecha así como la epitelización imcompleta de su superficie, siempre hay que ver toda la superficie del pólipo buscando las excrecencias e irregularidades y estas zonas deben de ser biopsiadas. Cuando los pólipos son muy grandes, es difícil de verlos en su totalidad, estos pólipos deben ser siempre resecados. Son criterios de sospecha el color más blanco del pólipo, y la vascularización anómala aunque algunos pólipos pueden tener una vascularización aumentada siendo difícil de distinguirla salvo que sea muy anómala. Hay pólipos que se asocian con alguna proliferación del endometrio focal y discreta, en estos casos el adenocarcinoma está en el endometrio y no en el pólipo. Algunos pólipos no presentan ninguna característica diferencial, en general suelen ser pólipos no atróficos. Para Ferrazzii y cols12 el tamaño del pólipo es un factor de riesgo para adenocarcinoma pero no siempre el adenocarcinoma está en los pólipos grandes.

Los adenocarcinomas fueron de tipo endometrioide en 74% (17/23) en los pólipos endometriales, y de 83,3% (15/18) en los pólipos sospechosos. Cuando fueron de tipo I, endometriodes, el estadio fue IA, mientras que cuando fueron de tipo 2 en la mayoría hubo extensión extrauterina. (Tabla 3 y 4). Tampoco parece haber diferencia en cuanto a estadio entre pólipos endometriales y pólipos sospechosos, lo que si hay diferencia es en el estadio entre los de tipo I y II como ya se ha referido en la bibliografía.

Conclusiones

a. Los pólipos endometriales son una proliferación benigna del endometrio con bajo riesgo de malignizar; excepcionalmente pueden contener un adenocarcinoma oculto. Sin embargo, el adenocarcinoma es una proliferación maligna en el endometrio que en sus formas iniciales pueden tener por histeroscopia las características de un pólipo de endometrio, pudiendo ser causa de confusión, pero aunque la distinción no siempre es fácil, la mayoría de las veces se pueden diferenciar del pólipo .*

b. los resultados de este estudio ponen en entredicho la polipectomía sistemática propugnada antes, y todavía por algunos, que a pesar de su facilidad práctica debería reservarse a los pólipos "sospechosos" o a los que sean muy grandes.

Bibliografía

- *1. Gambadauro P, Martínez MA, Schneider J. Torrejón R. Malignant and premalignant changes in the endometrium of women with an ultrasound diagnosis of endometrial polyp. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2014; 1-5.*
- *2. Alcazar JL.: Hallazgos histeroscópicos en mujeres asintomáticas con ecografía sugestiva de patología endometrial. Prog Obstet Ginecol. 2011; 54: 476-7*
- *.*
- *3. Savelli L, De Iaco P , Santini D , Rosati F , Ghi T , Pignotti E et al . Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps . AJOG . 2003;188: 927-31.*
- *4. Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM . Potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis . Obstet GynecoL 2010 116: 1197-205.*
- *5. Peri T , Rahimi K , Ramanakumar AV , Wou K , Pilavdzic D , Franco EL et al .2010 . Are endometrial polyps true cancer precursors? American Journal of Obstet GynecoL; 203:232. e1-6.*
- *6. Papalampros P , Gambadauro P , Papadopoulos N , Polyzos D , Chapman L , Magos A. Th e mini-resectoscope: a new instrument for office hysteroscopic surgery . Acta Obstet GynecoLScand. 2009; 88: 227-30.*
- *7. AAGL (American Association of Gynecologic Laparoscopists). AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of endometrial polyps. J Min Inv Gynecol; 2012;19: 3–10.*
- *8. Silverberg S. Problems in the Differential Diagnosis of Endometrial Hyperplasia and Carcinoma. Mod P 2000;13: 309–27..*
- *°9- Trimble CL, Kauderer J , Zaino R , Silverberg S, Lim PC, Burke JJ 2nd et al . 2006 . Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study . Cancer 106: 812–9.*
- *10. Marcone E, Zupi E, Valli E, Di Felice M, Solima E, Romanini C. Hysteroscopic appearance of benign and malignant endometrial polyps. What are the differences? J Am Assoc Gynecol Laparosc 1994(Aug. 1);4, part 2:S21*
- *11- Manchanda R, Menon U, Michaelson-Cohen R, Beller U, Jacobs I. Hereditary non-polyposis colorectal cer or Lynch syndrome: the gynaecological perspective. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009 Feb;21(1):31-8.*
- *12- Ferrazzi E , Zupi E , Leone FP , Savelli L , Omodei U , Moscarini M et al . 2009 How oft en are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. AJOG 200:235. e1– e6.*
- *13. de Rijk SR1, Steenbergen ME, Nieboer TE, Coppus SF. Atypical Endometrial Polyps and Concurrent Endometrial Cancer: A Systematic Review. Obstet Gynecol. 2016 Sep;128(3):519-25. doi: 10.1097*

Organiza

S.A.G.O.

SOCIEDAD ANDALUZA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Secretaría Técnica

Fase20 congresos

Camino de Ronda, 42. 18004. Granada.
Tfno.: 958 20 35 11 | Fax: 958 20 35 50
www.fase20.com info@fase20.com