

Editorial

¿ES SEGURO EL ABORTO DE CAUSA MÉDICA EN CHILE?

En dos editoriales de 2008 y en una de 2009, esta revista ha dado el espacio para analizar el sensible tema del aborto (1,2,3). Esto ha ocurrido por la participación de nuestra Sociedad en un proyecto de carácter mundial de la FIGO que estudia los factores asociados a aborto inseguro e implementar medidas de salud pública para prevenirlo.

La definición de aborto dada por la OMS que tendremos como referencia para el contexto de este artículo es: La interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados. Esta definición no hace mención si el feto está vivo o muerto. Desde un punto de vista jurídico la consideración de aborto, incluye la muerte fetal como consecuencia de los procedimientos. Estos procedimientos son aceptados en aquellas legislaciones que tienen la despenalización del aborto. No ocurre así cuando el aborto está penalizado, en la cual los procedimientos de aborto voluntario o la interrupción de la vida embrionaria o fetal están prohibidos y su ejecución constituyen un delito penado por la sociedad, a través de la ley y de los procedimientos del código de Derecho Penal. En casi todos los países del mundo el aborto está despenalizado en ciertas circunstancias, para compatibilizar el principio del respeto a la vida con situaciones extremas que atentan a la salud.

Así se ha definido como aborto de causa médica o por razones de salud a la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados, con el objeto de prevenir la muerte de la mujer o de tratar una enfermedad que afecta tanto al feto como a la madre y que hace inviable la vida embrionaria o fetal.

En general esta herramienta se aplica casi universalmente, pues es una indicación gineco-obstétrica que se describe en los textos de medicina de la especialidad. Se le ha denominado incorrectamente como aborto terapéutico, pues conceptualmente, el objetivo no es alcanzar la sanación, sino que prevenir situaciones muy graves en las cuales la no intervención atenta contra la vida de una persona, sin alcanzar el beneficio de la protección de

otra vida en proceso de desarrollo, aun incipiente o inicial.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN CHILE DEL ABORTO DE CAUSA MÉDICA

En Chile hasta 1989, el Código Sanitario en su artículo 119 decía: "Se podrá interrumpir el embarazo por causas de salud de la mujer, para lo cual basta la firma de dos médicos cirujanos". Este procedimiento se aplicaba dos a tres veces por año según los registros de egresos del Servicio Nacional de Salud (4) y por cierto que no se consideraban los procedimientos de rutina que se practican para interrumpir un embarazo ectópico complicado o no complicado, la interrupción de un embarazo molar completo o incompleto o la interrupción de huevo roto con sepsis materna, así como muchas otras serias y graves situaciones y algunas de muy baja frecuencia, que eran objeto de discusiones de indicación médica en los respectivos Servicios de Obstetricia y Ginecología. Estos diagnósticos de egreso quedaban registrados en las respectivas patologías ginecológicas, obstétricas o fetales de acuerdo con la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de OMS (5). Como por ejemplos están: (630) Mola hidatiforme, (631) Otras anomalías del producto de la concepción, (632) Aborto retenido (633), Embarazo ectópico. El rubro aborto resultante de la aplicación del artículo 119 del código de Derecho Penal se clasificaba en el rubro (635) Aborto inducido legalmente, que era de una frecuencia muy baja como se explicó anteriormente.

La Décima Revisión de 1992 (6), mantiene el rubro (O00-O08) Embarazo que termina en aborto. Pero ya no incluye los términos Aborto legalmente inducido (635) o Aborto ilegalmente inducido (636) y son reemplazados por el rubro Aborto médico (O04).

En septiembre de 1989, la Junta Militar, eliminó el artículo 119 por el que dice: "No podrá ejecutarse ninguna acción cuya finalidad sea provocar el aborto". Ley 18.826 que derogó el artículo 119 del

Código Sanitario.

Esta determinación tan amplia y drástica no consideró la interrupción del embarazo por causas médicas y dejó en una situación de incompatibilidad el sentido común de la medicina con la legislación vigente. La Constitución Chilena en su artículo 19, número 1 dice: La Constitución asegura a todas las personas:

El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La ley protege la vida del que está por nacer.

Una de las interpretaciones predominantes que ha tenido el Tribunal Constitucional de Chile, es la extensión del que está por nacer, desde la fecundación del óvulo y que refleja muy bien la interpretación dominante desde que se derogó el artículo 119 ya comentado (7).

Como consecuencia de esta ambigüedad, las interpretaciones del artículo 119, han provocado una confusión en su aplicación. Haciéndola extensiva a las clásicas indicaciones de interrupción del embarazo y consideradas en todos los textos de Medicina y en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se ilustra este punto con lo ocurrido en Chile con la interrupción de un embarazo molar incompleto en el Hospital Salvador, hace algunos años, que alcanzó connotación pública, donde las interpretaciones variaron de lo constitucional hasta lo teológico. O de criterios clínicos de interrupción de un embarazo ectópico tubario, hasta que este no estuviese complicado, con la certeza de la muerte del embrión.

Esta materia cae en los objetivos del proyecto FIGO que da a la oportunidad a los países para revisar las normas relacionadas con el aborto inseguro en su propio contexto. Por cierto que Chile no muestra una mortalidad materna asociada a las complicaciones del aborto clandestino como se ha demostrado en editoriales anteriores. Sabemos que Chile es uno de los pocos países en los cuales se ha demostrado en un estudio cuasi-experimental que la aplicación de la Planificación Familiar basado en los factores de riesgo predictivo, impacta en la disminución de los abortos, sin afectar la natalidad de esas poblaciones (8).

Hay necesidad de analizar en nuestra especialidad las causas de interrupción del embarazo de causa médica. Es indispensable que esta materia no quede sólo a la libre interpretación individual o institucional. Es por ello que los argumentos de las bajas tasas de mortalidad materna y perinatal no justifican revisar el tema médico-legal, son limitados en sí mismo. La calidad y la seriedad del desarrollo de la medicina chilena busca calidad y excelencia. No se puede alcanzar el desarrollo con el silencio de lo que se puede mejorar. Esta es la tarea y el ob-

jetivo del Proyecto FIGO. Es una oportunidad que radica sólo en los países. No hay tareas impuestas, ni hipótesis basadas en otras realidades.

Tampoco es oportuno argumentar que la revisión de las leyes en esta materia abre las posibilidades de la discusión de la despenalización del aborto en Chile. Si el argumento es mantener el silencio obligado, frente a situaciones delicadas que afectan a nuestra sociedad, se comenten errores y faltas a la ética por defecto. Debemos enfrentar nuestros problemas y no esconderlos con argumentación pseudocientífica.

Sólo existen cinco países en el mundo en los cuales el aborto es ilegal por cualquier causa y circunstancia: Chile, El Salvador, Guatemala, Malta y Nicaragua. Esto ya nos habla de la excepción.

Una somera revisión de nuestra especialidad muestra que las siguientes situaciones son circunstancias que debemos resolver al amparo de la compatibilidad del ejercicio ético de la medicina y la legislación vigente. Las describo en este editorial para que se discuta y abra el foro de un tema en silencio.

A) *Situaciones en los límites de la viabilidad fetal.* Desde un punto de vista legal la extracción de un feto vivo inmaduro no es un aborto si el feto, puede ser cuidado en una Unidad de Tratamiento Intensivo, que le ofrecerá mejores condiciones que al interior del útero. Estos casos son muy específicos y se manejan en cualquier servicio de Obstetricia y Ginecología del país y lo que entra en discusión es el momento de la interrupción y la disponibilidad de plaza en una UTI para la atención del recién nacido.

Casos como estos se presentan en:

- Enfermedad metabólica materna gravemente descompensada y sin respuesta al tratamiento, con retardo severo del crecimiento fetal.
- Síndrome hipertensivo del embarazo, severo sin respuesta al tratamiento.
- Insuficiencia renal grave con descompensación materna y fetal.
- Trombocitopenia trombótica materna (90% de letalidad materna).
- Monorena trasplantada con rechazo autoinmune del riñón único.
- Herpes gestacional agudo y grave.
- Cáncer cérvico uterino en estadio II o más, para acelerar el tratamiento oncológico específico. El embarazo empeora el pronóstico del cáncer de cuello en la experiencia del Instituto Nacional del Cáncer de Chile (9).
- Otras patologías de muy baja frecuencia.

B) *En la no viabilidad fetal ni materna.* Hay situaciones en las cuales el embrión es francamente patológico y no tiene ninguna posibilidad de sobrevivida.

En algunos casos, además está en riesgo la vida de la madre y la no intervención significa la pérdida tanto de la madre como del embrión o feto. En general estas situaciones se dan para embarazos por debajo de las 20 a 22 semanas y la mayoría de las patologías ocurren antes de las 10 semanas de embarazo, lo cual no da ninguna alternativa de tiempo para el crecimiento del embrión o del feto y potencial viabilidad extrauterina en una Unidad de Tratamiento Intensivo Perinatal.

Casos como estos son:

- Embarazo ectópico tubario complicado con rotura de la trompa y hemorragia aguda.
- Embarazo ectópico cornual con riesgo de rotura uterina.
- Embarazo ectópico ovárico con inminente riesgo de rotura o ya roto.
- Mola hidatiforme.
- Sepsis materna por rotura del huevo y choque materno.
- Monorena transplantada con rechazo de riñón único.
- Insuficiencia hepática severa y progresiva con ictericia en ascenso.
- Cáncer de ovario avanzado con indicación de tratamiento radiante.
- Insuficiencia renal crónica en descompensación por el embarazo.
- Otras patologías crónicas de muy baja prevalencia.

C) *En la no viabilidad fetal por causas genéticas y fallas en el desarrollo embriológico.* Son situaciones extremas en las cuales el diagnóstico se hace después de las 16 a 20 semanas y el feto, aunque continúe su desarrollo, no tiene ninguna alternativa de sobrevivencia al poco tiempo de nacer. La mujer debe ser informada de la situación tanto por razones legales como éticas.

Casos como estos son:

- Anencefalia.
- Encefalocele.
- Monstruosidades: cíclopes y monstruosidades dobles.
- Agenesia del cuerpo calloso.
- Agenesia del cerebelo.
- Gemelos acárdicos.

La ley actualmente vigente no se aplica, pues muchas de las indicaciones de interrupción del embarazo de causa médica, se practican en forma rutinaria, tanto en el sector público como privado, más aun en las situaciones de emergencia donde se pone en riesgo la vida de la madre y donde el embrión o feto no tiene ninguna posibilidad de sobrevivencia.

Hoy la medicina en Chile, ya no discute el tema si se debe optar por la vida de la madre o la del feto.

Cuando el caso es de discusión netamente médica, y el feto tiene 25 semanas o más, se tiene la alternativa de interrumpir el embarazo con el apoyo y los cuidados de una Unidad de Tratamiento Intensivo Perinatal.

Cuando el embrión o feto no es viable y el caso clínico indica que la No interrupción significa una muerte de ambos, pues el embrión o feto no tiene alternativas de esperar viabilidad para ser tratado en una UTI neonatal, la decisión en la mayoría de los casos es la interrupción, dado que la ley es inoperante para proteger a la Sociedad. Pero es el profesional el que asume la responsabilidad. Tampoco es un adecuado argumento para no analizar esta situación, el que no existan casos de demandas a colegas en algunas de estas circunstancias. Esto es un argumento que se revierte con la primera demanda que ocurra, si es que ya no ha ocurrido.

Profesor Dr. Ramiro Molina Cartes.
Miembro del Comité de la SOCHOG en el Estudio FIGO.
Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
Presidente de la FIGIJ.

REFERENCIAS

1. Faúndes A. La Iniciativa de FIGO para la prevención del aborto inseguro. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73(4):221-2.
2. Donoso E. ¿Unsafe abortion en Chile? *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73(6):359-61.
3. Castro R. Iniciativa FIGO de Prevención del Aborto Inseguro: Visión desde el Ministerio de Salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74(2):73-6.
4. Molina R. El aborto en Chile. En: Molina R, Orellana M, López J, Muñoz H, Orlandi E, Alarcón J. Elementos de Salud Materna y Perinatal. Colección temas básicos de pediatría. Editor: Meneghello J. Editorial Andrés Bello, 1981.
5. WHO, International Classification of Diseases Ninth Revision, Geneve, 1975.
6. WHO Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, Ginebra, 1992. Hallado en: <http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm>
7. Requerimiento de inconstitucionalidad deducido en contra de algunas disposiciones de las "Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad", aprobadas por el Decreto Supremo N° 48, de 2007, del Ministerio de Salud. 18/04/2008. Hallado en: http://www.tribunal-constitucional.cl/index.php/sentencias/busca_basico
8. Molina R, Pereda C, Cumsille F, Martínez Oliva L, Miranda E, Molina T. Prevention of Pregnancy in High-Risk Women: Community Intervention in Chile. In: *Abortion in the Developing World*. Mundigo A, Indriso C. (eds). Editorial WHO. Vistaar Publication. New York, 1999.
9. Castro P, Yazigi, R, Prado S, Garrido J, González M. Cáncer cervicouterino y embarazo: experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(4):274-8.

Trabajos Originales

SIGNIFICADO DE LA HISTERECTOMÍA PARA UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS

María Teresa Urrutia S. ^{1a}, Pía Riquelme G. ^{2a}

¹ Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ² Unidad de Recuperación Central y Pabellón, Hospital Luis Tisné Brousse.

^a Enfermera-Matrona.

RESUMEN

Antecedentes: La histerectomía por patología benigna del útero, es una de las cirugías más frecuente después de la operación cesárea. *Objetivo:* Evaluar el significado que tiene la histerectomía para mujeres chilenas, beneficiarias de un hospital público de la Región Metropolitana de Santiago, Chile. *Método:* Estudio transversal descriptivo, de tipo cualitativo, sobre el significado que 120 mujeres histerectomizadas asigna a esa cirugía. Se describen 3 temas que reflejan el significado de la extracción del útero: pérdida, tristeza-dolor, y mejoría de una enfermedad. *Resultados:* El promedio de edad fue $56 \pm 11,9$ años, y de escolaridad de $7,8 \pm 4,3$ años. El 63% de las mujeres fue histerectomizada por patología ginecológica benigna. El significado que la mujer atribuye a la extracción del útero se encuentra relacionado a una experiencia de pérdida, que si bien conlleva un alivio de la enfermedad, también implica dolor, tristeza y soledad. *Conclusión:* Sensibilizar a los profesionales de la salud, que trabajan con mujeres histerectomizadas, a comprender y respetar el significado que para ellas tiene la histerectomía y propiciar el ambiente adecuado para contenerlas y educarlas pre y pos cirugía.

PALABRAS CLAVES: **Histerectomía, educación, calidad de vida**

SUMMARY

Background: Elective hysterectomy, after caesarian section, is one of the most frequent surgeries. *Objective:* To evaluate the significance that the hysterectomy has for Chilean women from a public hospital of the Metropolitan Region of Santiago, Chile. *Method:* Qualitative and cross-sectional design study of the significance of hysterectomy for 120 women. Three themes were derived from interviews: loss, sadness - sorrow, recovery from illness. *Results:* The mean of age was 56 ± 11.9 years; the educational level was 7.8 ± 4.3 years. A total of 63% of women had planned elective hysterectomy preformed. The significance that the women attribute to the hysterectomy is related to the experience of loss, and although it includes recovery from illness, it also signifies sorrow, sadness, and loneliness. *Conclusion:* The health care providers, who work with these women, need to be respectful and understanding of the significance that the women give to this surgery, and to give them the best setting for supporting and educating them before and after the surgery.

KEYWORDS: **Hysterectomy, education, quality of life**

INTRODUCCIÓN

Cada año un gran número de mujeres en el mundo se ve enfrentada a la extracción del útero (1-5), siendo la histerectomía (HT) una de las cirugías más frecuente después de la cesárea (6,7). La patología benigna del útero es la principal causa de la HT, y en la mayoría de los casos es una cirugía programada (1,3).

El útero ha sido descrito como un símbolo de femineidad, sexualidad, reproducción y maternidad (8-12), por lo que la extracción del útero conlleva una serie de significados para la mujer, dada su particular importancia.

No existen estudios publicados que describan el significado que tiene para las mujeres chilenas la histerectomía, por lo que dada la prevalencia estimada de esta cirugía en nuestro país (13), se ha planteado conocer el significado que otorga a la resección de este órgano un grupo de mujeres chilenas histerectomizadas.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio de diseño transversal descriptivo, de tipo cualitativo. Se invitó a participar a todas las mujeres que ingresaron al servicio de ginecología del Hospital Dr. Sótero del Río, Región Metropolitana Sur Oriente, Santiago, Chile, y que se les hubiese realizado histerectomía por causa ginecológica, en el período comprendido entre noviembre de 2003 y enero de 2004. Solo una de ellas rechazó participar, conformándose una muestra de 120 mujeres, que corresponde al 99% del total del universo. Para la recolección de la información, se realizó una entrevista al tercer día posterior a la cirugía. Esta fue realizada por una interna de Enfermería-Obstetricia, entrenada previamente para dicho propósito. Para fines de la investigación, se presentará el análisis de las respuestas entregadas por las mujeres a una de las preguntas abiertas del cuestionario: ¿Qué significa para usted que le hayan sacado el útero? Se utilizó el análisis de contenido descrito por Krippendorff (14), generando una descripción temática de las respuestas entregadas por las mujeres. Las respuestas fueron registradas de manera textual, de acuerdo a lo señalado por cada una de las mujeres del estudio. La unidad de análisis fue la frase que la mujer entregó. Las ideas comunes fueron agrupadas en subtemas, los cuales dieron la base para el desarrollo de cada tema. Se solicitó firmar voluntariamente consentimiento informado a cada una de las mujeres del estudio.

RESULTADOS

El promedio de edad de las mujeres fue $56 \pm 11,9$ años, y el de años de escolaridad de $7,8 \pm 4,3$ años. El 63% de las mujeres fue histerectomizada por patología ginecológica benigna. En el 80% de los casos la HT fue vía abdominal, y en el 89% la histerectomía fue programada.

El análisis de contenido de las respuestas arrojó 3 temas que reflejan el significado que para ellas tiene la extracción del útero: pérdida, tristeza-dolor y mejoría de una enfermedad.

Pérdida: La pérdida es un concepto que involucra muchos aspectos en la temática descrita por este grupo de mujeres: se pierde la esencia femenina, lo que conlleva a una sensación de quedar vacía o que algo se muere, al perder la posibilidad de ser madre, de menstruar y en ocasiones la pareja.

Algo que les permite distinguir a las mujeres su femineidad, está claramente asociado a la imagen del útero. Los testimonios señalan que la mujer ha perdido algo propio de su ser femenino. Algunas de ellas señalan: "*Perdí lo más mío, lo más de mujer que tenía*", "*No seré más la misma mujer*", "*Es muy triste como mujer, se pierde la esencia*". Dicha pérdida va a su vez asociada a la percepción de quedar incompleta, con ausencia de algo especial, esencial, término que muchas de ellas utilizan como "*quedar vacía*" o "*quedar hueca*", en relación a esto algunos testimonios señalan "*Quede vacía del interior*", "*... me falta algo, me siento vacía*", "*Me quedé así como vacía... como menos mujer*". La pérdida percibida por las mujeres se asocia a la muerte de una parte de ellas: "*Me mataron una parte de mí*", "*Como que algo murió dentro de mí, se siente peor que si le sacan una pierna*", "*Es como que muere alguien dentro de una*".

La imposibilidad de ser madre es uno de los aspectos asociados a la extracción del útero: "*Ya no seré madre nunca...*", "*Es no poder ser madre definitivamente*", "*Nunca tuve hijos, igual hubiese querido, eso me da pena*". A su vez, la extracción del útero conlleva el riesgo de perder a la pareja: "*Me va a dejar... pero si era para mejorar me está bien...*", "*Mi marido ya no me va a querer... (llora)*". La pérdida de las menstruaciones, a diferencia de las otras pérdidas descritas, es la única que puede tener una lectura tanto positiva como negativa; uno de los testimonios de las mujeres deja clara dicha dualidad: "*Lo único bueno es no tener más reglas, pero no sé, igual da pena*".

Tristeza-dolor. Los sentimientos asociados a la extracción del útero más bien apuntan a señalar que

es una experiencia dolorosa y no exenta de pena. La tristeza y el dolor se ven reflejados en los testimonios de las mujeres: *"Me duele como en el corazón, da pena"*, *"No quiero pensar en eso, me da una tristeza enorme"*. Cabe señalar que la tristeza asociada a la extracción del útero se encuentra a su vez relacionada al sentimiento de pérdida que la mujer vive, y a la sensación de soledad que eso conlleva *"Angustia, es una pena, como un duelo"*, *"Da pena, sacan algo del cuerpo"*, *"Pena... es que ahora ya no me verá igual"*, *"Me duele en el alma, pero que se le va a hacer, es para mejorarme"*, *"Es una sensación terrible de soledad"*, *"Una sensación de soledad, de ser diferente a como era antes"*.

Mejoría de la enfermedad. La extracción del útero es relacionada a la tranquilidad de tener un control de la enfermedad, de haber solucionado el problema de salud, y de no sufrir la sintomatología asociada a la patología: *"Tranquilidad... me tenía muy preocupada, es un alivio más que nada"*, *"Es bueno porque si no me moriría de alguna enfermedad"*, *"Me relajo, porque tenía mucho dolor, fue buena la operación"*, *"Tranquila... dejarse de tener dolores"*, *"Esta perfecto, sino me podría venir un cáncer, no quiero morir"*.

DISCUSIÓN

Este estudio forma parte de una serie de investigaciones reportadas previamente con este mismo grupo de mujeres, en relación a la educación que ellas recibieron en torno a la HT y su grado de satisfacción con la educación recibida (15,16). Cabe señalar que el significado que la mujer atribuye a la extracción del útero se encuentra relacionado a una experiencia de pérdida, que si bien conlleva un alivio de la enfermedad, también implica vivir el dolor, la tristeza y la soledad propias de este duelo.

Una limitación de esta investigación es que la entrevista fue realizada previa al alta de la mujer, lo que circunscribe la visión que la mujer tiene a los primeros días pos-operatorios. Se desconoce por lo tanto cual es la percepción que la mujer tiene de la extracción del útero, una vez transcurrido más tiempo de la cirugía. Sin embargo, es de crucial importancia reconocer que aquellos significados descritos en este estudio, son los que acompañan a la mujer mientras se encuentra hospitalizada, por lo que debieran ser considerados por los profesionales de la salud que interactúan con ella durante este período.

Es interesante destacar que gran parte de los significados que las mujeres atribuyen a la extracción del útero, con excepción de la mejoría de síntomas, son de carácter negativo. Es probable que la

percepción negativa de este grupo de mujeres, este influenciada por la cercanía al proceso operatorio. Sin embargo, en estudios previos con población latina, estas señalan mayor cantidad de efectos negativos a la cirugía que otros grupos raciales (9,17), por lo que podría ser atribuido a una característica propia de la cultura hispana.

La pérdida de lo *"más de mujer que tenía"*, como fue descrito en uno de los testimonios de este estudio, coincide con lo reportado por las mujeres de otros países (8,10,18). El significado que tiene el útero para la mujer, refleja la importancia de éste como símbolo y sinónimo de femineidad (8,10,18). Asociado a esto se encuentra la percepción de "quedar hueca", fenómeno que trasciende las diferentes culturas (8,11,19). En un estudio realizado en Turquía, el 25% de las mujeres señala que se siente como un saco vacío (8). Las mujeres señalan preocupación por el espacio que les queda dado que el útero ya no está en sus cuerpos (9,11,19). Este es un importante punto que debe ser considerado por los profesionales de la salud, educarlas respecto de la anatomía y fisiología genital femenina, que son uno de los tópicos básicos a considerar. Se reportó previamente que este mismo grupo de estudio desea ser educada en estos temas (15).

Es interesante señalar que la pérdida que la mujer vive, y por lo tanto los sentimientos que ella refiere en relación a la extracción del útero, están asociados al rol que desarrolla en la sociedad, y por ende a las expectativas que se tienen de ellas en relación a tener hijos, ser madre y ser esposa (8). El rol que la mujer desempeña en la sociedad fue de alguna manera descrito al momento de hablar del temor a perder la pareja y de la posibilidad de ser madre.

Respecto de la pérdida de la pareja, cabe señalar que las mujeres se sienten con temor de no ser admiradas sexualmente, lo que las lleva a pensar en el posible abandono, o que las dejarán de querer (9,11,18-20). Las mujeres perciben que la HT puede afectar su vida sexual y por lo tanto su relación de pareja (8,10,11,18,20). La idea de que después de la HT se vuelven "inservibles" ha sido reportada previamente por otros estudios (9), y por lo tanto la ansiedad asociada a no satisfacer sexualmente a sus parejas es uno de los motivos de temor de las mujeres (8,10). El machismo y la falta de educación en relación al cuerpo humano, han sido consideradas las causas por las cuales estas creencias se mantienen en las parejas (9). Investigaciones previas señalan que las mujeres desean que las parejas sean educadas en relación a la cirugía (12,15,19,20). Respecto del machismo, cabe señalar que es una de las características cul-

turales descritas en poblaciones latinas, y Chile no está exento de ella (21).

La pérdida de la posibilidad de ser madres, es un aspecto descrito por otros autores (8,18,20). Las mujeres señalan que la principal función del útero es la generación de hijos (18), por lo tanto la incapacidad de hacerlo podría ser un motivo de depresión pos operatoria (12). Al parecer, el dolor de perder el útero es aminorado cuando han tenido hijos, y por lo tanto la conformidad proviene del hecho de que ya son madres (8).

La pérdida de las menstruaciones ha sido vista en este grupo de estudio con una perspectiva dual, se considera bueno, sin embargo está también asociada a una pérdida que implica cierto dolor. Publicaciones previas han reportado este significado como positivo para las mujeres (9), señalando que es un alivio, junto con el hecho de no tener riesgo de embarazo, sin embargo, también ha sido reportado que es una necesidad educativa que las mujeres perciben, en este mismo grupo de estudio cerca del 50% desea ser educada en relación al cese de la capacidad fértil (15).

Los sentimientos de pena, dolor, soledad están claramente asociados a la pérdida que significa la extracción del útero, y por lo tanto acompañan los diferentes duelos a los cuales la mujer está sometida posterior a esta cirugía. Las mujeres temen perder a sus familiares y cercanos (11), además de sentir dolor y soledad por las pérdidas anteriormente descritas.

Respecto de la mejoría de la enfermedad como significado atribuido a la extracción del útero, es el único aspecto positivo claramente descrito por las mujeres como consecuencia de ser hysterectomizadas, y que ha sido previamente señalado por otros autores (9,11,20,22). En un estudio realizado por Reis y cols (8), señalan que más de la mitad de las mujeres hysterectomizadas perciben que a pesar de estar tristes, el hecho de estar sanas es lo más importante. La mejoría de la enfermedad implica la ausencia de sintomatología como dolor o sangrado abundante e inesperado (5,11,20), síntomas presentes muchas veces por largos períodos de tiempo previo a la cirugía (12,20,22,23). Tal cual como fue descrito en este estudio, la ausencia de dichos síntomas significa "tranquilidad". Cabe señalar, que el temor de desarrollar cáncer, reportado por una de las mujeres en nuestro estudio, ha sido señalado también por otros autores (18,22).

La extracción del útero no es similar a extraerse otro órgano, y el término "interior" encierra un significado que merece ser analizado. Cuando una mujer es sometida a otra cirugía, como por ejemplo una colecistectomía, no dice que fue operada

del "interior", por lo que fuera de todo comentario anecdótico atribuido a este término, debiera considerarse en su real significado. La mujer expone su "interior" al momento de someterse a la HT, y por lo tanto cuando es operada, parte de ese "interior" está siendo afectado. Cuando la mujer habla del "interior", nos está señalando precisamente aquella parte interna que no se ve, pero que se siente, la pérdida que la mujer vive con dicha cirugía, y los sentimientos de tristeza y soledad que acompañan la extracción del órgano.

Claramente la HT no es la extracción de cualquier órgano, es la extracción de un órgano que la mujer valora por el significado que "ella" le ha dado, y no por el significado que pueda tener para el profesional que la atiende. Respetar a la mujer, acoger el dolor y propiciar el ambiente adecuado para contenerla y educarla, es lo que todo profesional de la salud debiera estar preparado a enfrentar. Si no se está disponible para asumir esta tarea, debiera ser delegada en otro profesional que si lo pueda y quiera hacer. Negar el significado que la mujer le da a esta cirugía no sería justo, ni mucho menos una correcta elección. Toda mujer sometida a una hysterectomía, debe ser acompañada en el "proceso de ser hysterectomizada", y la calidad de dicho proceso, dependerá en gran medida de la intervención que haya realizado el profesional antes y después de la cirugía.

CONCLUSIÓN

Sensibilizar a los profesionales de la salud, que trabajan con mujeres hysterectomizadas, a comprender y respetar el significado que para ellas tiene la hysterectomía y propiciar el ambiente adecuado para contenerlas y educarlas pre y pos cirugía.

AGRADECIMIENTOS. A cada una de las mujeres por la generosidad de compartir su experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brill AI. Hysterectomy in the 21st century: different approaches, different challenges. Clin Obstet Gynecol 2006;49(4):722-35.
2. Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. J Adv Nurs 2003;42(3):297-303.
3. Chou CC, Lee TY, Sun CC, Lin SS, Chen LF. Husbands' experiences before wives' hysterectomy. J Nurs Res 2006;14(2):113-22.
4. Skea Z, Harry V, Bhattacharya S, Entwistle V, Williams B, MacLennan G, et al. Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. BJOG 2004;111(2):133-42.

5. Fleming V. Hysterectomy: a case study of one woman's experience. *J Adv Nurs* 2003;44 (6):575-82.
 6. Brown JS, Sawaya G, Thom DH, Grady D. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet* 2000;356(9229):535-9.
 7. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002;347(17):1318-25.
 8. Reis N, Engin R, Ingec M, Bag B. A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *Int J Gynecol Cancer* 2008;18 (5):921-8.
 9. Groff JY, Mullen PD, Byrd T, Shelton AJ, Lees E, Gode J. Decision making, beliefs, and attitudes toward hysterectomy: a focus group study with medically underserved women in Texas. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9 Suppl 2:S39-50.
 10. Rivera A, Martins M, Bedone A. O significado da retirada do utero para as mukheres:um estudo qualitativo. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51(5):270-4.
 11. Augustus CE. Beliefs and perceptions of African American women who have had hysterectomy. *J Transcult Nurs* 2002;13(4):296-302.
 12. Galavotti C, Richter DL. Talking about hysterectomy: the experiences of women from four cultural groups. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9 Suppl 2: S63-7.
 13. Ahumada A, Aliaga P, Bolivar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2001;12(3):229-34.
 14. Krippendorff K. Content Analysis. An introduction to its methodology. Thousands Oaks: Sage Publications 2004.
 15. Urrutia MT, Riquelme P, Araya A. Educación de mujeres histerectomizadas ¿Qué desean saber? *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(6):410-6.
 16. Urrutia MT, Araya A, Riquelme P. Satisfacción con la educación recibida en un grupo de mujeres histerectomizadas. *Cienc Enferm* 2008;14(1):33-42.
 17. Lewis CE, Groff JY, Herman CJ, McKeown RE, Wilcox LS. Overview of women's decision making regarding elective hysterectomy, oophorectomy, and hormone replacement therapy. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9 Suppl 2:S5-14.
 18. Gallicchio L, Harvey LA, Kjerulff KH. Fear of cancer among women undergoing hysterectomy for benign conditions. *Psychosom Med* 2005;67(3):420-4.
 19. Richter DL, McKeown RE, Corwin SJ, Rheaume C, Fraser J. The role of male partners in women's decision making regarding hysterectomy. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9 Suppl 2:S51-61.
 20. Williams RD, Clark AJ. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9 Suppl 2:S15-25.
 21. Antshel K. Integrating culture as a means of improving treatment adherence in the Latino population. *Psychol Health Med* 2002;7(4):435-49.
 22. Mingo C, Herman CJ, Jasperse M. Women's stories: ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9 Suppl 2:S27-38.
 23. Lindberg CE, Nolan LB. Women's decision making regarding hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30(6):607-16.
-

Trabajos Originales

LOS ESTRESORES PSICOSOCIALES SE ASOCIAN A SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO Y/O SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Maritza Muñoz P.^{1,a}, Patricio Oliva M., PhD^{1,b}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos, Universidad del Bío Bío.

^a Matrona. ^b Nutricionista.

RESUMEN

Objetivo: Identificar factores de apoyo y estrés psicosocial en adolescentes embarazadas y establecer la asociación entre estos factores y la presencia o ausencia de síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) y/o síntoma de parto prematuro (SPP). **Método:** Estudio analítico de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 146 púerperas adolescentes estratificadas en dos grupos, con y sin SHE y/o SPP durante su gestación. Para describir las variables se realizó un análisis exploratorio de datos utilizando medianas. Para comparar estos valores medios se aplicó la prueba de Mann-Whitney y para el análisis inferencial la prueba χ^2 o Coeficiente V de Cramer. Para determinar el riesgo de presentar el SHE y/o SPP se calculó Odds Ratio. **Resultados:** Los estresores psicosociales asociados a la presencia de SHE y/o SPP fueron: problemas económicos (OR: 2,46 [1,20 - 5,80]), presencia de agresión psicológica familiar (OR: 4,65 [1,99 - 11,30]), presencia de algún evento estresante y/o depresión (OR: 2,84 [1,36 - 5,98]), presencia de alguna enfermedad y/o hospitalización de un familiar de la adolescente (OR: 6,07 [1,85 - 25,68]), y presencia de violencia al interior del hogar (OR: 4,65 [1,95 - 11,69]). El apoyo familiar se asocia con ausencia de SHE y/o SPP ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Los estresores psicosociales familiares se asocian a la presencia de SHE y/o SPP, mientras que el apoyo familiar es un factor protector de estas patologías.

PALABRAS CLAVE: *Embarazo adolescente, síndrome hipertensivo del embarazo, síntomas de parto prematuro, estrés psicosocial*

SUMMARY

Objective: To identify support and stress psychosocial factors in pregnant adolescents and to establish association between those factors and the presence or absence of hypertensive syndrome of pregnancy (HSP) and/or symptoms of preterm birth (SPB). **Method:** Case-control study. The sample consisted of 146 puerperal adolescent women stratified in two groups: with and without HSP and/or SPB during gestation. In order to describe the variables, an exploratory analysis of data was carried out using median. To compare these mean values, Mann-Whitney test was applied. For the analysis of the inferential variables χ^2 test or Cramer's V coefficient was applied. To determine the risk of HSP and/or SPB, the Odds Ratio (OR) was calculated. **Results:** Psychosocial stressors associated with the presence of HSP and/or SPB are: economic problems (OR: 2.46 [1.20 - 5.80]), presence of family psychological aggression (OR: 4.65 [1.99 - 11.30]), presence of a stressful event and/or depression (OR: 2.84 [1.36 - 5.98]), presence of disease and/or hospitalization of a relative of the teenager (OR: 6.07 [1.85 - 25.68]), and presence of violence within the home (OR: 4.65 [1.95 - 11.69]). The family support is associated with the absence of HSP and/or SPB ($p < 0.001$).

Conclusions: Family psychosocial stressors are mainly associated with the presence of HSP and/or SPB, meanwhile family support is a protective factor for these pathologies.

KEY WORDS: *Adolescent pregnancy, hypertensive syndrome of pregnancy, symptoms of preterm birth, psychosocial stress*

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente continúa siendo un problema de Salud Pública, a pesar que sus tasas han disminuido desde 1998 a la fecha (1). Los antecedentes disponibles en la bibliografía de los últimos años avalan lo anterior, más aún evidencian una mayor incidencia de patologías del embarazo en adolescentes, encontrándose entre las más frecuentes el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) y el síntoma de parto prematuro (SPP) (2-6).

Existen numerosos estudios acerca de patologías del embarazo, pero una gran cantidad de ellos han sido realizados desde un enfoque biomédico, no considerándose las exigencias adaptativas de carácter psicosocial que surgen durante la gestación (7), las cuales se ven intensificadas en las adolescentes, que no se encuentran preparadas psicosocialmente para un embarazo, el cual frecuentemente es no deseado (8).

La importancia del entorno psicosocial en el proceso salud-enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos (7, 9-15), y los planteamientos hipotéticos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo (7). En relación a la importancia del entorno psicosocial durante la gestación, los estresores psicosociales, como estrés y disfunción familiar, han demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal, y el apoyo social un factor compensatorio de estos efectos negativos. Por otro lado se ha observado que la evaluación de los factores de riesgo obstétricos conjuntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales, incrementan significativamente la probabilidad de identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales (16).

Los antecedentes expuestos y el enfoque de salud familiar vigente en Chile, incentivaron el desarrollo de esta investigación, la cual tuvo por objetivos identificar factores de apoyo y estrés psi-

cosocial en adolescentes embarazadas, así como también establecer la asociación entre estos factores psicosociales y la presencia y/o ausencia de SHE y/o SPP en puérperas adolescentes atendidas en los Hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Herminda Martín de Chillán, durante el año 2007.

RESULTADOS

Características generales: De las 146 adolescentes estudiadas el 69,8% tenía como residencia la ciudad de Concepción y el 30,14% la ciudad de Chillán. La edad promedio observada fue de $17 \pm 1,4$ años, con ingresos económicos inferiores a los \$95.000 (US\$ promedio diciembre 2007= \$499,28). En su mayoría las adolescentes eran solteras (Tabla I), con actividad de estudiante (Tabla II) y escolaridad media incompleta (Tabla III).

El 99,3% de las gestantes adolescentes del estudio tuvieron control prenatal durante su gestación (Tabla IV), siendo importante destacar que el 61,6% (n=45) de los casos presentó SPP, mientras que sólo el 36,9% (n=27) presentó SHE, observándose, además, que solamente una de las adolescentes estudiadas presentó ambas patologías (Tabla V).

Tabla I
DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES
SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado civil	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Soltera	42	57,5	44	60,3	86	58,9
Conviviente	10	13,7	11	15,1	21	14,4
Casada	3	4,1	1	1,4	4	2,7
Pololeando	18	24,6	17	23,3	35	23,9
Total	73	100,0	73	100,0	146	100,0

Cramer's V=0,0877 (NS)

Tabla II
DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES
SEGÚN ACTIVIDAD

Actividad	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estudiante	34	46,6	39	53,4	73	50,1
Ninguna	15	20,6	16	21,9	31	21,2
Dueña de casa	24	32,9	11	15,1	35	23,9
Trabaja	0	-	7	9,6	7	4,8
Total	73	100,0	73	100,0	146	100,0

Cramer's V=0,2891 (NS)

Tabla III
DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES
SEGÚN ESCOLARIDAD

Escolaridad	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin estudios	1	1,4	2	2,7	3	2,1
Básica incompleta	15	20,6	3	4,1	18	12,3
Básica completa	4	5,5	2	2,7	6	4,1
Media incompleta	43	58,9	45	61,6	88	60,3
Media completa	10	13,7	21	28,8	31	21,2
Total	73	100,0	73	100,0	146	100,0

Cramer's V=0,2978 (NS)

Tabla IV
DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES
SEGÚN NÚMERO DE CONTROLES
PRENATALES

Control prenatal	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
No tuvo controles	0	-	1	1,4	1	0,7
≤ 3	0	-	3	4,1	3	2,1
4 a 5	7	9,6	7	9,6	14	9,6
> 5	66	90,4	62	84,9	128	87,6
Total	73	100,0	73	100,0	146	100,0

Tabla V
DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES
SEGÚN PATOLOGÍA DEL EMBARAZO

Patologías	Casos		Controles		Total	
	n	%	n	%	n	%
SPP	42	57,5	0	-	42	28,8
SHE	26	35,6	0	-	26	17,8
Otra patología	0	-	8	10,9	8	5,5
Ninguna patología	0	-	65	98,1	65	44,5
SPP más SHE	1	1,4	0	-	1	0,7
Otra más SPP	3	4,1	0	-	3	2,1
Otra más SHE	1	1,4	0	-	1	0,7
Total	73	100,0	73	100,0	146	100,0

Cramer's V=1,0

Factores de apoyo psicosocial: El grupo control presentó mayor apoyo familiar (91,4%), de la pareja (75,3%) y de la comunidad escolar (58,9%) durante su embarazo, que el grupo de los casos (67,12%, 65,75% y 35,62 respectivamente). Solo se observó lo contrario en el apoyo de los amigos, en donde los casos presentaron un 93,5% y los controles un 84,9%.

Factores de estrés psicosocial: En el grupo de casos los estresores psicosociales de mayor frecuencia fueron la percepción de problemas económicos (56,1%), percepción de insuficiencia de dinero disponible (53,4%), presencia de eventos estresantes y/o depresión (53,4%), presencia de agresión psicológica familiar (45,2%) y presencia de violencia psicológica, física o sexual al interior del hogar (42,4%), valores muy superiores a los encontrados en el grupo de controles (34,2%, 28,7%, 15,1% y 13,7% respectivamente), con la sola excepción de la percepción de insuficiencia de dinero disponible, en que se observó igualdad en ambos grupos (53,4%).

Factores psicosociales asociados: La presencia de estresores psicosociales se asoció significativamente a un mayor riesgo de presentar SHE y/o SPP en el embarazo adolescente. Estos fueron: problemas económicos, agresión psicológica familiar, algún evento estresante y/o depresión, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, y violencia familiar (Tabla VI). El apoyo familiar se asocia significativamente (78%) con la ausencia de SHE y/o SPP ($p < 0,001$), por lo que constituye un factor protector de esas patologías.

Tabla VI
RIESGO DE SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL
EMBARAZO Y/O PARTO PREMATURO SEGÚN
PRESENCIA DE ESTRESORES
PSICOSOCIALES

Estresores psicosociales	OR	IC95%
Problemas económicos	2,46	1,2 – 5,80
Agresión psicológica familiar	4,65	1,99 – 11,30
Algún evento estresante y/o depresión	2,84	1,36 – 5,98
Enfermedad y/o hospitalización de un familiar	6,07	1,85 – 25,68
Violencia al interior del hogar	4,65	1,95 – 11,69

DISCUSIÓN

Nuestro estudio confirma la asociación entre la presencia de estresores psicosociales y el mayor riesgo de presentar síndrome hipertensivo del embarazo y/o parto prematuro, en el embarazo adolescente.

Autores de diversos estudios realizados en embarazadas adolescentes, han reportado que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del SHE, publicando valores de frecuencias entre 22,4% y 29% (3,17), cifras que son levemente superiores a la encontrada en nuestro estudio, en el cual fue posible observar que la frecuencia alcanzó un 19,2% de las adolescentes embarazadas. En cambio en lo que respecta al SPP, Calderón y cols (18), reportaron una incidencia de 5 a 10% del total de nacimientos, porcentaje muy por debajo a la frecuencia de 31,5% encontrada en esta investigación.

Un reciente estudio realizado por Leeners y cols (19), señalaron que el estrés emocional durante el embarazo representaba un efecto significativo en la incidencia de desordenes hipertensivos del embarazo. Otras investigaciones han demostrado, que la exposición a factores estresantes crónicos inducen a alteraciones a nivel de la microcirculación útero-placentaria y función placentaria que desencadenarían patologías como el SHE (20). Al mismo tiempo se ha reportado cada vez mayor evidencia que sustenta la asociación entre un número de factores de riesgo modificables y SPP (21,22). Diversos autores sostienen que las tensiones psicosociales como la violencia durante el embarazo y el estrés, pueden desencadenar un trabajo de parto prematu-

ro, con la participación de algunas sustancias liberadas durante una situación de estrés, tales como las prostaglandinas (16,18, 21,23). Estos hallazgos son concordantes con lo encontrado en el presente estudio, donde fue posible constatar que la agresión psicológica familiar y la presencia de algún evento estresante y/o depresión durante la gestación de la adolescente están asociados significativamente ($p < 0,001$, $p < 0,005$ respectivamente) a la presencia de SPP y/o SHE.

Alvarado y cols (24), observaron que uno de los eventos vitales que con mayor frecuencia se presentó en el embarazo fue la enfermedad de un familiar (16,7%), cifra similar a la encontrada en la presente investigación (15,7%). Asimismo se pudo observar que esta variable estaba asociada como factor de riesgo a SHE y/o SPP en las adolescentes estudiadas.

Por otro lado, al analizar la variable violencia en el hogar, fue posible constatar que existió una asociación significativa con la presencia de SHE y/o SPP ($p < 0,001$), hallazgos que podrían sustentar y/o confirmar que la violencia doméstica, constituye un factor psicosocial subyacente condicionante de respuestas maternas adversas en el embarazo, siendo el SHE y SPP dos de sus expresiones físicas de mayor trascendencia biomédica (20,25).

La disfunción familiar ha demostrado ser un factor de riesgo con respecto a la morbilidad materna y perinatal (16). En una investigación publicada por Wang y cols (15), se señala que el estrés producido a nivel familiar puede acelerar el proceso de enfermedades coronarias en mujeres. Esto podría concordar con lo reportado en los resultados del presente estudio, en el cual se observó que el apoyo familiar durante el embarazo se asoció significativamente a la ausencia de SHE y/o SPP ($p < 0,001$), en donde las adolescentes que no presentaban las patologías y al mismo tiempo señalaron que recibieron apoyo familiar durante el período de gestación correspondieron al 90,4% de la muestra.

CONCLUSIÓN

Los estresores psicosociales familiares como enfermos en la familia, violencia intrafamiliar, agresión psicológica familiar y eventos estresantes, se asocian a la presencia de SHE y/o SPP en gestantes adolescentes, siendo el apoyo familiar, un factor protector de esas patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud (2007), Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso

- Reproductivo, Departamento del Ciclo Vital. Hallado en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>
2. Guerra CL, Vásquez A, Herrera V, de la Cruz F, Almirall AM. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001;27(2):165-71.
 3. Díaz A, Sanhuesa P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(6):481-7.
 4. Gigante DP, Victora CG, Gonçalves H, Lima RC, Barros FC, Rasmussen KM. Risk factors for childbearing during adolescence in a population-based birth cohort in southern Brazil. *Pan Am J Public Health* 2004;16(1):1-10.
 5. Sibai B, Dekker G, Kupfermanc M. Pre-Eclampsia. *Lancet* 2005;365(9461):785-99.
 6. Dissanayake VH, Samarasinghe HD, Morgan L, Jayasekara RW, Seneviratne HR, Broughton F. Morbidity and mortality associated with pre-eclampsia at two tertiary care hospitals in Sri Lanka. *J Obstet Gynaecol* 2007;33(1):56-62.
 7. Salvador-Moysén J, Martínez-López Y, Lechuga-Quiñones A, Ruiz-Astorga R, Terrones-González A. Situación psicosocial de las adolescentes y toxemias del embarazo. *Rev Salud Públ México* 2000;42(2):99-105.
 8. Mirabal G, Martínez MM, Pérez D. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Enferm* 2002;18(3):175-83.
 9. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors in the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99(16):2192-217.
 10. Antoni MH, Lutgendorf S. Psychosocial factors and disease progression in cancer. *Curr Dir Psychol Sci* 2007;16(1):42-46.
 11. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Arch Mal Coeur Vaiss* 2004;97(10):1019-30.
 12. Yusuf S, Hawken S, Ōunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, *et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The Inter Heart Study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937-52.
 13. Dolic M, Bailer J, Staehle HJ, Eickholz P. Psychosocial factors as risk indicators of periodontitis. *J Clin Periodontol* 2005;32(11):1134-40.
 14. Lucini D, Di Fede G, Parati G, Pagani M. Impact of chronic psychosocial stress on autonomic cardiovascular regulation in otherwise healthy subjects. *Hypertension* 2005;46(5):1201-6.
 15. Wang HX, Leineweber C, Kirkeeide R, Svane B, Schenck-Gustafsson K, Theorell T, *et al.* Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Females Coronary Angiography Study. *J Internal Med* 2007;261(3):245-54.
 16. Herrera JA, Ersheng G, Shahabuddin AK, Lixia D, Wei Y, Faisal M, *et al.* Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica* 2006;37(2-1):6-14.
 17. Ciero M, Rodríguez D, Fernández-Llimos F. Hipertensión Arterial: riesgos para la madre y el bebé, *Seguim Farmacoter* 2003;1(3): 91-98.
 18. Calderón J, Vega G, Velásquez J, Morales R, Vega AJ. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Rev Méd IMSS* 2005;43(4):339-42.
 19. Leeners B, Neumaier-Wagner P, Kuse S, Stiller R, Rath W. Emotional stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Hypertens Pregnancy* 2007;26(2):211-26.
 20. Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Méd Chil* 2001;129(12):1413-24.
 21. Heaman MI, Blanchard JF, Gupton AL, Moffat ME, Currie RF. Risk factors for spontaneous preterm birth among aboriginal and non-aboriginal women in Manitoba. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2005;19(3):181-93.
 22. Beth L. Psychosocial pathways to prematurity: changing our thinking toward a lifecourse and community approach. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32(5):650-8.
 23. Mulder EJ, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BR, Buitelaar JK, Visser GH. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Dev* 2002;70(1-2):3-14.
 24. Alvarado R, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Méd Chil* 2002;130(5):561-8.
 25. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolescent Health* 2001;28(1):55-61.

Trabajos Originales

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE QUISTES OVÁRICOS COMPLICADOS O PERSISTENTES DURANTE EL EMBARAZO

José Luis Troncoso J. ¹, Paolo Ricci A. ¹, Jaime Albornoz V. ², Antonio Mackenna I. ²

¹ Unidad de Ginecología, ² Unidad de Medicina Reproductiva, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Las Condes.

RESUMEN

Antecedentes: El incremento en el hallazgo de quistes anexiales durante el embarazo sería el mayor uso de técnicas de reproducción asistida con hiperestimulación ovárica controlada. La complicación más frecuente sigue siendo la torsión anexial. *Objetivo:* Revisar el manejo de quistes anexiales complicados o persistentes, durante el embarazo, con resolución laparoscópica. *Método:* Revisión retrospectiva de 9 pacientes consecutivas, ingresadas al Departamento de Obstetricia y Ginecología Clínica Las Condes. *Resultados:* La edad gestacional de ingreso fue entre 5+5 y 27 semanas. Cinco casos fueron producto de fertilización asistida y cuatro espontáneos. Ocho (85,6%) embarazadas, ingresaron por dolor abdominal agudo. Otro caso ingresó a cirugía electiva por quiste ovárico persistente. Los quistes tenían entre 6 y 13 cm. En 5 se realizó sólo destorsión ovárica, en 1 ooforectomía y en 1 quistectomía. Se realizó punción, destorsión y fijación a ligamento útero ovárico, bilateral, en la otra paciente. Se registró un caso de fiebre en el postoperatorio. El alta hospitalaria fue a las 48 horas en 6 (67%), a las 72 en 2 y a las 96 en 1. El estudio biopsico diferido en 3 pacientes demostró: 1 quiste seroso paratubarario, 1 quiste luteínico parcialmente hemorrágico y 1 infarto anexial. Todos los embarazos evolucionaron normalmente. *Conclusión:* Nuestra experiencia confirma que en el embarazo la laparoscopia es una buena opción al requerir una cirugía por quiste anexial complicado o persistente.

PALABRAS CLAVE: *Torsión anexial, laparoscopia, hiperestimulación ovárica, embarazo*

SUMMARY

Background: Recent reviews show an increase in the finding of adnexal cysts during pregnancy. One reason could be the use of assisted reproductive techniques with controlled ovarian hyperstimulation. *Objective:* To review the experience in managing via laparoscopy complicated or persistent adnexal cysts during pregnancy. *Method:* Retrospective review of 9 consecutive patients, admitted at the Department of Obstetrics and Gynecology, Clinica Las Condes. *Results:* The gestational age was between 5+5 and 27 weeks. Five were the product of assisted fertilization and four spontaneous. Eight (85.6%) pregnant women were admitted by emergency room because of acute abdominal pain and another one went through elective surgery for persistent ovarian cyst. Preoperative diagnosis of the 8 patients admitted by emergency: adnexal cyst complicated with torsion in 6 (1 adnexal infarction) and 2 cases of acute abdomen. The cysts were between 6 and 13 cm. Type of surgery: in 5, only detorsion; ovarian oophorectomy in 1 and cystectomy in one. Puncture, detorsion and bilateral fixation of uterine ovarian ligament, in another patient. One case required conversion to laparotomy with adnexectomy. Postoperative fever was observed in one patient. Discharge was at 48 hrs

in 6 (67%) cases, at 72 hrs. in 2 and 96 hrs. in 1. Deferred biopsy performed in 3 patients showed: paratubarian serous cyst, partially hemorrhagic luteal cyst, adnexal infarction. All pregnancies went on normally. Premature births are not reported. *Conclusion:* Our experience suggests that laparoscopic approach is a valid option for complicated or persistent adnexal cysts in pregnant women.

KEY WORDS: *Adnexal torsion, laparoscopy, ovarian hyperstimulation, pregnancy*

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de una lesión quística anexial, simple o compleja, en el embarazo, no es un hecho infrecuente. Estudios recientes nos muestran cifras de hasta un 4%, mientras que las revisiones clásicas reportaban una incidencia de 1 en 2.300 embarazos (1). Con el advenimiento de las técnicas de reproducción asistida e hiperestimulación ovárica controlada, se agrega un factor de riesgo adicional (2). Por otro lado, la estimulación ovárica y el síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) se asocian a un incremento en el riesgo de torsión anexial, por la presencia de ovarios quísticos aumentados de volumen (2-4). La incidencia de torsión anexial después de fertilización in vitro (FIV), varía entre 0,08% y 0,13%, según distintos estudios (5-7). Sin embargo, en mujeres con torsión anexial, la asociación con SHO fluctúa entre 1% - 33% (4,8,9). Al lograrse un embarazo con hiperestimulación ovárica y más aún en la presencia de SHO, los quistes ováricos persisten y esto prolonga el período de riesgo de torsión anexial (10).

Los quistes anexiales presentes en un embarazo espontáneo, requieren cirugía en aproximadamente 1 en 1.300 recién nacidos vivos (11-13). La mayoría de estos quistes anexiales son benignos: quistes dermoides y cistoadenomas serosos (14,15). Sin embargo, un quiste anexial complejo persistente, siempre plantea la posibilidad de una neoplasia maligna con cifras entre 2,3 y 5% (14,16-19).

Las complicaciones asociadas a quistes anexiales y embarazo incluyen cirugía de urgencia por dolor, torsión y hemorragia, constituyendo emergencias que se pueden desencadenar, también, durante el parto o puerperio.

La torsión es la complicación más frecuente de los quistes anexiales, afectando hasta un 25% de los casos (3). Por esta razón, uno de los tópicos de permanente discusión, es la indicación quirúrgica de una lesión quística anexial simple, persistente y asintomática, durante el embarazo. Algunos autores recomiendan considerar la cirugía para evitar las complicaciones ya descritas, mientras que otros son partidarios de mantener una estricta observación y control, para evitar las potenciales desventajas de una cirugía durante embarazo (11,16). Por

estas razones, algunos prefieren postergar una eventual intervención en caso de ser necesaria, hasta el segundo trimestre.

Previo al advenimiento de las técnicas laparoscópicas, estas pacientes eran abordadas quirúrgicamente por vía laparotómica, con todos los riesgos y complicaciones inherentes a una cirugía abierta asociada a un útero grávido. Sin embargo, en sus inicios, la aproximación laparoscópica estuvo vedada por muchos años, considerándose el embarazo una contraindicación absoluta al desconocerse los efectos de un aumento de la presión intraabdominal, sobre el útero gestante y los efectos del neumoperitoneo con CO₂ sobre el feto. Este concepto cambió radicalmente en la última década, debido a que distintos estudios demostraron que no había diferencia en la evolución y bienestar fetal al comparar laparotomía y laparoscopia durante el embarazo (20). Actualmente son pocos los casos que se reportan de conversión a cirugía abierta, llegando a no más de un 3%.

Las ventajas de la cirugía laparoscópica en el embarazo incluyen menor manipulación uterina, reducción del tiempo operatorio, deambulación y realimentación precoz, disminución de eventos tromboembólicos y alta precoz. Es interesante considerar que al evitarse una cicatriz abdominal con un abdomen en crecimiento, también hay un tema estético y de confort para la paciente.

El presente trabajo tiene como objetivo revisar la experiencia en el manejo de quistes anexiales complicados o persistentes, durante el embarazo, con resolución por vía laparoscópica.

PACIENTES Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de 9 embarazadas, ingresadas por quistes anexiales complicados o persistentes, resueltos por medio de laparoscopia. Ocho casos ingresaron como urgencia y 1 por quiste anexial persistente. El protocolo de revisión incluyó los siguientes parámetros: tipo de embarazo, sus características, edad gestacional, motivo de consulta, diagnóstico clínico y ecográfico pre-operatorio, tipo de abordaje laparoscópico, técnica quirúrgica, tiempo operatorio, días de hospitalización, complicaciones, anatomía patológica y resolución del embarazo. Se revisaron las fichas clínicas de

cada caso y en aquellos que existían se revisó el video de la cirugía.

RESULTADOS

La edad de las 9 pacientes fluctuó entre 23 y 36 años, con una media de 31 años. La edad gestacional de ingreso fue entre 5 +5 y 27 semanas (Tabla I).

De los nueve embarazos, 5 fueron producto de fertilización asistida y cuatro espontáneos. Los casos de fertilización asistida se desglosan en: 2 FIV y 3 por inseminación intrauterina (IIU). Todos estos casos presentaron algún grado de síndrome de hiperestimulación ovárica. Hubo 2 casos de embarazos gemelares; 1 doble (bicorial, biamniótico) y 1 embarazo triple (bicorial-triamniótico) (Tabla I).

En 8 casos se realizó cirugía de urgencia y en el restante, el procedimiento fue electivo, por persistencia de un quiste anexial que fue un hallazgo durante las ecografías de rutina. En las 8 (85,6%) embarazadas ingresadas por urgencia, el motivo fue dolor abdominal agudo. Presentándose como dolor persistente en hipogastrio y/o fosas ilíacas en 7 casos y como dolor en flanco izquierdo en otra.

Al ingreso se planteó como hipótesis diagnóstica, cólico nefrítico en 3 casos. Una vez que se completó la evaluación con exámenes, se indicó una cirugía de urgencia en las 8 pacientes, bajo los diagnósticos pre-operatorios de: quiste anexial complicado con torsión en 6 casos (1 con infarto anexial) y 2 casos de abdomen agudo (Tabla II).

Con respecto al único caso de cirugía electiva, realizado a las 19 semanas de embarazo, el diagnóstico pre-operatorio fue de lesión quística anexial derecha persistente.

La visión directa durante la entrada primaria, fue realizada con cámara a través de trocar de 10 mm en 2 casos. En los otros se realizó una entrada ciega. En 8 de los casos se optó por la punción umbilical clásica y sólo en 1 caso fue supraumbilical. La presión de CO₂ fluctuó entre 15 y 20 mmHg, con flujos entre 2 y 3 litros por minuto.

Los tiempos operatorios estuvieron entre 25 y 60 minutos, con un promedio de 44 minutos. Los diámetros de los quistes fueron entre 6 y 13 cm, con un promedio de 8,6 cm. En 5 casos se realizó sólo destorsión ovárica, en 1 ooforectomía y quistectomía en otro. Se realizó punción, destorsión y fijación a ligamento útero ovárico, bilateral, en la paciente restante (Tabla II). Fue necesaria una conversión a laparotomía en un caso, debido a que no se logró un pneumoperitoneo adecuado, por lo que no se obtuvo una buena visión. En este caso se realizó una anexectomía izquierda, debido a la presencia de un infarto anexial asociado a torsión.

Respecto a complicaciones del postoperatorio, sólo un caso presentó fiebre las primeras 48 horas, controlada con medidas médicas. El alta hospitalaria fue en 6 (67%) mujeres a las 48 horas de la cirugía. En 2 casos fue a las 72 horas y en 1 a las 96 horas. Esta última paciente presentó un cuadro febril, de resolución con medidas médicas a las 48 horas, descartándose factores infecciosos u otra complicación. Correspondía a un caso de triple torsión ovárica resuelta por destorsión y observación (Tabla III). Todos los embarazos evolucionaron normalmente poscirugía. No se reportan partos prematuros o pérdida reproductiva. El estudio biopsico diferido, realizado en 3 pacientes, demostró un quiste seroso paratubario, un quiste luteínico parcialmente hemorrágico y un infarto anexial.

Tabla I
CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

Caso	Edad	Edad gestacional	Tipo de embarazo	Embarazo	Motivo de ingreso
1	23	23	espontáneo	único	DAA
2	36	19	espontáneo	único	QP
3	31	5+5	espontáneo	gemelar	DAA
4	32	8+3	FIV	único	DAA
5	32	9	FIV	único	DAA
6	30	5+5	IIU	gemelar	DAA
7	31	27	espontáneo	único	DAA
8	35	4	IIU	único	DAA
9	29	12	IIU	triple	DAA

FIV: Fertilización in vitro, IIU: Inseminación intrauterina, DAA: Dolor abdominal agudo, QP: Quiste persistente.

Tabla II
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO Y RESOLUCIÓN

Caso	Diagnóstico preoperatorio	Cirugía
1	Quiste anexial izquierdo: torsión	Quistectomía
2	Quiste anexial derecho persistente	Ooferectomía
3	Quiste anexial izquierdo: torsión	Destorsión ovárica
4	Abdomen agudo	Punción, destorsión, fijación
5	Abdomen agudo	Destorsión ovárica
6	Quiste ovárico derecho: torsión	Destorsión ovárica
7	Quiste ovárico izquierdo: torsión-infarto	Anexectomía
8	Quiste ovárico izquierdo: torsión	Destorsión ovárica
9	Quiste ovárico izquierdo: torsión	Destorsión ovárica

Tabla III
LAPAROSCOPIA Y ALTA HOSPITALARIA

Entrada	Conversión	Tiempo operatorio (min)	Complicaciones	Alta (horas)
Supraumbilical	No	50	No	48
Umbilical	No	60	No	48
Umbilical	No	45	No	72
Umbilical	No	45	No	48
Umbilical	No	45	No	48
Umbilical	No	35	Fiebre	96
Umbilical	Sí	60	No	72
Umbilical	No	35	No	48
Umbilical	No	25	No	48

DISCUSIÓN

La incidencia de quistes anexiales en un embarazo espontáneo, se estima en un 4%, superior a la de 1 en 2.300 descrita por trabajos clásicos. Estas lesiones anexiales se asocian a algunas complicaciones como dolor, torsión y eventual cirugía, en un rango de 12 a 28% (11,12,14,21-25). Si a ello le agregamos el incremento actual en técnicas de fertilización asistida, con estimulación ovárica controlada, más el síndrome de hiperestimulación, la incidencia de lesiones anexiales y complicaciones relacionadas aumenta aún más (4,6-10). Aproximadamente un 3% de las emergencias ginecológicas corresponden a torsión anexial, y el 70 a 80% de

ellas ocurre en edad reproductiva (26,27).

En esta serie, más de la mitad de los casos corresponden a pacientes que fueron sometidas a terapias de fertilidad, con inducción de ovulación de distinta complejidad. Lo anterior, asociado a embarazo e hiperestimulación ovárica, incrementa los riesgos de torsión anexial, según diversos autores. Ovarios aumentados de volumen, quísticos, producto de inducción de ovulación, a los cuales se agrega el síndrome de hiperestimulación ovárica, tienen mayor riesgo de torsión (4,8,10). El SHO complica el diagnóstico inicial, ya que estas pacientes se presentan con un abdomen distendido y sensible, secundario a ovarios aumentados de volumen. Al lograr embarazo, en el contexto de es-

timulación ovárica y SHO, los quistes persisten y se mantiene el riesgo de torsión (9,10).

En nuestra casuística, todas las pacientes ingresadas por urgencia consultaron por dolor abdominal agudo, interpretado inicialmente como cólico nefrítico o probable torsión anexial. Lo interesante es que con esas presunciones, el estudio de laboratorio, en que destaca la ecotomografía abdominopelviana y transvaginal, rápidamente orientaron a la etiología anexial. Las imágenes quísticas, mixtas, de cuerpos lúteos o compatibles con hiperestimulación ovárica, más la clínica, fueron definiendo la conducta quirúrgica. La utilidad de la ecotomografía pelviana con o sin doppler, está descrita en la literatura. Es importante mencionar que la presencia de flujos no descarta la torsión anexial y que el doppler puede fallar en el diagnóstico hasta en un 60% (28,29). En nuestra serie, el doppler no fue el elemento central en la evaluación de laboratorio, posiblemente debido a lo expresado anteriormente.

Con el diagnóstico definido, tratándose de una lesión anexial complicada en paciente embarazada, el punto a decidir fue la vía de abordaje. Esta revisión es clara en cuanto a que siempre se optó por la vía laparoscópica como técnica quirúrgica resolutive. La seguridad y eficacia de la laparoscopia durante el embarazo ha sido estudiada in extenso (21-23). Al evaluar las distintas series podemos concluir que los beneficios superan a los riesgos. La principal ventaja de la laparoscopia es que se trata de una cirugía "cerrada", sin incisión abdominal, con tiempos operatorios reducidos, deambulación precoz y disminución de potenciales hernias incisionales, ente otros. Los riesgos se asocian a la eventual punción del útero, víscera hueca o grandes vasos. Aunque son escasas las publicaciones que informan estas complicaciones, siempre debemos tenerlas presentes (30,31). Se trata de un riesgo que es mayor durante la entrada primaria, el cual puede reducirse al utilizar visión directa con cámara (32,33). Respecto al CO₂ y su absorción fetal, ha sido estudiado y no se considera un factor de riesgo en la actualidad (34-37). Las presiones intra-abdominales de CO₂ se manejaron en un rango de 15 a 20 mmHg. En general, se recomienda no superar los 15 mmHg en embarazos. En esta casuística, las mayores presiones se emplearon en las gestaciones más pequeñas y en los primeros casos. Lo anterior puede ser atribuible a una menor experiencia en este procedimiento o curva de aprendizaje.

Las edades gestacionales de estas pacientes oscilaron entre las 4 y 27 semanas. Los casos de edad gestacional menor, se asociaron a hiperestimulación ovárica, mientras que a mayores edades

nos enfrentamos a lesiones anexiales persistentes.

Al analizar la técnica quirúrgica empleada, observamos que en la mayoría de los casos se procedió a la destorsión anexial, aún con anexos cuya observación planteó duda respecto a su indemnidad. Se reporta que en un 90% de los casos con anexos de aspecto necrótico o hemorrágico, la destorsión es efectiva, con recuperación de función ovárica. La fisiopatología de este evento es interesante. Primero se ve comprometido el retorno venoso, luego se produce una oclusión arterial parcial, hasta llegar a una total. Todo depende del grado de compromiso de la irrigación vascular principal y de la circulación colateral, lo que determinará la cuantía del daño isquémico ovárico. Se ha observado, del punto de vista funcional, después de una destorsión, que estos ovarios muestran desarrollo folicular y respuesta adecuada frente a su estimulación farmacológica, con fertilización oocitaria en procedimientos posteriores de fertilización in vitro. En concordancia con lo expuesto, diversas revisiones demuestran que a pesar de existir un retraso en el diagnóstico y tratamiento, las tasas de preservación de la función ovárica pueden ser altas (38). Otro elemento a favor de la destorsión ovárica es que en la literatura médica no hay informes de un incremento en el riesgo de eventos tromboembólicos.

En uno de nuestros casos se realizó punción de los quistes más destorsión. Al coexistir el SHO con la torsión, el puncionar los quistes tiene un doble efecto; facilita el procedimiento e impide una torsión posterior, al reducir el volumen de las masas anexiales. Además, contribuye al tratamiento del SHO.

Conversión a laparotomía debimos realizar en solo un caso, que correspondía a un embarazo de 27 semanas con una torsión ovárica izquierda asociada a infarto anexial. En este caso, se utilizó la técnica de entrada con visión directa (32,33). No se logró un neumoperitoneo adecuado ni una visión óptima. En la cirugía abierta se realizó una anexectomía izquierda, al encontrar un anexo totalmente infartado.

El límite seguro para cirugía laparoscópica y embarazo, según diversos autores, fluctúa entre las 26 y las 28 semanas, con casos exitosos hasta las 32 semanas (25). La limitación está dada por una visión inadecuada producto del útero grávido.

Los tiempos operatorios en esta serie, creemos que son razonables, con un rango de 25 a 60 minutos. Este elemento también contribuye a disminuir la morbilidad en estas pacientes.

En nuestra serie, el tiempo de hospitalización fue abreviado, con alta promedio a las 48 horas.

Otras publicaciones recomiendan 24 horas de observación después de una destorsión laparoscópica. Algunas publicaciones proponen una ooforopexia para evitar torsiones recurrentes (39).

El no reportar complicaciones inmediatas o tardías, salvo un caso de fiebre moderada las primeras 48 horas, manejada clínicamente, nos hace plantear dos posibilidades: casuística reducida más una técnica quirúrgica adecuada. Aunque, también debemos mencionar que las potenciales complicaciones descritas por otros autores en este tipo de cirugía laparoscópica, no se ve incrementada por la condición de embarazo asociado, si se respetan los cuidados básicos de toda cirugía endoscópica (24,40,41) y se tienen en cuenta las condiciones especiales dadas por el embarazo mismo.

En los casos en que se realizó alguna extracción operatoria y se realizó estudio de biopsia diferida, los resultados corresponden a lo reportado clásicamente, salvo que no tenemos quistes dermoides, que son frecuentemente mencionados en la literatura (14,15,25). Tampoco hubo neoplasias malignas en nuestra serie.

Todos los embarazos evolucionaron fisiológicamente, lo que refuerza los beneficios de la técnica laparoscópica como enfrentamiento a esta entidad clínica.

En resumen, presentamos una cohorte de pacientes embarazadas portadoras de quistes anexiales, predominantemente complicados, que fueron manejados laparoscópicamente en forma exitosa. Destacamos la destorsión anexial como una técnica conservadora. El enfrentamiento debe realizarse con un criterio de conservación reproductiva, teniendo en cuenta la gran capacidad de los ovarios para resistir la injuria isquémica. Finalmente, es importante recordar que al asociarse el SHO y embarazo, se incrementa el riesgo de complicaciones anexiales, como la torsión, que debemos sospechar.

CONCLUSIÓN

Al igual como lo confirma la literatura científica internacional, a través de nuestra experiencia, podemos decir que la laparoscopia representa una opción válida cuando se requiere abordaje quirúrgico por un quiste anexial complicado o persistente, durante el embarazo. La torsión ovárica es la complicación más frecuente en pacientes embarazadas portadoras de quistes anexiales sintomáticos, que ingresan por urgencia. La destorsión simple, es una buena opción en el manejo de estas pacientes, si las condiciones lo permiten. Los quistes anexiales complicados, en esta serie, se asociaron frecuentemente

a embarazos producto de técnicas de fertilización asistida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stany M, Elkas J. Laparoscopy for adnexal masses in pregnancy? *Cont Ob/Gyn* 2007; 52(12): 44-9.
2. Hasiakos D, Papakonstantinou K, Kontoravdis A, Gogas L, Aravantinos L, Vitoratos N. Adnexal torsion during pregnancy: report of four cases and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:683-7.
3. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huria A. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46(1):52-4.
4. Madill JJ, Mullen NB, Harrison BP. Ovarian hyperstimulation syndrome: a potentially fatal complication of early pregnancy. *J Emerg Med* 2008;35(3):283-6.
5. Rackow BW, Patrizio P. Successful pregnancy complicated by early and late adnexal torsion after in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2007;87(3):697.e9-12.
6. Källén B. Maternal morbidity and mortality in in-vitro fertilization. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22(3):549-58.
7. Källén B, Finnström O, Nygren KG, Otterblad Olausson P, Wennerholm UB. In vitro fertilization in Sweden: obstetric characteristics, maternal morbidity and mortality. *BJOG* 2005;112(11):1529-35.
8. Avecillas JF, Falcone T, Arroliga AC. Ovarian hyperstimulation syndrome. *Crit Care Clin* 2004;20(4):679-95.
9. Eftekhari Z, Rahimi-Moghaddam P, Yarandi F, Tahmasbi M. An ovarian torsion in severe spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome associated with a singleton pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2005;25(4):393-4.
10. Goshen R, Lavy Y, Hochner-Celnikier H, Milwidsky A. Third trimester torsion of persistent ovarian cyst following ovarian hyperstimulation--an unusual cause of preterm labor. *Gynecol Obstet Invest* 1992;33(4):244-5.
11. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, Weitzen S, Manuel MD, Gordinier ME. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005;105:1098-1103.
12. El-Yahia AR, Rahman J, Rahman MS, al-Suleiman SA. Ovarian tumours in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1991;31(4):327-30.
13. Nowak M, Szpakowski M, Wilczyński JR. Ovarian tumors in pregnancy--proposals for diagnosis and treatment. *Ginekol Pol* 2004;75(3):242-9.
14. Chittacharoen A, Wangpusayavisut A, O-Prasertsawat P. Adnexal masses in pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2005;88 Suppl 2:S37-40.
15. Türkçüoğlu I, Meydanlı MM, Engin-Ustün Y, Ustün Y, Kafkaslı A. Evaluation of histopathological features and pregnancy outcomes of pregnancy associated adnexal masses. *J Obstet Gynaecol* 2009;29(2):107-9.
16. Yen CF, Lin SL, Murk W, Wang CJ, Lee CL, Soong YK, Arici A. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 2009;91(5):1895-1902.

17. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmabhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy: how often are they malignant? *Gynecol Oncol* 2006;101(2):315-21.
 18. Giuntoli RL 2nd, Vang RS, Bristow RE. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(3):492-505.
 19. Hermans RH, Fischer DC, van der Putten HW, van de Putte G, Einzmann T, Vos MC, Kieback DG. Adnexal masses in pregnancy. *Onkologie* 2003;26(2):167-72.
 20. Jackson H, Granger S, Price R, Rollins M, Earle D, Richardson W, Fanelli R. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence-based review. *Surg Endosc* 2008;22(9):1917-27.
 21. Azuar AS, Bouillet-Dejou L, Jardon K, Lenglet Y, Canis M, Bolandard F, Storme B, Bonnin M, Pezet D, Buc E, Lemery D, Gallot D. Laparoscopy during pregnancy: experience of the French university hospital of Clermont-Ferrand. *Gynecol Obstet Fertil* 2009;37(7-8):598-603.
 22. Al-Fozan H, Tulandi T. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14(4):375-9.
 23. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumaran S, Parthasarathi R. Safety and efficacy of laparoscopic surgery in pregnancy: experience of a single institution. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2007;17(2):186-90.
 24. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;108(2):217-22.
 25. Morice P, Louis-Sylvestre C, Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopy for adnexal torsion in pregnant women. *J Reprod Med* 1997;42(7):435-9.
 26. McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich CS 3rd. Gynecologic emergencies. *Surg Clin North Am* 2008;88(2):265-83.
 27. Promecene PA. Laparoscopy in gynecologic emergencies. *Semin Laparosc Surg* 2002;9(1):64-75.
 28. Cilotti A, Weiss C, Bagnolesi P, Campassi C, Bimbi M, Bartolozzi C. Echography in gynecologic emergencies. *Radiol Med* 1992;83(5):630-5.
 29. Auslender R, Shen O, Kaufman Y, Goldberg Y, Bardic M, Lissak A, Lavie O. Doppler and gray-scale sonographic classification of adnexal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34(2):208-11.
 30. Rodrigues SP, van Hooff MH, van Aggelen GP, de Vleeschouwer LH. Laparoscopy during pregnancy. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153(1-2):25-9.
 31. Buser KB. Laparoscopic surgery in the pregnant patient: results and recommendations. *JLS* 2009;13(1):32-5.
 32. Ricci P, Solà V, Pardo J. Entrada umbilical con trocar mínimamente invasivo bajo visión directa en laparoscopia ginecológica. *Rev Chil Obstet Gynecol* 2008;73(2):104-9.
 33. Troncoso JL, Ricci P, Susaeta R, Devoto JC. Torsión anexial y embarazo: Resolución laparoscópica mínimamente invasiva, con entrada bajo visión directa. *Rev Chil Obstet Gynecol* 2008;73(4):277-82.
 34. Lenglet Y, Roman H, Rabishong B, Bourdel N, Bonnin M, Bolandard F, Duband P, Pouly JL, Mage G, Canis M. Laparoscopic management of ovarian cysts during pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(2):101-6.
 35. O'Rourke N, Kodali BS. Laparoscopic surgery during pregnancy. *Curr Opin Anaesthesiol* 2006;19(3):254-9.
 36. Barnard JM, Chaffin D, Droste S, Tierney A, Phermetton T. Fetal response to carbon dioxide pneumoperitoneum in the pregnant ewe. *Obstet Gynecol* 1995;85:669-74.
 37. Curet MJ, Vogt DA, Schob O, Qualls C, Izquierdo LA, Zucker KA. Effects of CO₂ pneumoperitoneum in pregnant ewes. *J Surg Res* 1996;63(1):339-44.
 38. White M, Stella J. Ovarian torsion: 10-year perspective. *Emerg Med Australas* 2005;17(3):231-7.
 39. Djavadian D, Braendle W, Jaenicke F. Laparoscopic oophorectomy for the treatment of recurrent torsion of the adnexa in pregnancy: case report and review. *Fertil Steril* 2004;82(4):933-6.
 40. Fatum M, Rojansky N. Laparoscopic surgery during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56(1):50-9.
 41. Rojansky N, Shushan A, Fatum M. Laparoscopy versus laparotomy in pregnancy: a comparative study. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9(1):108-10.
-

Trabajos Originales

EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LA PINZA ELECTROQUIRÚRGICA DE COAGULACIÓN BIPOLAR PLASMACINÉTICA EN LA HISTERECTOMÍA VAGINAL EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX

Víctor Vázquez Z.¹, Jorge Zepeda Z.¹, Carlos Briones L.¹, Mariana Hernández R.¹

¹ Servicio de Ginecología, Hospital Central Norte PEMEX, México, DF.

RESUMEN

Objetivo: Describir la morbilidad, pérdida sanguínea y tiempo quirúrgico en la realización de histerectomía vaginal con el uso de la pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínética. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo en 18 pacientes sometidas a histerectomía vaginal por patología benigna uterina, utilizando energía plasmacínética durante el período de enero de 2007 a febrero de 2009, en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. **Resultados:** Tiempo quirúrgico de $59,4 \pm 19,3$ min (rango: 50-85 min), sangrado posoperatorio de $76,6 \pm 22,3$ ml (rango: 30-110 ml), peso del útero $497,3 \pm 88,9$ g (rango: 245-635 g) y tiempo de estancia intrahospitalaria de $2,1 \pm 0,6$ días (rango: 1-3 días). No se reportaron complicaciones durante el procedimiento ni en su recuperación posterior. **Conclusiones:** El uso de la pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínética, es una alternativa efectiva y segura durante la histerectomía vaginal. Es necesaria la realización de un ensayo aleatorizado para compararla con la técnica tradicional para demostrar otros beneficios.

PALABRAS CLAVE: *Histerectomía vaginal, pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar*

SUMMARY

Objective: To describe morbidity, blood loss and procedure time of vaginal hysterectomy using an electro-surgical bipolar vessel sealer. **Methods:** Patients scheduled for vaginal hysterectomy using electro-surgical bipolar vessel sealer as the hemostasis technique during the period January 2007 to February 2009, at the Central Hospital North of Petroleos Mexicanos. **Results:** A total of 18 patients underwent vaginal hysterectomy for some benign disease of the uterus. Among these patients, mean procedure time in the electro-surgical bipolar vessel sealer was 59.4 ± 19.3 min (range: 50-85 min). Mean estimated blood loss was 76.6 ± 22.3 ml (range: 30-110 ml), weight of the uterus was 497.3 ± 88.9 g (range: 245-635 g), and length of stay 2.1 ± 0.6 days (range: 1-3 days). There was no perioperative complication. **Conclusion:** Electro-surgical bipolar vessel sealer is an effective alternative to sutures in vaginal hysterectomy. Larger adequately-powered studies are however still required.

KEY WORDS: *Vaginal hysterectomy, electro-surgical bipolar vessel sealer*

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las cirugías más frecuentemente realizadas en el mundo. En Estados Unidos se realizan aproximadamente 600.000 histerectomías cada año, siendo superada sólo por la cesárea (1,2,3). La vía más usada es la abdominal y la de menor prevalencia de complicaciones es la vaginal (1,2).

La electrocirugía en nuestros días comprende una parte fundamental de la cirugía, siendo una herramienta para favorecer el corte y la coagulación durante los procedimientos y es de suma importancia conocerla en detalle para así poder disminuir el riesgo de accidentes y darle un uso óptimo (4).

La pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínica tiene un rendimiento consistente a través de un amplio rango de impedancias en el tejido, formando bolsas de vapor en tejidos de baja impedancia (4,5) y así provocando la coagulación. Tiene el mejor rendimiento cuando el tejido se humedece, no necesita placa y permite realizar una hemostasia consistente sin adherirse (4). Forma un sello de manera efectiva que coagula vasos de hasta 7 mm de diámetro y mantiene una presión de 300 mmHg (4).

En el presente estudio se decidió examinar el tiempo quirúrgico, el sangrado quirúrgico, el peso uterino y la prevalencia de complicaciones en pacientes en quienes se usó la pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínica (Plasmakinetics) al realizar la histerectomía vaginal.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, a través de la revisión de expedientes clínicos del servicio de ginecología del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, en quienes se realizó histerectomía vaginal por indicación benigna, con el uso de la pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínica (PlasmaKinetics™ sealer, Gyrus Medical, Maple Grove, Minnesota) (Figura 1), durante el período de enero de 2007 a febrero de 2009. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Central Norte, y todas las pacientes que ingresaron contaban con el antecedente de acceder al procedimiento a través de un consentimiento informado.

Serie de casos consecutivos, en que cada paciente fue ingresada en una base de datos de Excel previo a la cirugía, creando campos con distintas variables epidemiológicas, cuantitativas y cualitativas. Posteriormente se analizaron variables relacionadas al procedimiento quirúrgico, como tiempo operatorio, cantidad de sangrado, peso del útero y complicaciones durante el procedimiento y en el

postoperatorio mediato y tardío. Los procedimientos fueron realizados por un solo cirujano.

Técnica quirúrgica (Figura 2): Paciente en posición de litotomía, tracción del cérvix para incidir circuncidándolo, y posteriormente disección manual roma de la vejiga, hasta que es separada del útero y se corta el peritoneo anterior. Se disecó la fascia vaginal posterior hasta abrir el fondo de saco. El útero fué extirpado en 3 pasos, en homología a la técnica tradicional, pues la pinza de Plasmakinetics se usa de la misma forma que las pinzas Heaney durante la técnica estándar y se diferencian en tener un electrodo bipolar en la parte interna de la superficie prensil. La hemostasia con suturas es sustituida al colocar el fórceps abierto y producir el sello seguido por el corte, se coagularon y cortaron los ligamentos uterosacros, seguido de los pedículos de los ligamentos cardinales y de los vasos uterinos. Se palpan los ovarios, y si se van a conservar (como en todos nuestros casos), se realiza el mismo procedimiento para los ligamentos utero-ováricos. Se verifica la hemostasia y la cúpula vaginal fue cerrada con sutura continua de catgut crómico 0. El tiempo del procedimiento se midió desde la incisión en el cérvix hasta el cierre completo de la cúpula vaginal. Las pérdidas sanguíneas se estimaron por el servicio de anestesiología, midiendo lo recolectado en los colectores de aspiración y la cantidad de compresas y gasas utilizadas. El útero fue pesado inmediatamente, por el personal de enfermería, a la extracción en la báscula de quirófano. Otras variables fueron tiempo de estancia hospitalaria, medido desde el inicio del día que se realizó la cirugía, hasta el egreso de la paciente del servicio. Las complicaciones postoperatorias se registraron en las visitas de seguimiento a la semana y a las 4 semanas posteriores a la cirugía.



Figura 1. Pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínica (PlasmaKinetics™ sealer, Gyrus Medical, Maple Grove, Minnesota).

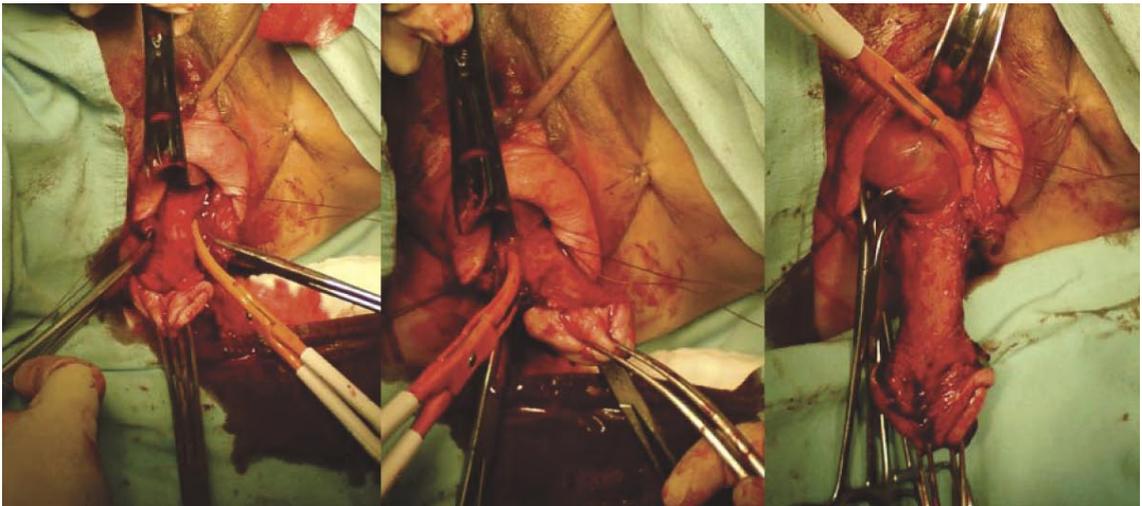


Figura 2. Uso de la pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínética en histerectomía vaginal.

Las distintas variables fueron analizadas mediante el programa estadístico SSPS versión 17, con el que obtuvimos promedio, desviación estándar y rango.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 18 histerectomías vaginales. Las principales indicaciones fueron por prolapso uterino 66,6%, sangrado uterino anormal 16,6% y miomatosis uterina en el 16,6%. La edad promedio de las pacientes fue $65,6 \pm 7,7$ años (rango: 59-80 años), con un índice de masa corporal (IMC) $29,8 \pm 3$ (rango: 26-34).

El tiempo quirúrgico fue de $59,4 \pm 19,3$ min (rango: 50-85 min). Sangrado postoperatorio de $76,6 \pm 22,3$ ml (rango: 30-110 ml). Tiempo de estancia intrahospitalaria fue de $2,1 \pm 0,6$ día (rango: 1-3 días). El peso uterino tuvo una media de $497,3 \pm 88,9$ gramos (rango: 245-635 g). No se reportaron complicaciones durante el procedimiento, ni en su recuperación posterior, hasta la cuarta semana de seguimiento.

DISCUSIÓN

En los últimos años, debido a la aparición de nuevas técnicas hemostáticas, es necesario medir los efectos médicos y económicos de las distintas alternativas quirúrgicas existentes para la resección uterina (6). El optar por la vía vaginal ha demostrado beneficios en ambas áreas; pero es importante considerar diversos factores como el tamaño uterino, la patología con compromiso extrauterino, la

severidad del diagnóstico y lo más importante, la existencia de preparación y experiencia de los especialistas para realizar la cirugía elegida (7).

En la mayoría de los reportes internacionales, durante un procedimiento quirúrgico mayor, el uso de plasmakinetics reduce el tiempo quirúrgico, la hemorragia y la estancia intrahospitalaria (4,7), variables que impactan directamente en el costo total del procedimiento a nivel institucional (2,7). Su uso también favorece el abordaje, facilitando el procedimiento para cirujanos menos experimentados, o en el caso de pacientes con obesidad mórbida o comorbilidad (8), por lo que esta tecnología podría estandarizarse para disminuir la incidencia de complicaciones en pacientes técnicamente difíciles.

Una de las ventajas importantes, como lo refirieron Dessole y cols (9), fue la reducción de la salida fortuita de corriente eléctrica, así realizando la seguridad para el paciente y el cirujano. Con respecto a la electrocirugía monopolar, el electrocauterio bipolar es más controlable (9).

En el estudio prospectivo de Candiani y cols (10), refirieron que el tiempo medio con técnica estándar durante la histerectomía vaginal por indicación benigna fue de 81 ± 30 minutos, con hemorragia de 178 ± 149 ml y promedio de estancia de $3,2 \pm 0,6$ días (10). Estos resultados y los de otros autores muestran que el uso de instrumentos electroquirúrgicos podría disminuir el tiempo operatorio, la hemorragia y los días de estancia intrahospitalaria, comparado con la técnica tradicional (4,10).

Durante nuestra serie de casos, el uso de plasmakinetics durante la histerectomía vaginal, demostró un tiempo quirúrgico aceptable, con volúmenes

de sangrado transoperatorio menores a la hemorragia esperada (10), por lo que es posible inferir de que se podrían disminuir las indicaciones de transfusión de hemoderivados y los riesgos asociados. La estancia hospitalaria se acortó con el uso de la pinza, comparado con el promedio de otros autores que usaron cirugía tradicional (10), por lo que las pacientes pueden reincorporarse de forma más breve a sus actividades cotidianas, resultando en un posible impacto benéfico en costos por permanencia hospitalaria e incapacidades laborales.

Adicionalmente, las pacientes deberán ser instruidas acerca de la convalecencia, dolor postoperatorio y complicaciones asociadas al abordaje vaginal y el uso de esta tecnología. La educación del paciente facilitará el éxito de la vía vaginal con la energía bipolar (4,10).

Nuestra experiencia con esta modalidad, como todas, cuenta con puntos a favor y debilidades, sin embargo, en nuestra población se ha demostrado evolución favorable. Será necesario realizar otro estudio, idealmente un ensayo clínico aleatorizado para evaluar un mayor número de variables trans y postquirúrgicas (incluyendo dolor y comparación de costos) para evaluarlo contra la técnica tradicional, así como la evaluación de la implementación para otras cirugías ginecológicas.

El abordaje quirúrgico para la histerectomía, deberá ser decidido por el médico y la paciente, orientando a las mujeres de forma clara y completa, para decidir de acuerdo a sus necesidades, deseos y expectativas, la vía e instrumentos adecuados para cada una de ellas.

CONCLUSIÓN

El uso de la pinza electroquirúrgica de coagulación bipolar plasmacínica, es una alternativa efectiva y segura durante la histerectomía vaginal. Es necesaria la realización de un ensayo aleatorizado

para compararla con la técnica tradicional para demostrar otros beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murillo JM, Pedraza LA, Aguirre X, López PE. Histerectomía por laparoscopia: Experiencia de 10 años en el Hospital Español de México. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(11):667-77.
2. Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. *Nezhat's Operative Gynecologic Laparoscopy and Hysteroscopy*; 3ª Ed. Cambridge University Press 2008;13:341-62.
3. Farquhar C, Steiner C. Hysterectomy Rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol* 2002;99: 229-34.
4. Presthus JB, Brooks PG, Kirchoff N. Vessel sealing using a pulsed bipolar system and open forceps. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003;10(4):528-33.
5. Levie MD, Chudnoff SG. Energy Sources for Endoscopic Surgery. Abstracts for the Global Congress of Gynecologic Endoscopy. 33rd annual meeting of the AAGL. August 2004, Vol. 11 No.3 Supplement.
6. Salinas H, Pasten J, Naranjo B, Carmona S, Retamales B, Díaz G, Franulic L. Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Revisión de 2.338 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(4):227-33.
7. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *BMJ* 2005;330(7506):1478.
8. Hagen B, Eriksson N, Sundset M. Randomised controlled trial of LigaSure versus conventional suture ligation for abdominal hysterectomy. *BJOG* 2005;112(7):968-70.
9. Dessole S, Rubattu G, Capobianco G, Caredda S, Cherchi PL. Utility of bipolar electrocautery scissors for abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(2):396-9.
10. Candiani M, Izzo S, Bulfoni A, Riparini J, Ronzoni S, Marconi A. Laparoscopic vs vaginal hysterectomy for benign pathology. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(4):368.e1-7.

Casos Clínicos

AFECTACIÓN GANGLIONAR EN PACIENTE CON ENDOMETRIOSIS PROFUNDA RECTOVAGINAL

Israel Ortega Sánchez ¹, Bárbara Castro Martín ¹, Javier de Santiago García ¹, Alicia Hernández Gutiérrez ¹, Dulce M^a Benito López ², Juan Ordás Santo Tomás ¹.

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Endometriosis; ² Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

RESUMEN

Se describe un raro caso de endometriosis rectovaginal con compromiso ganglionar en mujer de 33 años. La presencia de tejido endometrial en ganglios linfáticos pélvicos es rara y ha sido confirmada en la literatura en mujeres que han sido sometidas a cirugía por endometriosis. La presencia de endometriosis en los ganglios linfáticos pélvicos es muy improbable que surja de novo y sugiere extensión de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: *Endometriosis profunda, infiltración ganglionar*

SUMMARY

A rare case of rectovaginal endometriosis with lymph node involvement is described in a 33-year-old patient. The presence of endometrial tissue in pelvic lymph nodes is rare and has been confirmed in the literature in subjects who underwent surgery for endometriosis. Involvement of pelvic lymph nodes by endometriosis seems unlikely to arise de novo and probably suggests lymphatic spread of the disease.

KEY WORDS: *Deep endometriosis, lymph node involvement*

INTRODUCCIÓN

La diseminación linfática de la endometriosis fue observada por primera vez en 1925 (1). La presencia de tejido endometrial en ganglios linfáticos pélvicos es excepcional y ha sido recogida en la literatura en pacientes que fueron sometidas a cirugía por endometriosis (2-4). La afectación de los ganglios pélvicos por endometriosis, parece improbable que aparezca de novo y sugiere un extensión linfática de la enfermedad (2-5).

Caso clínico

Paciente de 33 años que fue remitida a la Unidad de Endometriosis del Hospital Universitario de La Paz, España, por diagnóstico de endometriosis profunda. Refería dismenorrea intensa y progresiva desde hacía 15 años, que había requerido tratamiento con análogos GnRH y anticonceptivos hormonales orales, empeorándose su estado en el último año con estreñimiento, continuos cuadros pseudoobstructivos, disquecia, importante pérdida

de peso y en los últimos cinco meses rectorragia coincidente con la menstruación.

Se remite a la paciente a nuestro centro 10 días después de haberle practicado una primera laparotomía, con diagnóstico de endometriosis profunda y con el fin de realizar una cirugía completa. Durante esa primera cirugía se realizó liberación de adherencias a nivel de anexo izquierdo, decapsulación del quiste anexial derecho, citología de lavado peritoneal y biopsias de serosa peritoneal. Se decidió tratamiento conservador de manera intraoperatoria, dada la proximidad de la estenosis rectal al margen anal y al carácter benigno en los hallazgos anatomopatológicos.

La exploración en consulta revelaba un nódulo empastado en el tabique rectovaginal, mientras que la ecografía abdominal mostraba útero y anexos normales. La analítica de sangre reveló ligera anemia.

Se decide ingreso y programación de cirugía una semana más tarde. En el transcurso de la misma se evidencia útero en retroflexión y saco de Douglas ocupado por ambos anexos y recto-sigmoides íntimamente adherido a cara posterior uterina. Quiste endometriósico en ovario izquierdo, siendo el derecho rigurosamente normal. Gran foco de endometriosis profunda que infiltra recto a 5 cm del margen anal, con afectación de parametrio derecho y fascia presacra.

Se efectúa laparotomía, realizando quistectomía izquierda, salpingectomía bilateral, apendicectomía, adhesiolisis y liberación de sigmoides y colon, disección e identificación de ambos uréteres hasta el túnel de los mismos y posterior disección de ambas fosas pararectales. Se procede a la extirpación del nódulo endometriósico, así como de un implante en plica vesicouterina y de una adenopatía pélvica derecha aumentada de tamaño, con

resección posterior de aproximadamente 20 cm de recto-sigmoides y anastomosis término-terminal con endorresector circunferencial.

El informe anatomopatológico reveló la existencia de focos de endometriosis a nivel de plica vesicouterina, serosa apendicular y de ambas trompas, así como de afectación de serosa y capas musculares de intestino grueso, sin alcanzar la mucosa. También se informó de la presencia de endometriosis quística en el ganglio linfático pélvico derecho extraído durante la cirugía.

Macroscópicamente se trataba de una formación nodular de 1,2 cm de diámetro máximo, con superficie externa pardusca y lisa. Al corte muestra un quiste de 8 mm con contenido gelatinoso. Microscópicamente se objetiva tejido linfóide rechazado a la periferia por un quiste (Figura 1A) revestido por epitelio cilíndrico de tipo endometrial, rodeado de estroma formado por células estrelladas (Figura 1B) y de glándulas de pequeño tamaño (Figura 1C).

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con una marcada disminución de la dismenorrea, que cede con reposo y antiinflamatorios, al mismo tiempo que una progresiva desaparición de la disquicia y rectorragias, éstas últimas en relación con episodios de estreñimiento esporádicos y de corta duración.

DISCUSIÓN

La endometriosis es considerada como una enfermedad benigna, progresiva, que puede cursar con recurrencias y con invasión local y a distancia. Generalmente afecta a mujeres en edad reproductiva y es una de las causas más comunes de dolor pélvico y de infertilidad.

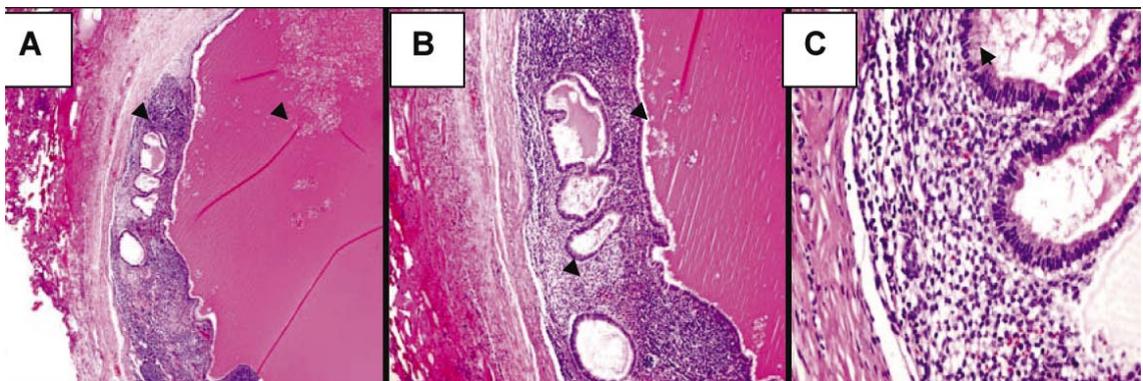


Figura 1. Tejido linfóide rechazado a la periferia por un quiste (A) revestido por epitelio cilíndrico de tipo endometrial, rodeado de estroma formado por células estrelladas (B) y de glándulas de pequeño tamaño (C).

Puede afectar localmente a estructuras pélvicas y áreas del peritoneo próximas a los ovarios, como los ligamentos uterosacros y fondo de saco de Douglas, o bien extenderse más allá del aparato genital, hecho que ocurre en aproximadamente un 12% de los casos. Las localizaciones extragenitales por orden de frecuencia son el intestino, el colon sigmoide, tracto urinario, apéndice, íleon y diafragma. Otras localizaciones que también pueden verse son la vulva, vagina, cérvix, tabique rectovaginal, pared abdominal, región umbilical, bronquios, pulmones, riñones, región inguinal, piel y sistema nervioso.

Aunque la etiología de la endometriosis no ha sido todavía claramente establecida, existen numerosas teorías que tratan de explicar la histogénesis de esta compleja enfermedad, como son la teoría de la menstruación retrógrada, la diseminación hematológica y linfática, la implantación directa y la metaplasia del epitelio celómico.

Lo particular de nuestro caso es la afectación de ganglios linfáticos en el desarrollo evolutivo de una endometriosis, hecho muy poco común y que en la mayoría de los casos recogidos en la bibliografía corresponden a ganglios afectados por estroma endometrial benigno que están desprovistos de anomalías müllerianas, tales como los quistes müllerianos o endosalpingiosis. Esto último ocurre con una frecuencia del 2-41%, y generalmente son hallazgos microscópicos que son encontrados en el marco de una salpingitis, tumores serosos borderline de ovario o carcinomas (6-9).

Algunos investigadores sostienen que existen principalmente dos hipótesis a la hora de explicar la afectación linfática por endometriosis. La primera considera que la afectación de los ganglios linfáticos se produce como consecuencia de un proceso de metaplasia del sistema mülleriano secundario (10-11). La segunda, en cambio, mantiene que este fenómeno es secundario al drenaje linfático del tejido endometrial (12-14).

En este sentido, se han definido cinco rutas diferentes de drenaje linfático con origen en el útero: (a) desde la matriz a los ganglios de la íliaca interna y común, aórticos a través del ligamento infundibulopélvico, (b) desde las cadenas del obturador, íliacos internos y externos hasta los ganglios de la cadena íliaca común a través del ligamento cardinal, (c) a las cadenas ganglionares inguinales por medio de los ligamentos redondo y umbilical, (d) directamente hacia el ovario, (e) directamente hasta las trompas. Es interesante ver cómo estas rutas coinciden con los lugares de difusión de metástasis del cáncer de endometrio.

Algunos autores han intentado relacionar las características clínicas y anatomopatológicas de

la endometriosis profunda y el grado de afectación linfática de la misma. Abrao y cols (15), estudiaron a 35 pacientes con endometriosis intestinal y observaron que en todos aquellos casos en los que el espesor de la lesión alcanzaba los 1,75 cm o afectaba a más del 80% de la circunferencia de la luz, los ganglios linfáticos aparecían infiltrados. No vieron relación alguna con la edad, síntomas clínicos o longitud de la lesión en la pared intestinal.

Además se ha valorado la posible invasión linfocelular de glándulas y/o estroma en endometriosis de recto-sigmoideas mediante el uso de inmunohistoquímica y el anticuerpo D2-40, con el fin de verificar la hipótesis de que la afectación linfática puede derivarse del drenaje vascular. Se ha demostrado que D2-40 reacciona con los epítomos glicosilados y no glicosilados de gp36 y es idéntico a la podoplanina, siendo un marcador muy sensible para el endotelio linfovascular, lo que ha sido ampliamente utilizado para identificar invasión linfovascular en carcinomas de mama, colon, próstata, cérvix y endometrio (16-18). En nuestro caso esta tinción no aportó información adicional.

A pesar de que la endometriosis es un proceso benigno, es cierto que en determinadas ocasiones puede compartir características de malignidad, como son la morfología anormal, un patrón de crecimiento celular alterado, invasión celular local y a distancia y neoangiogénesis. Existen estudios que demuestran cómo en el epitelio glandular ocasionalmente pueden desarrollarse aneuploidías en el DNA. Por otro lado, la experimentación *in vitro* sugiere que la endometriosis puede tener un origen monoclonal (19-21).

En nuestro caso, y teniendo en cuenta el avanzado grado de extensión local y linfática de la enfermedad, sería razonable plantearse si se considera todavía una enfermedad clínicamente benigna o podríamos hablar, por el contrario, de una endometriosis intestinal con hallazgos que sugieren premalignización.

En esta línea se ha demostrado que el componente predominante en las lesiones endometrióticas intestinales es el estroma, y que en caso de transformación maligna, éste se convertiría en un tumor de tipo sarcomatoso, cuyo pronóstico casi nunca es fatal. De hecho estas lesiones de endometriosis infiltrativa muestran similitudes con el sarcoma estromal de bajo grado en cuanto a la morfología celular, patrón de infiltración, expresión de receptores hormonales, lo que aumenta la posibilidad de que exista una relación entre las dos enfermedades similar a la observada entre fibromatosis (enfermedad localmente agresiva que no tiene potencial metastásico) y el fibrosarcoma (22-25).

Finalmente pensamos que la realización de más estudios clínicos y anatomopatológicos proporcionarían la información necesaria como para poder establecer una relación entre endometriosis pélvica, diseminación de la misma a través de las distintas vías linfáticas y afectación de los ganglios linfáticos pélvicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Halban J. Metastatic hysteroadenosis: lymphatic origin of so-called heterotropic adenofibromatosis. *Arch Gynäk* 1925;125:475-9.
- Javert CT. Pathogenesis of endometriosis based on endometrial homeoplasia, direct extension, exfoliation and implantation, lymphatic and hematogenous metastases (including five case reports of endometrial tissue in lymph nodes). *Cancer* 1949;2:399-410.
- Taussig FJ. Ectopic deciduas formation. *Surg Gynecol Obstet* 1906;2:292-3.
- Russel HB. Decidual reaction of endometrium ectopic in an abnormal lymph node. *Surg Gynecol Obstet* 1945;81:218-20.
- Moore JG, Binstock MA, Growdon WA. The clinical implications of retroperitoneal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1291-8.
- Horn LC, Bilek K. Frequency and histogenesis of pelvic retroperitoneal lymph node inclusions of the female genital tract. An immunohistochemical study of 34 cases. *Pathol Res Pract* 1995;191:991-6.
- Maassen V, Hiller K. Glandular inclusions in lymph nodes pattern of distribution and metaplastic transformation. *Arch Gynecol Obstet* 1994;255:1-8.
- Prade M, Spatz A, Bentley R. Borderline and malignant serous tumor arising in pelvic lymph nodes: evidence of origin in benign glandular inclusions. *Int J Gynecol Pathol* 1995;14:87-91.
- Kheir SM, Mann WJ, Wilkerson JA. Glandular inclusions in lymph nodes.
The problem of extensive involvement and relationship to salpingitis. *Am J Surg Pathol* 1981;5:353-9.
- Lauchlan SC. The secondary mullerian system. *Obstet Gynecol Surv* 1972;27:133-46.
- Fergusson BR, Bennington JL, Haber SL. Histochemistry of mucosubstances and histology of mixed mullerian pelvic lymph node glandular inclusions. Evidence for histogenesis by mullerian metaplasia of colomic epithelium. *Obstet Gynecol* 1969;33:617-25.
- Halban Y. Hysteroadenosis metastica. *Archive fur Gynakologie* 1925;124:457-82.
- Javert CT. Pathogenesis of endometriosis based upon endometrial homeoplasia, direct extension, exfoliation and implantation, lymphatic and hematogenous metastasis (including five case reports of endometrial tissue in pelvic lymph nodes). *Cancer* 1949;2:399-410.
- Ueki M. Histologic study of endometriosis and examination of lymphatic drainage in and from the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:201-9.
- Abrao MS, Podgaec S, Dias JA Jr, Averbach M, Garry R, Ferraz Silva LF, Carvalho FM. Deeply infiltrating endometriosis affecting the rectum and lymph nodes. *Fertil Steril* 2006;86(3):543-7.
- Arnaout-Alkarain A, Kahn HJ, Narod SA, Sun P, Marks AN. Significance of lymph vessel invasion identified by endothelial lymphatic marker D2-40 in node negative breast cancer. *Mod Pathol* 2007;20:183-91.
- Fernandez-Aguilar S, Jondet M, Simonart T, Noel JC. Microvessel and lymphatic density in tubular carcinoma of the breast: a comparative study with invasive low-grade ductal carcinoma. *Breast* 2006;15:782-5.
- Watari H, Todo Y, Todeka M, Ebina Y, Yamamoto R, Sakuragi N. Lymph-vascular space invasion and number of positive para-aortic node groups predict survival in node-positive patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2005;96:651-2.
- Ballouk F, Ross JS, Wolf BC. Ovarian endometriotic cysts. An analysis of cytologic atypia and DNA ploidy patterns. *Am J Clin Pathol* 1994;102:415-9.
- Jimbo H, Hitomi Y, Yoshikawa H, Yano T, Momoeda M, Sakamoto A, *et al.* Evidence for monoclonal expansion of epithelial cells in ovarian endometrial cysts. *Am J Pathol* 1997;150:1173-8.
- Thomas EJ, Campbell IG. Molecular genetic defects in endometriosis. *Gynecol Obstet Invest* 2000;50(Suppl 1):44-50.
- Moinfar F, Gogg-Kamerer M, Sommersacher A, Regitnig P, Man YG, Zatloukal K, *et al.* Endometrial stromal sarcomas frequently express epidermal growth factor receptor (EGFR, HER-1): potential basis for a new therapeutic approach. *Am J Surg Pathol* 2005;29:485-9.
- Lacroix-Triki M, Beyris L, Martel P, Marques B. Low-grade endometrial stromal sarcoma arising from sciatic nerve endometriosis. *Obstet Gynecol* 2004;104(5 Pt 2):1147-9.
- Mitchard JR, Lott M, Afifi RA, Hirschowitz L. Low-grade endometrial stromal sarcoma with glandular differentiation arising in ovarian endometriosis. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:596-7.
- Bodner K, Zauner M, Bodner-Adler B, Spangler B, Grunberger W, Wierrani F. Parenchymatous pulmonary endometriosis—metastases of a low-grade endometrial stromal sarcoma? *Med Hypotheses* 2003;61:651-3.

Casos Clínicos

TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA OVÁRICO CON METÁSTASIS PULMONARES 26 AÑOS DESPUÉS

Carlos López SM. ¹, Rodrigo Mardones G. ¹, Francisco Mucientes H. ², Rodrigo Klaassen P. ², Alberto Rössle S. ³, Emilio Alarcón C. ⁴

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología; ² Departamento de Anatomía Patológica; ³ Sección Oncohematología, Departamento de Medicina Interna; ⁴ Sección de Cirugía Torácica, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

RESUMEN

Antecedentes: El tumor de células de la granulosa (TCG) ovárico es considerado una neoplasia de la cuerda sexual, de baja frecuencia, en su mayoría debuta en etapas tempranas, con patrón de crecimiento lento y puede presentar metástasis tardías. *Objetivo:* Presentar un caso clínico de metástasis pulmonares de TCG ovárico 26 años después del diagnóstico. *Caso clínico:* Mujer de 70 años, con antecedentes de TCG ovárico diagnosticado en 1976, tratado con histerectomía, salpingooforectomía bilateral y quimioterapia triasociada. En buenas condiciones generales hasta el 2002, detectándose múltiples nódulos tumorales pulmonares bilaterales correspondientes a metástasis de TCG. Recibió quimioterapia con platino y etopósido. Actualmente la paciente se encuentra viva, con enfermedad tumoral pulmonar de lento crecimiento. *Conclusión:* A lo mejor de nuestro conocimiento, se trata del tercer caso a nivel mundial de un TCG ovárico con metástasis pulmonares tardías, 26 años posdiagnóstico del tumor primario. Se señala el curso clínico de lenta evolución de esta neoplasia y la relevancia de los controles a largo plazo incluyendo niveles de estradiol o inhibina.

PALABRAS CLAVE: *Tumor de células de la granulosa, metástasis pulmonares, ovario*

SUMMARY

Background: Granulosa cell tumor of the ovary (GCT) of the ovary is a sex cord related tumor. It is a low frequency neoplasm with low clinical progression but it may show late metastases. *Objective:* To present a 70 year old female with a GCT of the ovary with multiple pulmonary metastases after 26 years from the initial diagnosis of the primary tumor. *Clinic case:* The patient had an ovarian GCT diagnosed by histology in 1976 and underwent hysterectomy, bilateral salpingoophorectomy and chemotherapy. The clinical course was satisfactory until 2002 when she presented with respiratory symptoms and images showing multiple bilateral pulmonary nodules that were histologically confirmed to be GCT metastases. The patient underwent chemotherapy with platinum and ethoposide. Actually the patient is alive with metastatic disease. *Conclusion:* To the best of our knowledge, this is the third case in medical literature of a GCT of the ovary with late pulmonary metastases 26 years after the initial diagnosis. This case illustrates the protracted clinical course of the neoplasm and the importance of the long term follow up including levels of estradiol and inhibin.

KEY WORDS: *Granulosa cell tumor, lung metastasis, ovary*

INTRODUCCIÓN

El tumor de células de la granulosa (TCG) representa el 2-5% de los cánceres ováricos (1) y se considera en el grupo de los tumores de la cuerda sexual. Usualmente es productor de estrógeno aunque también puede serlo de andrógenos. La mayor incidencia se encuentra entre los 50-54 años pero también puede aparecer en niñas. El 85-90% debuta en etapa I (2,4), muestran un patrón de crecimiento lento con diseminación local y recurrencias tardías. La metástasis es rara y puede ocurrir muchos años después de su aparente cura.

El objetivo de esta comunicación es presentar el caso clínico de una paciente con TCG ovárico con metástasis pulmonares, 26 años después del diagnóstico primario.

Caso clínico

Mujer de 70 años, múltipara de 1, hipertensa en tratamiento, quien debuta en noviembre de 1976 con cuadro de abdomen agudo por tumoración pelviana, siendo sometida a anexectomía derecha y omentectomía parcial. Se resecó un tumor ovárico sólido quístico, amarillento, de 19 cm, con rotura capsular hemorrágica. El epiplón mostró diseminación con varios nódulos tumorales de hasta 10 cm. La histología del ovario y epiplón reveló un TCG con numerosos cuerpos de Call-Exner (Figura 1). En marzo de 1977 se completa cirugía con histerectomía total, anexectomía izquierda y omentectomía. Se inicia quimioterapia trisociada con ciclofosfamida, 5 fluoracilo y metotrexato.

En 1985, presenta recurrencia local, sometiéndose a nueva cirugía y radioterapia abdominopélvica, recibiendo una dosis total de 2100 cGy a abdomen total y sobredosis pelviana hasta 5040 cGy.

Permanece en buenas condiciones generales y controles anuales hasta mediados del 2002, cuando debuta con sintomatología respiratoria. La radiografía de tórax y TAC, mostraron múltiples nódulos pulmonares de hasta 10 mm sospechosos de metástasis (Figura 2). Se efectúa toracotomía mínima con extirpación de uno de los nódulos subpleurales. La biopsia mostró un fragmento pulmonar de 2,5 cm con un nódulo firme, amarillento central, formado por células ovaladas y fusadas, presencia de trabéculas y núcleos aislados en grano de café (Figura 3). El estudio de inmuno-histoquímica realizado en el tumor ovárico de 1976 y el nódulo pulmonar de 2002, mostraron fuerte positividad para vimentina, calretinina y alfa inhibina. Se observó positividad focal para citoqueratina. Las tinciones de S100, HMB45, actina, desmina, cromogranina, sinaptosifina y CD56, fueron todas negativas.

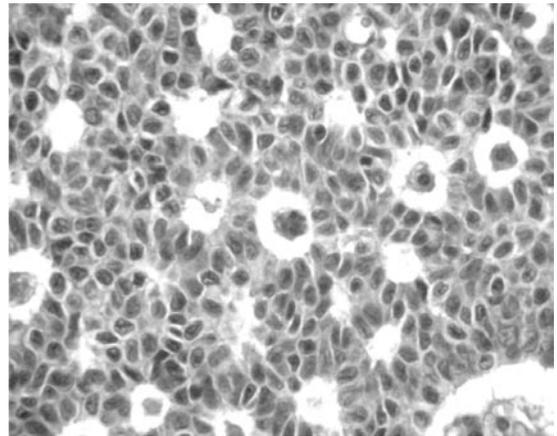


Figura 1. Cuerpos de Call-Exner en el tumor ovárico diagnosticado en 1976.

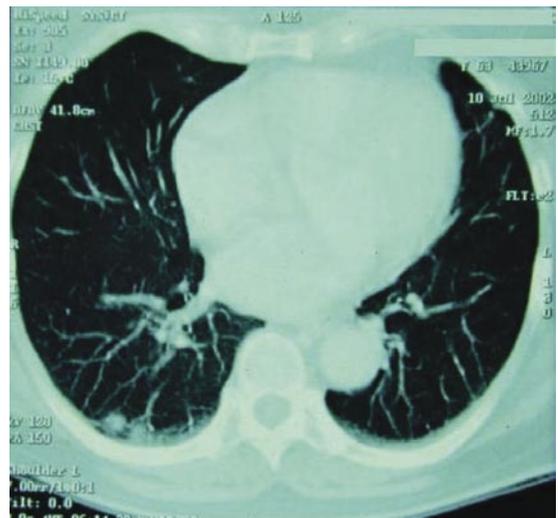


Figura 2. TAC de tórax del 2002, con múltiples nódulos adyacentes a la pared posterior.

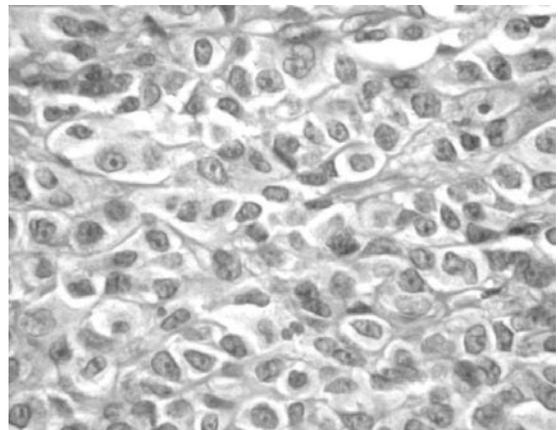


Figura 3. Patrón trabecular del tumor pulmonar del 2002.

El estudio de extensión no demostró otras localizaciones. Se indica 6 ciclos de quimioterapia con esquema platino-etopósido. El TAC de julio de 2003 reveló 9 nódulos pulmonares y mediastínicos de 4-5 mm. Nuevos TAC del 2005 y 2006 mostraron múltiples lesiones nodulares pulmonares de mayor número y tamaño que los observados en exámenes previos, siendo considerada fuera del alcance quirúrgico. La paciente ingresa a cuidados paliativos y se indica tamoxifeno 20 mg cada 12 horas.

La radiografía de tórax de enero de 2009 (Figura 4) mostró progresión de las metástasis. En último control de febrero del 2009 la paciente se mantiene estable, con disnea a medianos esfuerzos y sobreinfecciones bacterianas intercurrentes.



Figura 4. Radiografía de tórax de enero de 2009, con aumento del tamaño de los nódulos pulmonares.

DISCUSIÓN

La historia natural de esta paciente ilustra la indolente progresión de la enfermedad y la susceptibilidad del TCG de presentar metástasis tardías. El tiempo promedio de presentación de las recurrencias es de 4-6 años (3) aunque se han reportado casos con hasta 37 años después del diagnóstico inicial (4). La literatura muestra unos 28 casos con recurrencia mayor a 10 años, incluyendo dos casos con lesión pulmonar a 12 (5) y 24 años (6).

Se ha propuesto el seguimiento a largo plazo de estas pacientes con marcadores séricos, siendo aún controversial en cuanto a mejorar la supervivencia. Sin embargo, puede ser útil en la monitorización de la respuesta a la terapia y detección de precoz de recurrencias potencialmente tratables. Para ello se recomienda control anual con TAC tóraco-abdomi-

nal y niveles de estradiol o inhibina, considerando en esta última las variaciones que puede presentar durante el ciclo menstrual, el embarazo o la presencia de tumores ováricos epiteliales. Los controles a largo plazo deben considerar la particularidad del TCG en producir recurrencias tardías y metástasis luego de décadas, independiente del estatus clínico de la paciente.

El uso de quimioterapia, radioterapia u hormoterapia adyuvante para enfermedad recurrente, aun no está aclarado debido a la rareza de la neoplasia, lo que impide realizar ensayos randomizados prospectivos. Se han reportado algunos casos de TCG recurrente tratados con éxito variable con platino asociado al esquema BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino) o CAP (ciclofosfamida, adriamicina, cisplatino) y desde el año 1995, reportes anecdóticos de respuesta a taxol.

Histológicamente, el diagnóstico diferencial más importante del TCG ovárico es con un carcinoma indiferenciado, lo que es un diagnóstico de exclusión (7). La terapia y pronóstico de ambos tumores es muy diferente. Por ello es importante reconocer los patrones histológicos clásicos: las células con núcleos en grano de café y la presencia de cuerpos de Call-Exner. En casos con histología poco usual es importante hacer un estudio complementario con inmuno-histoquímica. Lo mejor es hacer un panel amplio de anticuerpos. El TCG expresa alfa inhibina y calretinina como dos marcadores importantes, a diferencia del carcinoma indiferenciado es fuertemente positivo para citoqueratina y EMA, en tanto que el TCG sólo expresa focal y poco frecuentemente este marcador. La expresión de estos marcadores se repite en las recurrencias y en las metástasis (8,9).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fox H, Langly FA. A clinicopathological study of 92 cases of granulosa cell tumors of the ovary with special reference to factors influencing prognosis. *Cancer* 1975;35:231-41.
2. Lauszus FF, Petersen AC, Greisen J, Jakobsen A. Granulosa cell tumor of the ovary: a population based study of 37 women with stage I disease. *Gynecol Oncol* 2001;81(3):456-60.
3. Segal R, DePetrillo AD, Thomas G. Clinical review of adult granulosa cell tumors of the ovary. *Gynecol Oncol* 1995;56:338-44.
4. Hines JF, Khalifa MA, Moore JL, Fine KP, Lage JM, Barnes WA. Recurrent granulosa cell tumor of the ovary 37 years after initial diagnosis: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1996;60:484-8.
5. McCann EC, Zerner J. Granulosa cell tumor of the ovary in a 7-year-old female with late (12-year) lung

-
- metastasis. A case report and discussion. *J Maine Med Assoc* 1973;64(9):201-3.
6. Piura B, Nemet D, Yanai-Inbar I, Cohen Y, Glezerman M. Granulosa cell tumor of the ovary: A study of 18 cases. *J Surg Oncol* 1994;55(2):71-7.
 7. Soslow RA. Histologic subtypes of ovarian carcinoma: An overview. *Int J Gynecol Pathol* 2008; 27:161-74.
 8. McCluggage WG, Young RH. Immunohistochemistry as a diagnostic aid in the evaluation of ovarian tumors. *Sem Diagn Pathol* 2005;22(1):3-32.
 9. McCluggage WG. Immunohistochemical review and functional markers of value in female genital tract lesions. *Int J Gynecol Pathol* 2006;25:101-20.
-

Casos Clínicos

ULTRASONOGRAFÍA 3D EN LA EVALUACIÓN DEL LABIO LEPORINO. SERIE CLÍNICA

William Stanley E. ¹, Diego Villagrán R. ^a, Felipe Cardemil M. ^a

¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

^a Alumnos, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

RESUMEN

Antecedentes: La fisura labiopalatina (FLP) es la malformación facial más común, afectando a 1,8/1000 nacimientos. En sus inicios, la ultrasonografía 2D (US2D) diagnosticaba FLP en 5,3% de los casos, siendo actualmente el 71,5-95%. Se ha reportado la utilidad de la ultrasonografía 3D (US3D) y del doppler color (DC) para evaluar el compromiso palatino. **Objetivo:** Reportar la utilidad de US3D y del DC en el estudio de FLP durante el control fetal prenatal. **Pacientes:** Estudio de serie de casos de labio leporino pesquisados prenatalmente por US2D, que concurren a ecografía rutinaria del segundo trimestre del embarazo a la Clínica de la Mujer de Viña del Mar, entre enero de 1997 y abril de 2009. A todos se les realizó US3D por un operador. Se realizó consejo genético, apoyo psicológico y educación prenatal. **Resultados:** Se detectaron 7 casos de fetos con labio leporino, siendo confirmados al nacer. Uno presentó compromiso palatino. En un caso se realizó imagen DC, que permitió descartar la presencia de compromiso palatino, lo cual se correspondió con la US3D, siendo comprobado al nacimiento. **Conclusión:** La US3D permite estudiar la región facial, complementando la US2D en la observación del defecto labial y compromiso palatino. La detección prenatal de FLP disminuye el impacto psicológico que provoca en los padres.

PALABRAS CLAVE: *Fisura labiopalatina, diagnóstico prenatal, ultrasonografía 3D, doppler color*

SUMMARY

Background: The cleft of lip and palate (CLP) are the commonest facial malformation, which affects 1.8/1000 births. In the beginning, CLP was detected in 5.3% by 2D ultrasonography (2DUS). This value had increased to 71.5-95%. 3D ultrasonography (3DUS) and color doppler (CD) utility had been reported to evaluate palate integrity. **Objective:** To report the utility of 3DUS and DC in CLP detection during prenatal evaluation. **Patients:** A case series study was conducted with review of prenatal screening CLP cases by 2DUS which perform routine second trimester ultrasonography in Clínica de la Mujer, Viña del Mar, between January 1997 and April 2009. All 3DUS were performed by one observer. Genetic counseling, psychology support and prenatal education were realized in all cases. **Results:** Seven cleft labial were detected, which was confirmed at birth. In one case was detected cleft palate. In one case, cleft palate was excluded with CD, which was supported by 3DUS. This finding was confirmed at birth. **Conclusion:** The 3DUS complements 2DUS in facial, labial and palate evaluation. The prenatal diagnosis decreases psychological impact in parents.

KEY WORDS: *Cleft lip and palate, prenatal diagnosis, 3D ultrasonography, color doppler*

INTRODUCCIÓN

La fisura labiopalatina (FLP) es la malformación congénita facial más común, con una frecuencia en Estados Unidos de Norte América de 1/500 a 1/1000 recién nacidos vivos (1-3). En Chile, esta condición afecta a 1,8/1000 nacimientos (4). El diagnóstico prenatal es de gran importancia, tanto pronóstica como terapéuticamente. Aunque en la mayoría de los casos la FLP es un evento aislado, en otros se puede asociar a aneuploidías como trisomía 13 o 18, o a síndromes genéticos como Cornelia de Lange o Smith-Lemli-Opitz (1).

Desde los inicios de la ecotomografía bidimensional 2D (US2D), el diagnóstico de labio leporino era relativamente bajo, alcanzando el 5,3%. En la actualidad, la visualización prenatal mediante ultrasonografía de fisura labial o labiopalatina ha sido estudiada y reportada por múltiples autores, informándose tasas de precisión diagnóstica de 71,4% a 95% (2,5-9), pudiendo estar limitada por múltiples factores como la posición fetal, el oligohidramnios, la presencia de cordón umbilical y las extremidades fetales, como también la obesidad o la presencia de tejidos circundantes maternos. Durante la última década surgió la ultrasonografía 3D (US3D) como método eficaz en la evaluación de la anatomía facial, en especial en FLP, complementando la evaluación ultrasonográfica de rutina. Se ha reportado la gran utilidad de la US3D para la evaluación de defectos labiales, estructuras alveolares, y por sobre todo paladar duro y blando, con una alta sensibilidad, logrando mejorar la precisión diagnóstica desde un 43% con US2D hasta un 76% según algunas series (10-11).

Desde la década del 90, se ha reportado la utilidad de la modalidad doppler color en la detección de FLP, tanto para US2D como US3D (12-15). Su utilidad se basa en la capacidad de detección de flujo de líquido amniótico entre la cavidad nasal y oral a través del defecto anatómico durante la espiración o inspiración fetal.

El objetivo del presente trabajo fue reportar la utilidad de US3D en el estudio de FLP durante el control fetal prenatal.

PACIENTES Y MÉTODO

Se revisaron los casos de labio leporino pesquisados prenatalmente por ultrasonografía 2D, en embarazadas que concurrieron a ecografía rutinaria durante el segundo trimestre de la gestación a la Unidad de Medicina Reproductiva de la Clínica de la Mujer de Viña del Mar, en el período comprendido entre enero de 1997 hasta abril de 2009.

Los estudios ultrasonográficos fueron realizados por un sólo operador entre las 22 y 24 semanas de edad gestacional, utilizando un ecotomógrafo Madison 8800, transductor de 3,5 Mhz, con tecnología 3D y un ecotomógrafo General Electric 730 Expert. Se estableció la presencia de fisura labial mediante ecografía 2D y el grado de compromiso óseo en todos los casos mediante tecnología 3D con obtención de imágenes en formato multiplanar. Para establecer el diagnóstico de compromiso palatino, en plano B (sagital) se desplazó éste hacia posterior a la altura del nacimiento del hueso nasal evaluándose en este punto la zona maxilar. En un caso se realizó imagen doppler color como herramienta complementaria de estudio. A los casos detectados se les ofreció asistencia mediante consejo genético, apoyo psicológico y educación prenatal.

RESULTADOS

En el período estudiado, se detectaron 7 casos de fetos portadores de labio leporino (Figura 1). Mediante US3D se detectó un caso de compromiso palatino asociado. En ninguno se detectó otras anomalías estructurales. Todos los casos fueron evaluados durante el período posnatal por cirujano infantil, confirmando los hallazgos ultrasonográficos.



Figura 1. Imagen de superficie 3D de feto con labio leporino (flecha).

En fetos portadores de labio leporino la ausencia de compromiso de paladar óseo fue sospechada por la continuidad del hueso maxilar (Figura 2). En el único caso de labio leporino y compromiso óseo, al desplazar hacia posterior el plano B apareció en la imagen 3D una discontinuidad del hueso maxilar

(Figura 3 y 4). En el caso donde se complementó el estudio ultrasonográfico con doppler color, finalmente se demostró ausencia de compromiso de paladar óseo, mediante la observación de ausencia de movimiento de líquido amniótico entre la cavidad nasal y oral (Figura 5).



Figura 2. Imagen multiplanar en plano D de feto con labio leporino sin compromiso óseo. Corte sagital a la altura de hueso nasal.

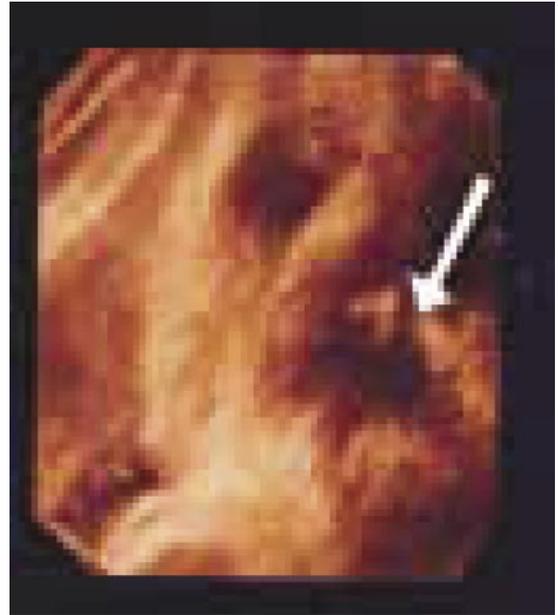


Figura 4. Imagen multiplanar en plano D de feto con fisura labiopalatina.



Figura 3. Imagen de superficie de feto portador de labio leporino con compromiso óseo.



Figura 5. Imagen de corte sagital de feto portador de labio leporino con técnica eco doppler en la que se objetiva ausencia de movimiento de líquido amniótico entre cavidad nasal y oral.

DISCUSIÓN

La utilización de nuevos métodos en el diagnóstico de FLP, como la US3D, ha permitido mejorar la precisión diagnóstica y anatómica de esta patología (10,11). Sin embargo, su utilización en todos los embarazos no parece ser una conducta costo-efectiva. Es así como adquiere mayor importancia el examen ultrasonográfico de rutina del segundo trimestre, en el cual no debe quedar excluido el examen detallado del rostro fetal.

En esta serie, sólo 1 de los 7 casos descritos presentó compromiso de paladar óseo objetivado mediante US3D y confirmado luego del nacimiento. En la totalidad de los 6 casos restantes, en los que se descartó compromiso óseo mediante US3D prenatal, fue corroborado en el examen posnatal.

La US3D permite el análisis anatómico de la región oral y la obtención de imágenes reales de los labios, no dependiendo del ángulo del transductor. A su vez, permite reconstruir la integridad del paladar óseo, permitiendo así establecer el grado de compromiso facial (11). De esta manera se puede diferenciar la existencia de un compromiso exclusivamente labial, o si éste se acompaña de daño palatino.

La utilización del doppler color otorga imágenes funcionales del defecto en forma detallada, al permitir la observación del movimiento de líquido amniótico a través de la FLP (15), complementando de esta manera a la US2D y US3D en la determinación del tipo de defecto anatómico. En el caso reportado de su uso, se pudo observar un jet de líquido amniótico a nivel de fosas nasales, el cual no ofrece dirección hacia la región bucal, interpretándose de esta manera como ausencia de compromiso del paladar. Creemos de esta manera, que su utilización debiera ser de rutina para apoyar el diagnóstico de compromiso palatino.

El nacimiento de un niño con FLP sin diagnóstico prenatal conlleva, por parte de los padres, sentimientos de culpa y desconfianza hacia el médico que realizó el examen, mientras que para el especialista es motivo de desilusión y desconfianza en lo que se hizo. Al ser un evento estresante en la vida familiar, el diagnóstico oportuno permite en la mayoría de ellos una mejor preparación para el nacimiento del niño y un menor impacto psicológico para los padres (16).

CONCLUSIÓN

Aunque nuestra casuística es pequeña, creemos que la ecotomografía 3D y el doppler color, son importantes en el estudio prenatal de la anatomía fetal facial anormal. En esta serie el apoyo con

US3D y la utilización de doppler color en uno de ellos permitió esclarecer el diagnóstico en la totalidad de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martin WL, Gornall P, Kilby MD. Cleft lip and palate. *Fetal Matern Med Rev* 1999;11:91-104.
2. Sohan K, Freer M, Mercer N, Soothill P, Kyle P. Prenatal detection of facial clefts. *Fetal Diagn Ther* 2001;16:196-99.
3. Moss A. Controversies in cleft lip and palate management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:420-1.
4. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Hallado en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/FisuraLabiopalatinaR_Mayo10.pdf
5. Cash C, Set P, Coleman N. The accuracy of antenatal ultrasound in the detection of facial clefts in a low-risk screening population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:432-6.
6. Shaikh D, Mercer NS, Sohan K, Kyle P, Soothill P. Prenatal diagnosis of cleft lip and palate. *Br J Plast Surg* 2001;54:288-9.
7. Nyberg DA, Sickler GK, Hegge FN, Kramer DJ, Kropp RJ. Fetal cleft lip with and without cleft palate: US classification and correlation with outcome. *Radiology* 1995;195:677-84.
8. Bergé SJ, Plath H, Van de Vondel PT, Appel T, Niederhagen B, Von Lindern JJ, Reich RH, Hansmann M. Fetal cleft lip and palate: sonographic diagnosis, chromosomal abnormalities, associated anomalies and postnatal outcome in 70 fetuses. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:422-31.
9. Rotten D, Leivaillant M. Two-and three-dimensional sonographic assessment of the fetal face. 2. Analysis of cleft lip, alveolus and palate. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;24:402-11.
10. Johnson DD, Pretorius DH, Budorick NE, Jones MC, Lou KV, James GM, Nelson TR. Fetal lip and primary palate: three-dimensional versus two-dimensional US. *Radiology* 2000;217:236-9.
11. Lee W, Kirk JS, Shaheen K, Romero R, Hodges AN, Comstock CH. Fetal cleft lip and palate detection by three-dimensional ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:314-20.
12. Aubry M, Aubry J. Prenatal diagnosis of cleft palate: contribution of color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1992;2:221-4.
13. Sherer D, Abramowicz J, Jaffe R, Woods JR. Cleft palate: confirmation of prenatal diagnosis by color Doppler ultrasound. *Prenat Diagn* 1993;13:953-6.
14. Lee W, Kalache K, Chaiworapongsa T, Londono J, Treadwell MC, Johnson A, Romero R. Three-dimensional power doppler ultrasonography during pregnancy. *J Ultrasound Med* 2003;22:91-7.
15. Kennelly M, Moran P. Directional power doppler in the midsagittal plane as an aid to the prenatal diagnosis of cleft lip and palate. *Prenat Diagn* 2008;28:56-8.
16. Davalbhakta A, Hall PN. The impact of antenatal diagnosis on the effectiveness and timing of counseling for cleft lip and palate. *Br J Plastic Surg* 2000;53:298-301.

Casos Clínicos

CÁNCER CÉRVICO-UTERINO ASOCIADO AL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

José Urdaneta Machado, MSc¹, Nasser Baabel Zambrano, PhD², Alfi Contreras Benítez^a.

¹ Hospital Universitario de Maracaibo, Postgrado de Obstetricia y Ginecología, ² Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad del Zulia, Venezuela.

^a Alumno, Escuela de Medicina, Universidad del Zulia, Venezuela.

RESUMEN

La asociación entre cáncer y embarazo es infrecuente, con una incidencia entre 0,02-0,1%. El cáncer cérvico-uterino es la neoplasia más frecuentemente asociada a la gestación, con tasas entre 1-13/10.000 partos. Se presenta el caso de una gestante indígena de 38 años de edad y 15 semanas de gestación, con el diagnóstico de un carcinoma de cuello uterino epidermoide de células grandes, estadio clínico IIB.

PALABRAS CLAVE: **Cáncer cérvico-uterino, embarazo**

SUMMARY

The association between cancer and pregnancy is infrequent, with an incidence between 0.02-0.1 percent. Cervical cancer being the most frequently neoplasia associated to the gestation, with rates between 1-13/10,000 childbirths. We report the case of an indigenous pregnant of 38 years old and 15 weeks of gestation, with the diagnoses of cervical cancer of great cells, clinical stage IIB.

KEY WORDS: **Cervical cancer, pregnancy**

INTRODUCCIÓN

La complicación del embarazo por cáncer es de rara coexistencia y representa un desafío para el obstetra. El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel mundial en la etapa reproductiva de la mujer, presentándose con una incidencia de 0,02 a 0,1% de todos los embarazos (1). Se estima que 1/1.000 a 1/1.500 recién nacidos se han asociado a una neoplasia maligna materna (2,3).

En Venezuela, el cáncer cérvico-uterino es una de las primeras causas de mortalidad oncológica en

la mujer, reportándose 1.178 casos para el 2003; siendo la región zuliana y los estados centrales los más afectados (4). Para el 2004, el cáncer cérvico-uterino continúa siendo la segunda causa de mortalidad por cáncer en el país (5). A nivel mundial, las cifras estimadas para mujeres mayores de 15 años indicarían que actualmente hay 27 millones de mujeres con displasia de bajo grado, 1,5 millones con displasia de alto grado y 400.000 con carcinoma invasor de cuello (6).

La mayor participación de la mujer en la sociedad ha llevado a retrasar los embarazos, plasmándose

en una mayor incidencia de embarazos asociados a cáncer (1). Las neoplasias malignas más frecuentes asociadas al embarazo incluyen al cáncer cérvico-uterino, mamario, melanoma y linfomas (7). La mayoría de los cánceres diagnosticados durante el embarazo tienen resultados favorables, tanto para la madre como para el feto, sin haberse observado que la gestación tenga influencia adversa en la evolución del tumor (3).

La presencia de cáncer asociado al embarazo constituye una entidad poco frecuente. Una revisión de la literatura reveló que la mayoría de los casos publicados son aislados o series pequeñas. Esta relativa rareza en la frecuencia del cáncer asociado al embarazo impide la realización de grandes estudios prospectivos y los consensos en el manejo (2).

La incidencia del cáncer cérvico-uterino es variable por distintos autores y series. Las cifras varían desde 1 a 13/10.000 partos (8). Para el cáncer invasor no existe una incidencia precisa. En los Estados Unidos de Norteamérica se han reportado tasas de incidencia de 1/2.500 embarazos (8) y de 0,5-1/1000 embarazos (9).

Cerca del 3% de los casos de diagnóstico reciente de cáncer cérvico-uterino ocurren en embarazadas, probablemente debido a que es una de las pocas neoplasias cuya pesquisa es parte rutinaria del cuidado prenatal (9). El riesgo de neoplasia cervical y sus precursores es independiente de la condición de embarazo, con una incidencia de 1,2 a 2,2% de lesiones intraepiteliales escamosas, detectadas en la citología cervical durante el embarazo. Alrededor de 86% de las lesiones intraepiteliales escamosas, que se identifican durante la gestación, se clasifican como neoplasia cervical intraepitelial (NIE) de bajo grado (NIE I), y el 14% son lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (NIE II-III). En 0,19 a 0,53% de las embarazadas, se encuentra una NIE diagnosticada histológicamente, pero el carcinoma del cuello uterino es raro y sólo ocurre en 1/3.000 embarazos (10).

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de cáncer cérvico-uterino asociado al embarazo y la toma de decisiones que debió tomar el equipo tratante.

Caso clínico

Mujer de 38 años de edad, de la etnia Wayuu. Gesta 7, Para 5, Aborto 1. Cursando un embarazo de 15 semanas de amenorrea acude a la consulta prenatal de la Maternidad Dr. Armando Castillo

Plaza, referida por presentar desde hace un mes sangrado genital de color rojo oscuro y olor fétido. De sus antecedentes destaca inicio de vida coital a los 16 años, tres compañeros sexuales y antecedente de tía materna con cáncer de cuello uterino. Única citología cervical hace 12 años y enfermedad pélvica inflamatoria hace cuatro años. A la exploración clínica general se evidencia paciente en buenas condiciones generales, afebril, hidratada, eupneica, consciente y piel pálida. Útero grávido de 14 centímetros, feto único indiferente, movimiento fetales no perceptibles, foco cardíaco fetal no auscultable con estetoscopio de Pinard. Al examen se evidencia una lesión sangrante en labio anterior del cuello uterino, de 6x6 cm, clínicamente sospechosa de malignidad. Se toma muestra para citología cérvico-vaginal y biopsia dirigida por colposcopia. Se solicitan ecograma obstétrico y exámenes paraclínicos.

El resultados de la citología cérvico-vaginal reporta la presencia de lesión intraepitelial de bajo grado (NIE I + VPH) y presencia de bacterias mixtas y polimorfonucleares. El informe de la biopsia cervical revela la presencia de neoplasia maligna constituida por células grandes, pleomórficas, con abundante citoplasma, núcleos hiper cromáticos, mitosis atípicas, perlas corneas, nucleolos prominentes e infiltrado inflamatorio polimorfonuclear y linfoplasmocitario (Figuras 1-4). Se establece el diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide infiltrante de células grandes queratinizante. Asimismo se pudo observar el surgimiento de la lesión neoplásica de un área de metaplasia escamosa.

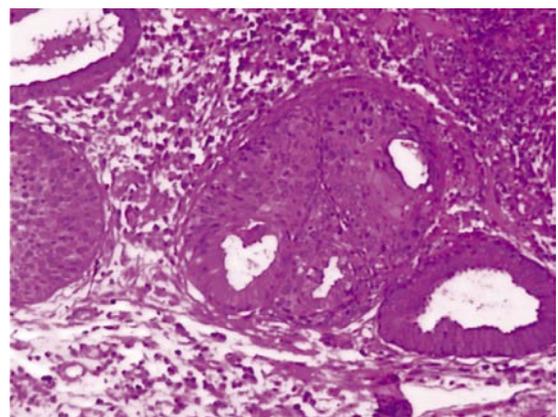


Figura 1. Presencia de la lesión neoplásica en un área de metaplasia escamosa. Hematoxilina-Eosina, 100X.

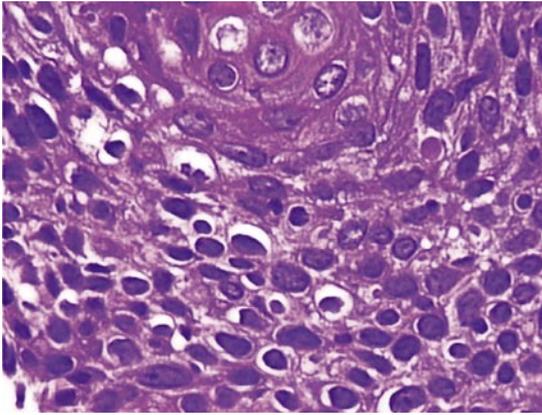


Figura 2. Presencia de la lesión neoplásica en un área de metaplasia escamosa. Hematoxilina-Eosina, 100X.

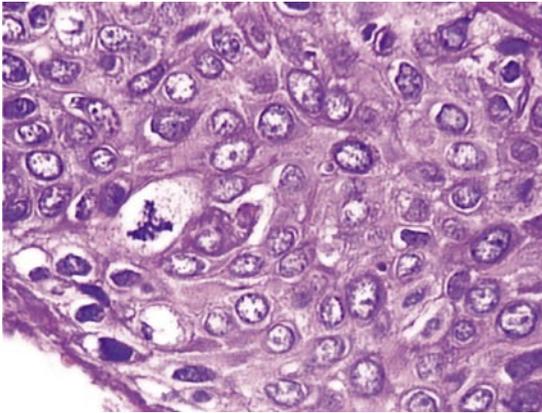


Figura 3. Presencia de mitosis atípicas. Hematoxilina-Eosina, 400X.

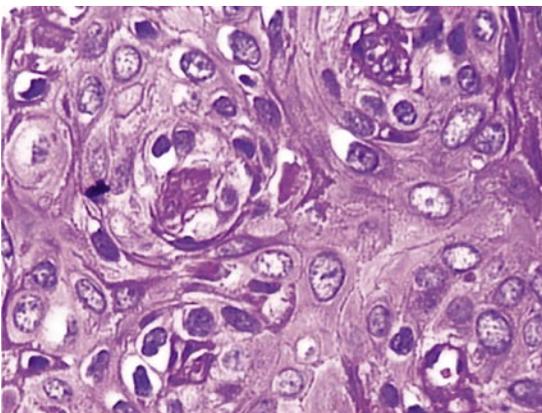


Figura 4. Presencia de perlas córneas. Hematoxilina-Eosina, 200X.

Dentro de los exámenes paraclínicos solicitados se encontraron los siguientes resultados: hemoglobina (10,2 g/dl), hematocrito 35,6%, leucocitos $11.100/\text{mm}^3$, plaquetas $378.000/\text{mm}^3$, VDRL no reactivo, Test de Elisa-HIV negativo, glicemia 88 mg/dl, urea 4 mg/dl, creatinina 0,6 mg/dl, ácido úrico 3,14 mg/dl, DHL 250 mg/dl, bilirrubina total 1 mg/dl, bilirrubina directa 0,31 mg/dl, TGO 16 U/L y TGP 14 U/L.

El ecograma obstétrico transabdominal visualiza feto único vivo, con biometría fetal acorde para 17 semanas de gestación, sexo masculino, sin alteraciones estructurales. Cordón umbilical con sus 3 elementos vasculares, placenta insertada en cara anterior madurez grado 0 y líquido amniótico de volumen normal.

Se formulan los siguientes diagnósticos: embarazo de 17 semanas, cáncer cérvico-uterino infiltrante de células grandes, edad materna avanzada, gran multiparidad.

Es evaluada por el servicio de Oncología y Radioterapia. Se realiza estadificación del tumor, tratándose de un carcinoma en estadio IIB. Se aconseja la interrupción de la gestación para el inicio del tratamiento coadyuvante. Se discute el caso entre los servicios de Obstetricia, Oncología y Radioterapia y las autoridades directivas de la institución, concluyéndose que el tratamiento recomendado sería la radioterapia pélvica (5000 CGy) con la consecuente culminación del embarazo. Se plantea la opción a la paciente y sus familiares, quienes acceden a lo propuesto.

Sin embargo, la paciente presentó durante su primer día de estancia hospitalaria pérdida de líquido claro en abundante cantidad por genitales, iniciándose un aborto inminente. Posteriormente, la paciente expulsa feto masculino de 300 gramos aproximadamente; procediéndose a practicar legrado uterino con fijación del cuello en su labio posterior, debido al impedimento que causaba la lesión.

La paciente egresa a las 48 horas en buenas condiciones generales, habiendo recibido antibióticoterapia y cuidados paliativos. Actualmente es manejada por el servicio de Oncología y Radioterapia, encontrándose en espera para el inicio de radioterapia pélvica a dosis de 200 a 5000 CGy y posterior implante intracavitario.

DISCUSIÓN

La asociación entre el cáncer y el embarazo es poco común, hecho notorio en la revisión de la literatura efectuada. El carcinoma de cuello uterino es el cáncer más frecuentemente diagnosticado durante el embarazo (11), aunque otras series señalan que es el cáncer de mama (12).

La incidencia general de cáncer asociado al embarazo es baja, sin embargo presenta una tendencia al alza debido al incremento de los embarazos en edad avanzada, como en el presente caso. Actualmente en los Estados Unidos de Norteamérica, entre 1 y 3% de los casos se diagnostican en el embarazo (11).

El diagnóstico de cáncer durante la gestación ocasiona una serie de conflictos tanto a la madre, a la familia, como al equipo médico tratante; enfrentándolos a desafíos que van desde el aspecto médico, psicológico y ético, los cuales conllevan riesgos adicionales al binomio madre-hijo en su concepción natural (8). La asociación del embarazo al cáncer de cuello uterino hace aún más difícil una acertada estadificación clínica; la precisión en la identificación de la extensión tumoral es aún más difícil debido a que la induración y/o nodulación en la base de los parametrios, característico del compromiso tumoral, se hace menos prominente durante el embarazo, generando en muchos casos una subestimación de la extensión tumoral (11).

Existen factores que favorecen el recrudecimiento de esta patología durante el embarazo, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: (a) la falta de un control prenatal en la mayoría de las mujeres embarazadas, (b) la baja cobertura en el programa de pesquisa del cáncer de cérvix, y (c) la resistencia del personal de salud a explorar a una mujer embarazada ante la falsa sensación de atribuir los signos y síntomas al propio embarazo (2). Este último, representa un problema importante para el diagnóstico, ya que con frecuencia no se hace durante el embarazo, porque a la hemorragia genital se le atribuye origen obstétrico y no se efectúa especuloscopia (8).

Con relación al cáncer cervicouterino asociado al embarazo se ha observado una disminución en la edad promedio de las pacientes de 34 años a 29 años, la cual se ha asociado a una precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, el aumento en el número de compañeros sexuales y a la falta de cobertura de los programas de pesquisa (13). Esto pudo notarse en el presente caso, donde la paciente manifiesta el inicio de sus relaciones sexuales durante la etapa de la adolescencia, diversos compañeros, así como la no participación en programa de pesquisa, a pesar de ser una paciente múltipara, sólo refiere haberse realizado la citología cérvico-vaginal durante su primer embarazo.

Se conoce que la infección por el virus del papiloma humano (VPH) esta asociada al desarrollo de este tipo de neoplasia (4,5). La infección por este virus es un hallazgo probable en la mujer embarazada, estudios recientes han reportado la

detección de VPH de alto riesgo por medio de DNA en el 37,2% de las mujeres embarazadas y en el 14,2% de mujeres no embarazadas; los tipos oncogénicos de VPH 16 y 18 son los más comunes en el embarazo (14). Por ello, es importante la tipificación viral en cualquier paciente embarazada o no, que presente una lesión premaligna o cancerosa. No obstante en esta paciente no pudo realizarse el estudio debido a las limitaciones económicas y tecnológicas de la institución.

Los beneficios de los estudios diagnósticos, así como de tratamiento con cirugía, radioterapia y quimioterapia deberán ser sopesadas cuidadosamente contra el riesgo a la madre y feto. La decisión de tratar o retrasar el tratamiento en la mujer embarazada con cáncer es difícil. Está influenciada por diversos factores como la etapa clínica de la enfermedad, la edad gestacional, las condiciones generales del feto y de la madre. Así como también de los principios éticos, culturales y religiosos de la paciente, siendo lo más importante, el deseo de la madre de continuar o no con el embarazo, después de ser informada sobre los riesgos y beneficios del tratamiento para ella y el feto (2).

Hasta la fecha, los estudios han demostrado que la administración de fármacos citotóxicos durante el segundo y tercer trimestres plantea un mínimo peligro para los fetos en desarrollo. No obstante, cuando estos fármacos se administran durante el primer trimestre, la situación es diferente. Sin embargo, algunos estudios han sugerido que aun cuando la quimioterapia se administre en el primer trimestre, se pueden obtener neonatos sanos y con un desarrollo neurológico normal (1).

Cuando el embarazo se complica por la presencia de un cáncer, el inicio del tratamiento es crucial. Se debe sopesar el beneficio de retrasar el tratamiento y obtener maduración fetal que garanticen la mayor viabilidad y las repercusiones maternas de dicho retraso, así como los posibles riesgos de iniciar el tratamiento oncológico.

El cáncer cérvico-uterino, tiene dos etapas o fases bien definidas: la preinvasora y la de invasión; siendo curable en sus etapas precoces, por lo cual para tratarlas se necesita de programas de detección precoz. De estos programas, ha resultado significativo que 3 a 5% de las embarazadas presenten resultados de citología anormal (8).

Actualmente, las pacientes embarazadas son mejor y más frecuentemente controladas, sumado a una mayor cobertura del examen de Papanicolaou (66%) lo que ha permitido realizar el diagnóstico de cáncer en estadios más precoces. Esto ha llevado a plantear a algunos autores que en los casos diagnosticados en estadio I, posponer el tratamien-

to hasta alcanzar viabilidad fetal (28-30 semanas), para iniciar la terapia de la madre, esto no parece influir en el pronóstico de la paciente y de su hijo (11).

La conización terapéutica esta contraindicada en el embarazo (9), puesto que se asocia a cervicorragias de gran magnitud y riesgo, así como a pérdida fetal en cualquier momento de la gestación. Este riesgo sólo se justificaría dudosamente si hay diagnóstico previo, histológico, de cáncer microinvasor IA1 ó IA2 (8). Asimismo la conización diagnóstica debe reservarse para situaciones en las cuales exista un riesgo significativo de cáncer invasor, que no pueda ser diagnosticado colposcopicamente y el hallazgo de la neoplasia pueda alterar el manejo de la paciente (9).

Sin embargo otros autores, han recomendado el empleo de la conización terapéutica con asas diatermias en los casos de cáncer cérvico-uterino sincrónicos. Se acepta en la actualidad retrasar el tratamiento hasta la obtención del producto a término, a menos que exista sospecha de microinvasión o invasión franca (15).

El cáncer invasor durante el embarazo se maneja de acuerdo con los protocolos que existen para la mujer no gestante, sin embargo debe ser individualizado tomándose en cuenta el estadio clínico, el tiempo de embarazo y la opinión de la paciente y su familia. No debe olvidarse que una herramienta valiosa como es la radioterapia, aplicada sobre la pelvis provocará la muerte fetal (8).

En aquellos casos de enfermedad localmente avanzada (estadios IIA a IVA), como en el presente caso, el estándar para el tratamiento de estas pacientes es la quimiorradiación (9). En nuestra paciente, a pesar de que este método terapéutico provocaría la muerte fetal fue planteado como la primera elección.

Hay 2 grandes límites de tratamiento: el quirúrgico y la radioterapia, ambos incompatibles con la viabilidad fetal. En el primer trimestre e inicio del segundo, una muy buena alternativa es la histerectomía radical más linfadenectomía pélvica (con feto in útero), mientras que en el tercer trimestre sería la operación cesárea seguida de histerectomía radical y linfadenectomía pélvica (8).

En el tercer trimestre lesiones voluminosas como IB2 (diámetro cervical 3-4 cm), con ganglios linfáticos comprometidos en alto porcentaje, se podría plantear operación cesárea, histerectomía extrafascial, sin linfadenectomía, más radioterapia externa y cesio intracavitario. Estos mismos casos, en el primer trimestre y contando con la autorización de la paciente, la indicación será de radioterapia externa, produciéndose óbito del embrión o feto. Es

posible esperar la evacuación espontánea o inducida vía vaginal, o incluso vía microcesárea porque el producto muerto y retenido puede infectarse, con riesgo alto sobre la vida de la paciente.

En la actualidad la radioterapia externa y el cesio va siempre acompañada de quimioterapia con dosis bajas de cisplatino, para sensibilizar las células tumorales a la acción radiante. Esta combinación ha producido un notable impacto en el pronóstico de la mujer, mejorando la supervivencia de estas pacientes con tumores de gran volumen, mostrando mejorar las tasas de sobrevida a 5 años en un 12%, comparada con la radioterapia exclusiva (9,16).

Se conoce que las radiaciones ionizantes presentan un riesgo potencial al feto, las consecuencias de la exposición prenatal a la radiación dependen de la dosis de radiación, su distribución y la edad gestacional en el momento que se realicen. Durante la edad gestacional en que se encontraba la paciente, la exposición a este tipo de radiaciones a un rango de 0,06-0,31 Gy expone al riesgo de retraso mental severo, microcefalia y crecimiento intrauterino retardado (17); peor aún en este caso donde la exposición directa sobre el área pélvica conduciría a la muerte fetal.

En cuanto a la resolución del embarazo, en los casos de cáncer microinvasor no esta contraindicado el parto vaginal y comparado con la operación cesárea, hay mayor posibilidad de regresión. No siendo así en el caso del cáncer invasor donde se preferirá la vía alta, ya que en el caso de la vía vaginal las complicaciones van desde hemorragias graves a infección y sepsis, hasta implantes tumorales en el sitio de la episiotomía (8).

Desde hace 20 años se ha publicado que el embarazo no parece influir en el pronóstico del cáncer de cuello uterino; no existe evidencia de que la sobrevida sea diferente cuando se compara con la de pacientes sin embarazo de la misma edad, estadio y tipo histológico (11,14). Sin embargo, el efecto del embarazo en la historia natural de la lesión intraepitelial cervical es controversial, algunos autores reportan que el embarazo no modifica la progresión de las lesiones moderadas a severas, otros describen una alta incidencia de regresión en el postparto (10).

La transmisión vertical de la neoplasia al producto es extremadamente rara y poco probable, aunque las células maternas alcancen al feto, debido a la barrera placentaria y al sistema inmune fetal. Sin embargo, la placenta representa un sitio ideal para metástasis debido a su abundante flujo sanguíneo, área de superficie y ambiente biológico favorable para el crecimiento (3).

En Venezuela, al igual que en otros países en vías de desarrollo, se presentan un alto número de pacientes diagnosticadas en estadios avanzados (II y III), tal como sucedió en este caso, mientras que en países del primer mundo se realizan diagnósticos precoces (4). Por ejemplo, entre los 4 millones de mujeres que anualmente se embarazan en los Estados Unidos, entre el 2 a 7% tienen una citología anormal durante el embarazo, de las cuales solo en 1,5 a 12 de cada 100.000 embarazos se complican por el diagnóstico de una neoplasia cervical (18).

La implementación de programas adecuados de tamización con citología cervical en los países desarrollados ha disminuido la incidencia y la mortalidad en cerca de un 75% (19). Si bien las muestras citológicas son más difíciles de interpretar durante el embarazo, su capacidad para determinar el grado de las lesiones intraepiteliales son citométricamente idénticas a las tomadas en mujeres no grávidas (9). Por tanto, la citología cérvicovaginal sigue siendo el método de cribado utilizado clásicamente, es económico, de fácil realización, con una alta especificidad (85-100%), pero una sensibilidad sub-óptima y variable (30-90%) (6). En cuanto a la toma de la muestra, el uso del cepillo endocervical y la espátula ha mostrado ser seguro y ha disminuido el número de citologías sub-óptimas, al compararse con la utilización de un aplicador de algodón y la espátula (20).

No sólo debe tenerse atención en caso del diagnóstico de lesiones premalignas, sino también en caso de la presencia de ASCUS o ASGUS en los frotis de Papanicolau que se efectúan durante el transcurso de la gestación, ya que pueden aumentar el número de falsos positivos e incrementar el riesgo de malignidad. En estos casos también debe tenerse en consideración la colposcopia, la cual es un procedimiento seguro durante el embarazo y de no evidenciarse malignidad, junto con la citología, constituyen una forma de vigilancia aceptada (21), aunque según otros autores también es aceptable diferir la colposcopia en embarazadas con hallazgos citológicos de ASCUS o lesiones de bajo grado hasta 6 semanas o más después del parto (22).

Por otra parte, si bien la apariencia colposcópica del cuello uterino también cambia durante la gestación y pueden dificultarla (9), permite no solo identificar la lesión, sino también la toma de muestras dirigidas. En nuestra paciente, a pesar de ser la lesión clínicamente visible, se utilizó este procedimiento para la visión global de todo el cérvix.

Aunque la toma de biopsias cervicales en la embarazada según algunos clínicos acentúa el riesgo de presentar sangrado, no existe evidencia de que

sea más riesgosa que cuando se realiza fuera del embarazo. En este sentido, los lineamientos del consenso de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical recomiendan biopsiar todas aquellas lesiones de alto grado (NIE II o NIE III) o cáncer (9).

Es claro que el manejo de la paciente embarazada con cáncer no es fácil, por tanto, el abordaje multidisciplinario es esencial para el óptimo resultado de la madre e hijo, requiriéndose de múltiples disciplinas médicas como el obstetra, el neonatólogo, el oncólogo y el radioterapeuta, así como del apoyo psicológico. No obstante, nuestra institución adscrita al principal hospital público del occidente venezolano, no cuenta con una infraestructura y equipos para el tratamiento oportuno de estas pacientes, lo cual convirtió a nuestra paciente en una estadística más, ya que hasta la fecha la enfermedad ha avanzado, sin que se le pudiese ofrecer una opción terapéutica que permitiera brindarle un pronóstico más favorable y mejorarle su calidad de vida.

No debe olvidarse el médico de su papel como educador y promotor de conductas saludables en pro de minimizar los factores de riesgos desencadenantes de estas neoplasias, y las autoridades de salud ejecutar medidas eficaces para mejorar la atención y la cobertura de los servicios de oncología y radioterapia de las instituciones públicas, de modo que un mayor número de pacientes puedan tratarse oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupp S, Einarson A, Koren G. Cancer in pregnancy: Motherisk on-line question and answer forum. *Can Fam Physician*. 2007;53(11):1891-2.
2. Teran-Porcayo MA, Gomez-Del Castillo-Rangel AC, Barrera-Lopez N, Zeichner-Gancz I. Cancer during pregnancy: 10-year experience at a regional cancer reference center in Mexico. *Med Oncol* 2008;25(1):50-3.
3. Corredor E, Castillo M. Cáncer en mujeres embarazadas y su extensión a la unidad fetoplacentaria. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(3):232-6.
4. Rodríguez Á, Santos M, Noguera M, Romero L. Seguimiento y sobrevida de pacientes con carcinoma invasor del cuello uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008;68(2):81-6.
5. Suárez CM, Mijares A, Castillo L, Briceño JM. Tipificación del VPH en cáncer de cuello uterino en la población venezolana. *Rev Venez Oncol* 2006;18(4):221-5.
6. Diestro MD, Serrano M, Gómez F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología (Barc.)* 2007;30(2):14-31.
7. Nevin J, Soeters R, Dehaeck K, Bloch B, Van Wyk L.

- Cervical carcinoma associated with pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2005;50:228-39.
8. Nazzari O. Cancer cérvico-uterino y embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(1):34-9.
 9. McIntyre-Seltman K, Lesnock JL. Cervical cancer screening in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008;35:645-8.
 10. Brown D, Berran P, Kaplan KJ, Winter WE 3rd, Zahn CM. Special situations: abnormal cervical cytology during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:178-85.
 11. Castro P, Yazigi R, Prado S, Garrido J, González M. Cáncer cervicouterino y embarazo: experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(4):274-8.
 12. Suhag V, Sunita B, Subhash S. Carcinoma breast in pregnancy and lactation. *Indian J Surg* 2004;66(4):209-15.
 13. Secretaría de Salud de México. Compendio de Cáncer/2000. Mortalidad/Morbilidad. Dirección General de Epidemiología.
 14. Hernández-Girón C, Smith JS, Lorincz A, Lazcano E, Hernández-Avila M, Salmerón J. High-risk human papillomavirus detection and related risk factors among pregnant and nonpregnant women in Mexico. *Sex Trans Dis* 2005;32:613-8.
 15. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción. Cáncer cervicouterino. 1ª edición, 2002.
 16. Morris M, Eifel PJ, Lu J, Grigsby PW, Levenback C, Stevens RE, *et al.* Pelvic radiations with concurrent chemotherapy compared with pelvic and para-aortic radiation for high-risk cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;340(15):1137-43.
 17. Rodríguez R, Soriano JL, Díaz O. Cáncer de mama y embarazo. *Rev Cub Obstet Ginecol* 2007;33(3). Hallado en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v33n3/gin07307.pdf>
 18. Hunter MI, Monk BJ, Tewari KS. Cervical neoplasia in pregnancy. Part 1: screening and management of pre-invasive disease. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(1):3-9.
 19. García G, Pachón JJ, Meneses RS, Zuleta JJ. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un periodo de seis años en un Hospital Universitario Colombiano. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(1):21-7.
 20. Lee JM, Lee KB, Kim YT, Ryu HS, Kim YT, Cho CH, *et al.* Cervical cancer associated with pregnancy: Results of a multicenter retrospective Korean study (KGOG-1006). *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(1):92.e1-6
 21. Tam KF. Atypical glandular cells in cervical smear during pregnancy and postpartum period. *Clin Med Res* 2005;3(1):1-2.
 22. Waxman AG; Zsemlye MM. Preventing cervical cancer: The Pap Test and the HPV vaccine. *Med Clin N Am* 2008; 92:1059-82.
-

Revista de Revistas

Tiempo de acortamiento cervical en el trimestre medio en mujeres de alto riesgo (1)

Szychowski JM, Owen J, Hankins G, Iams J, Sheffield J, Perez-Delboy A, Berghella V, Wing DA, Guzman ER; Vaginal Ultrasound Cerclage Trial Consortium. Timing of mid-trimester cervical length shortening in high-risk women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33(1):70-5.

Análisis crítico: Claudio Vera PG. MSc ^{1,2}, Juan C. Manoli M. ³, Jorge Carvajal C. PhD ¹

¹ Unidad de Medicina Materno-Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, ² Unidad de Medicina Basada en Evidencias, ³ Programa de Postgrado en Obstetricia y Ginecología; Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN (1)

Objetivo: Examinar la historia natural de acortamiento cervical en mujeres con antecedente de al menos un parto prematuro espontáneo entre las 17+0 y 33+6 semanas de gestación. **Métodos:** Este fue un análisis de datos previos a la aleatorización de un estudio multicéntrico Vaginal Ultrasound Cerclage Trial. Ultrasonografía seriada de la longitud cervical se realizó en 1.014 mujeres de alto riesgo desde las 16+0 a las 22+6 semanas. Se realizó un análisis de sobrevida en el cual el evento de interés fue acortamiento cervical < 25 mm y los datos fueron censados si el evento no ocurrió antes de las 22+6 semanas de gestación. La incidencia de acortamiento cervical y el tiempo al acortamiento fue comparado entre las mujeres cuyo parto pretérmino más precoz fue en el trimestre medio, definido como < 24 semanas, con aquellas con parto pretérmino entre las 24-33 semanas. Comparaciones similares se realizaron basados en la historia de parto más reciente para cada paciente. **Resultados:** El tiempo al acortamiento cervical, por análisis de sobrevida, fue significativamente más breve (hazard ratio HR = 2,2; p<0,0001) y el riesgo relativo (RR) de acortamiento significativamente mayor (RR= 1,8; p<0,0001) para las mujeres cuyo parto prematuro previo más precoz fue < 24 semanas (Tabla I). El efecto fue mayor en las mujeres cuyo

parto prematuro previo más reciente fue < 24 semanas (HR 2,8; p<0,0001; RR = 2,1; p<0,0001) (Tabla II). Los efectos persistieron significativos luego de ser ajustados por factores confundentes en un modelo multivariable proporcional de Cox. **Conclusión:** Mujeres con antecedente de un parto prematuro previo espontáneo menor de 24 semanas tienen un riesgo elevado de acortamiento cervical, con mayor tasa y a menor edad gestacional que mujeres con antecedente de parto prematuro a mayor edad gestacional.

ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

A.Relevancia clínica de la investigación

¿En embarazadas con antecedente de parto prematuro previo: la edad gestacional del parto prematuro previo afecta la incidencia de parto prematuro o tiempo al acortamiento cervical en el embarazo en curso? El antecedente de parto prematuro previo con acortamiento cervical del trimestre medio confieren importante riesgo de parto prematuro (2), existe menos información sobre su interacción, evolución natural y mecanismos involucrados. Su comprensión puede favorecer una mejor implementación y estudio de medidas preventivas y/o terapéuticas.

B.El estudio (1)

Diseño: Datos de la cohorte prerandomización del estudio Vaginal Ultrasound Cerclage Trial fueron evaluados en un análisis secundario. **Pacientes:** Se enrolaron embarazadas con antecedente de parto prematuro menor de 34 semanas, sin indicación de cerclaje profiláctico, con tamizaje para Chlamydia Trachomatis y gonococo, tratadas en caso de infección vaginal sintomáticas, y que se siguieron con ultrasonografía transvaginal seriada con un primer control entre las 16 y 21+6 semanas y seguimiento bisemanal si el acortamiento cervical se encontraba entre 25 y 29 mm. Con evaluación final a las 22+6 semanas. Pacientes con acortamiento < 25 mm se consideraron candidatas a participar del estudio randomizado. **Exposición:** Con propósito de la investigación se consideró que el parto pretérmino previo estaba en el trimestre medio si la edad gestacional fluctuaba entre 17+0 y 23+6 semanas. Las mujeres fueron estratificadas en embarazadas con antecedentes de parto pretérmino < 24 semanas y con parto pretérmino tardío (24+0 a 33+6 semanas)

además de estratificación por el antecedente de parto pretérmino más precoz y más tardío. **Evento de interés:** Tiempo al acortamiento < 25 mm hasta las 22+6 semanas. Si el acortamiento no se observa la paciente fue considerada como censada para efectos del análisis de sobrevivencia. **Resultados:** Se presentan los resultados de 1.014 registros completos de mujeres que cumplieron los criterios de inclusión para seguimiento.

C.Análisis crítico

Validez: Para el análisis de validez se utilizó la guía para estudios sobre factores pronósticos (3). Considerando los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes reclutados en el estudio previo, en el cual se seleccionó una población de alto riesgo de parto prematuro espontáneo y sin comorbilidades que pudieran explicar o ser causa de una interrupción anticipada del embarazo, y por lo tanto de un parto prematuro iatrogénico, es posible que la población estudiada no sea representativa de la población global con antecedentes de parto prematuro, lo que

Tabla I
EDAD GESTACIONAL DEL PARTO PREMATURO MAS PRECOZ

Grupo (sem)	n	EG media del parto prematuro previo (sem)	Cuello corto < 25mm n(%)	Riesgo Relativo (IC 95%)	Hazard Ratio (IC 95%) Cox no ajustado	Hazard Ratio (IC 95%) Cox ajustado
<24	331	20,3 ± 1,8	149(45%)	1,8 (1,5 a 2,2)	2,2 (1,8 a 2,8)	2,0 (1,6 a 2,5)
24 a 33+6	683	28,7 ± 2,9	169(25%)			

EG: edad gestacional. IC: Intervalo de confianza

Tabla II
EDAD GESTACIONAL DEL PARTO PREMATURO MAS RECIENTE

Grupo (sem)	n	EG media del parto prematuro previo (sem)	Cuello corto < 25mm n(%)	Riesgo Relativo (IC 95%)	Hazard Ratio (IC 95%) Cox no ajustado	Hazard Ratio (IC 95%) Cox ajustado
<24	238	20,4 ± 1,8	123(52%)	2,1 (1,7 a 2,4)	2,8 (2,2 a 3,5)	2,5 (2,0 a 3,1)
24 a 33+6	776	32,0 ± 5,2	195(25%)			

EG: edad gestacional. IC: Intervalo de confianza

constituiría un sesgo de selección.

Este análisis secundario planificado incluye solo pacientes con registros completos, no se explicita a cuántas se excluyó y los motivos. Los grupos comparados fueron homogéneos con respecto al factor de riesgo más relevante (antecedente de parto prematuro) pero no lo fueron con respecto a otros factores pronósticos, diferencias que fueron consideradas en el momento del análisis. No es posible evaluar el grado de seguimiento dado que el análisis se restringe a los registros completos. La selección del evento de interés como tiempo al acortamiento menor de 25 mm es arbitraria y basada en estudios previos. No se evalúa el tiempo al parto prematuro en el embarazo en curso dado la naturaleza del estudio primario, por lo cual el evento de interés se restringe a un evento intermedio. La estratificación y definiciones son específicas para el estudio, sin embargo, se incluye información suficiente para determinar si los pacientes en la práctica clínica se asemejarían a los del estudio. Se realizaron esfuerzos por mantener una evaluación objetiva y válida de la evaluación ultrasonográfica del cuello. El análisis de sobrevida considera potenciales factores pronósticos desbalanceados en los grupos con una estimación ajustada de la asociación.

Si bien, la población estudiada no es 100% representativa de la población global con antecedentes de parto prematuro, determinada por los criterios de inclusión y exclusión, se establecieron condiciones que son reproducibles en un ambiente hospitalario en el que nos desempeñamos día a día, ya que un porcentaje de nuestras pacientes son sanas o tienen comorbilidades que son trata-

bles o manejables, por lo tanto los resultados obtenidos en este estudio son aplicables a pacientes similares de la práctica clínica habitual.

Conclusión: Estimamos que este estudio destaca la importancia de considerar la edad gestacional del antecedente de parto prematuro como un factor pronóstico relevante al momento de estimar el riesgo de acortamiento cervical y la velocidad de acortamiento. Embarazadas con antecedente de parto prematuro previo menor de 24 semanas tienen mayor riesgo de acortamiento cervical y menor tiempo al acortamiento que embarazadas con antecedente de parto prematuro de mayor edad gestacional, su implicancia en el manejo y tratamiento aún está por definir en la medida que se desarrollen estrategias efectivas para el tratamiento de pacientes con acortamiento cervical.

REFERENCIAS

1. Szychowski JM, Owen J, Hankins G, Iams J, Sheffield J, Perez-Delboy A, Berghella V, Wing DA, Guzman ER; Vaginal Ultrasound Cerclage Trial Consortium. Timing of mid-trimester cervical length shortening in high-risk women. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33(1):70-5.
2. Celik E, To M, Gajewska K, Smith GC, Nicolaides KH. Cervical length and obstetric history predict spontaneous preterm birth: development and validation of a model to provide individualized risk assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;31(5):549-54.
3. Randolph A, Bucher H, Richardson WS, Wells G, Tugwell P, Guyatt G. Prognosis. In: Guyatt G, Rennie D, editors. *User's Guides To The Medical Literature: A Manual of Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago: JAMA Press; 2002. p. 141-54.

Crónica

LA LICENCIA MÉDICA: DOCUMENTO DEL DEPARTAMENTO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

(http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/etica/art_interes/090924licencias_medicas.doc)

En los últimos días, los medios de comunicación han informado profusamente acerca de la situación de dieciséis médicos que habrían otorgado un número inusualmente alto de licencias médicas a personas que no requerían de descanso laboral por una determinada patología, incurriendo en falsedad en la extensión de estos certificados.

La información aparecida en medios de prensa se originó con posterioridad a la emisión de un programa televisivo en el que médicos habrían sido grabados en sus consultas, sin su voluntad o conocimiento, mientras otorgaban fraudulentamente licencias.

Con ocasión de estas informaciones, diversos actores del ámbito político y sanitario han manifestado su opinión en orden a modificar el sistema de otorgamiento de licencias médicas existente en nuestro país, planteando algunos, incluso, la reducción de los beneficios previsionales de que gozan actualmente las personas que hacen uso de una licencia médica o la limitación de las licencias que los facultativos pueden otorgar.

Ante esta diversidad de opiniones y propuestas, el Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile ha estimado imprescindible manifestar su parecer, al tenor de los preceptos éticos que rigen nuestra profesión.

En primer término, es preciso señalar que el "Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por los COMPIN e Instituciones de salud Provisional" (D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud) (1) dispone que, para los efectos de dicho Reglamento, se entiende por licencia médica el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, según corresponda, recono-

cida por su empleador en su caso, y autorizada por la entidad correspondiente, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio de incapacidad laboral con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda.

En segundo término, desde un punto de vista médico, el otorgamiento de licencia por parte de un facultativo, debe entenderse como parte del acto médico, pues el descanso forma parte de la terapia y, por consiguiente, el médico no sólo tiene la facultad de otorgarla sino que tiene la obligación de hacerlo, cuando corresponda de acuerdo con la *lex artis*.

Por consiguiente, el médico, al otorgar una licencia, y tal como ocurre con cualquier otra indicación terapéutica, está sometido a las disposiciones del Código de Ética del Colegio Médico de Chile (2), y cualquier acto fraudulento o negligente que en este otorgamiento realice, podrá ser sancionado por los Tribunales de Ética de nuestra Orden.

En este sentido, cobran especial relevancia las disposiciones contenidas en los artículos 7 y 12 del Código de Ética, aplicables a las conductas fraudulentas, y las contenidas en el artículo 22 del mismo Código, referidas a las conductas negligentes en que incurra un profesional.

Con el objeto de hacer efectivo el control ético en esta y otras materias, el Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile estima indispensable la pronta aprobación del proyecto de ley de Colegios Profesionales, que se encuentra actualmente en tramitación en el Congreso Nacional, por cuanto permitirá aplicar sanciones efectivas a todos los profesionales que infrinjan la ética médica en el otorgamiento de una licencia. En efecto, en la actualidad el otorgamiento de licencia falsa no lleva

aparejada, necesariamente, la suspensión del ejercicio profesional, y es precisamente ésta la sanción más acorde con la naturaleza de la falta cometida. Pues bien, con la restitución efectiva del control ético, quien cometa fraude en el otorgamiento de una licencia, o lo haga de manera negligente, podrá ser juzgado por el tribunal de ética que corresponda y sancionado con la suspensión del ejercicio profesional.

Por otra parte, se ha señalado que la implementación de un sistema de licencia médica electrónica permitiría reducir las posibilidades de fraude en el otorgamiento de licencias, facilitando la fiscalización. A este respecto, es menester señalar que, en la actualidad, las autoridades facultadas para fiscalizar estas materias disponen de la información necesaria para llevar a cabo sus tareas fiscalizadoras, las cuales no han sido ejecutadas con suficiente esmero. Ahora bien, el Departamento de Ética ve con preocupación la implementación de un sistema de licencia médica electrónica que no resguarde suficientemente la confidencialidad de la información de salud contenida en una licencia.

El Código de Ética del Colegio Médico es especialmente riguroso en la protección de la confidencialidad de la información que el facultativo obtiene en el ámbito de la relación médico-paciente, haciéndolo responsable de su cautela (artículos 29 y siguientes del Código de Ética).

En cuanto a la implementación de un sistema de licencia médica electrónica, cobra especial relevancia la norma contenida en el artículo 35 del mencionado Código, que prohíbe a todo médico *"participar en la constitución de bancos de datos sanitarios, en los cuales la reserva de la confidencialidad no esté garantizada"*.

Por otra parte, resulta imprescindible esclarecer quiénes serán los operadores o controladores del sistema que se pretende implementar, pues pueden suscitarse conflictos de intereses que pongan en peligro la confidencialidad de la información contenida en el sistema.

Hemos señalado más arriba que, entre las modificaciones sugeridas al sistema de licencias, está la reducción de los derechos de que gozan los trabajadores a quienes se prescribe reposo, estableciéndose una suerte de *"deducible"*, y la limitación de las licencias que los facultativos pueden otorgar.

En cuanto a la primera limitación, si bien ello no

guarda relación estricta con la actividad médica de quien prescribe el reposo, este Departamento de Ética no puede dejar de observar la inconveniencia de una medida de esta naturaleza, ante el estado actual del sistema de bienestar social existente en Chile. En efecto, se suele argumentar que, en otras naciones, el trabajador que goza de licencia no tiene derecho al pago íntegro de su remuneración, sino que a una cantidad reducida, en una proporción que varía en cada país. Sin embargo, al hacer estas comparaciones, se omite considerar las realidades diversas existentes entre países desarrollados y Chile, donde el sistema de seguridad social es considerablemente más exiguo.

La segunda de las medidas señaladas, esto es, la limitación de las licencias que un facultativo puede otorgar, resulta francamente sorprendente, por cuanto los médicos tienen el deber de otorgar descanso o reposo a un paciente cuando la *lex artis* así lo establece.

Finalmente, no podemos dejar de referirnos a la utilización en programas de televisión de grabaciones ocultas, en recintos privados, con el objeto de denunciar la comisión de fraude en el otorgamiento de licencias médicas. La filmación y difusión de estas imágenes no sólo tiene connotaciones penales, sino que también éticas, por cuanto se vulnera la intimidad de los afectados. La finalidad perseguida, denunciar los ilícitos cometidos, no justifica los medios empleados. Por consiguiente, las autoridades competentes deben fiscalizar de manera responsable y continua el correcto otorgamiento de licencias médicas, evitando utilizar medios inapropiados en un Estado de Derecho.

Departamento de Ética.
Colegio Médico de Chile.
Santiago, septiembre de 2009.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Reglamento de Autorización de Licencias Médicas por los COMPIN e Instituciones de Salud Provisional. DS N° 3, 1984, Hallado en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=7281>
2. Colegio Médico de Chile, 2008. Código de Ética. Hallado en: http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/etica/090305codigo_etica.pdf