



XXXVIII CONGRESO
CHILENO DE
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA
2021

CONTRIBUCIONES 2021

ÍNDICE

CONTRIBUCIONES 2021

ANTICONCEPCIÓN

- 8** CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA REGIÓN DE AYSÉN, CHILE

GINECOLOGÍA GENERAL

- 10** CORRELACIÓN ENTRE MODELOS PREDICTIVOS IOTA (LR2 Y SIMPLE RULES) Y RESULTADO HISTOLÓGICO EN LESIONES ANEXIALES EN UNIDAD DE ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN ENTRE ENERO 2018 Y MARZO 2020.
- 12** EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ABSCESO TUBO OVÁRICO (ATO) DURANTE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ
- 13** CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITO-COLPO-HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON GENOTIPIFICACIÓN HPV POSITIVA.
- 14** MANEJO DEL PÓLIPO ENDOMETRIAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PADRE HURTADO ENTRE 2014 A 2019.
- 15** LAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DE LESIONES ANEXIALES PRESUNTAMENTE BENIGNAS: ANÁLISIS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
- 16** TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO: ANÁLISIS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

- 17** AMENORREA PRIMARIA DERIVADA DE MALFORMACIÓN MULLERIANA: SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, ASOCIADA A ENDOMETRIOSIS PÉLVICA.

- 18** PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO DEBIDO A INFECCIÓN POR ACTINOMYCES ASOCIADO A FÍSTULA CUTÁNEA: REPORTE DE CASO

- 19** EVISCERACIÓN INTESTINAL POR CÚPULA VAGINAL POSTERIOR A HISTERECTOMIA: REPORTE DE 2 CASOS EN HOSPITAL EL PINO

- 20** NODULO ESTROMAL ENDOMETRIAL: REPORTE DE CASO

- 21** EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESAREA: MANEJO MÉDICO CON APLICACIÓN INTRAGESTACIONAL DE METROTREXATO

- 22** LEIOMIOMAS GIGANTES, PROPUESTA DE MANEJO Y REVISIÓN DE DOS CASOS

- 23** CISTOADENOMA SEROSO DE TUBA UTERINA: REPORTE DE UN CASO

- 24** ENFRENTAMIENTO DE GENITORRAGIA PREPUBERAL Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

- 25** PLEUROASCITIS HEMORRÁGICA COMO PRESENTACIÓN DE ENDOMETRIOSIS EXTRAPÉLVICA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

- 26** CISTOADENOMA SEROSO EN LIGAMENTO ANCHO
- 27** EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL EN PACIENTE PRIMIGESTA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

- 29** CIRUGÍA DE RE ETAPIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA CÁNCERES GINECOLÓGICOS
- 30** CORIOCARCINOMA GESTACIONAL EN UN EMBARAZO DE SEGUNDO TRIMESTRE NO MOLAR, A PARTIR DE UN CASO
- 31** NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO
- 32** TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELIOIDE CON METÁSTASIS A COROIDES: CASO CLINICO DE HOSPITAL SOTERO DEL RIO
- 33** LEIOMIOMATOSIS INTRAVENOSA DE ORIGEN PELVIANO CON EXTENSIÓN INTRACARDIACA Y ARTERIAS PULMONARES. REPORTE DE UN CASO
- 34** CÁNCER GERMINAL DE OVARIO, STRUMA OVARII. A PROPÓSITO DE UN CASO
- 35** CANCER CUELLO UTERINO Y EMBARAZO
- 36** MANEJO CANCER DE MAMA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

MEDICINA MATERNO FETAL

- 38** ROL DE LA ECOGRAFÍA PARA DETERMINAR FETOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

- 39** CERCLAJE COMO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCOMPETENCIA CERVICAL, EXPERIENCIA EN HOSPITAL DRA. ELÓISA DÍAZ
- 40** DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES EMBARAZADAS HOSPITALIZADAS POR INFECCIÓN GRAVE POR SARS-COV-2 DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2021 EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RIO
- 41** INMUNIDAD INDUCIDA POR PRIMO-INFECCIÓN POR SARS-COV-2 PREVIO AL EMBARAZO PERDURA HASTA EL PARTO CON TRASPASO DE INMUNIDAD PASIVA AL NEONATO: REPORTE DE UN CASO
- 42** USO DE REPLECIÓN E INYECCIÓN CON LÁTEX PARA EL ESTUDIO VASCULAR PLACENTARIO POSTERIOR AL TRATAMIENTO LÁSER DE UN SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETALA PROPÓSITO DE UN CASO
- 43** RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE PACIENTES SOMETIDAS A CERCLAJE POR INCOMPETENCIA CERVICAL DESDE 2006 A 2020 EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.
- 44** RESULTADOS CERCLAJES PROFILÁCTICOS POR INCOMPETENCIA CERVICAL; CERCLAJE SIMPLE VERSUS DOBLE
- 45** DESCRIPCIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CATASTRÓFICA Y NECESIDAD DE ECMO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO.
- 46** CETOACIDOSIS NORMOGLICÉMICA EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASOS.
- 47** SITUACIÓN ACTUAL DE LA COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO EN CHILE
- 48** REPORTE DE MALFORMACIONES FETALES DIAGNOSTICADAS EN COMITÉ ECOGRÁFICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA, ENTRE JUNIO 2020 Y JUNIO 2021

49 EMBARAZO GEMELAR MONOAMIÓTICO: SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2019

50 EMBARAZO GEMELAR MONOAMIÓTICO: SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2019

51 INFECCIÓN GRAVE POR SARS-CoV-2 Y EMBARAZO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS PERINATALES EN UNA MATERNIDAD CHILENA

52 TRANSLUCENCIA NUCAL AUMENTADA Y RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS: EXPERIENCIA CIMAF - HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

53 DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ACRETISMO PLACENTARIO Y SU CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA EN HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

54 IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ MEDIANTE AMNIOCENTESIS

55 DEBUT DE ARTERITIS DE TAKAYASU EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

56 DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ANEURISMA DEL SENO DE VALSALVA AÓRTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

57 Leucemia Fetal en feto euploide. Reporte de un caso

58 EXIT (EX UTERO INTRAPARTUM TREATMENT) EN OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA FETAL. EXPERIENCIA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

60 HIDROPS FETAL RECURRENTE: REPORTE DE DOS CASOS CON DIAGNÓSTICO POR ESTUDIO DE SECUENCIACIÓN EXÓMICA (WES).

61 REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE MARFAN Y EMBARAZO

62 TRISOMÍA PARCIAL DEL CROMOSOMA 22 ASOCIADA A RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO COMO RESULTADO DE UNA TRANSLOCACIÓN BALANCEADA MATERNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

63 DESPRENDIMIENTO INTERMEMBRANA ESPONTÁNEO EN EMBARAZO GEMELAR BICORIAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA EN BASE A UN CASO CLÍNICO.

64 MANEJO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ. REPORTE DE UN CASO

65 CARDIOPATÍA CORONARIA ISQUÉMICA PREEXISTENTE EN LA MUJER EMBARAZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MEDICINA REPRODUCTIVA

67 CARACTERIZACIÓN DE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS: ANÁLISIS CONSECUTIVO DE 1025 CASOS

68 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES CHILENAS QUE CRIOPRESERVAN OVOCITOS EN FORMA ELECTIVA

69 LA VITAMINA E DISMINUYE LAS ALTERACIONES EN EL DESARROLLO TESTICULAR EN RATONES EXPUESTOS A ÁCIDO VALPROICO

OBSTETRICIA

71 EXPERIENCIA EN PACIENTES GESTANES SARS COV-2 POSITIVAS (COVID 19), HOSPITAL LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA; PERIODO ABRIL 2020- JULIO 2021

72	PARTO DE PRETÉRMINO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CONO LEEP	85	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL EMBARAZO. EXPERIENCIA DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO
73	ANÁLISIS Y EMPLEO DEL MODELO DE ROBSON PARA CLASIFICAR LAS CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA ENTRE NOVIEMBRE 2020 Y MARZO 2021.	86	RELACIÓN ENTRE LA EDAD DEL OPERADOR Y LA TASA DE FÓRCEPS REALIZADOS ENTRE EL AÑO 2013 Y 2019 EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC-CHRISTUS
75	VALORES DE CORTE PARA LOS PARÁMETROS DEL PERFIL LIPÍDICO DURANTE EL EMBARAZO: SCOPING REVIEW	87	ANÁLISIS DE EXPERIENCIA DE PARTO INSTRUMENTAL CON VACUUM EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
76	Análisis de re-operaciones no programadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de Clínica Alemana de Santiago. Experiencia de 9 años.	88	OBESIDAD Y EMBRAZO: ¿PANDEMIA INVISIBLE? ANÁLISIS DE COMPLICACIONES PERINATALES EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
78	Clasificación de partos y cesáreas según grupos de Robson, de los años 2018 a 2021, en Clínica Alemana de Santiago.	89	TERATOGENICIDAD FETAL Y COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO, POR CONSUMO CRONICO DE PASTA BASE DE COCAINA, TETRAHIDROCANNABINOL (THC) Y ALCOHOL. REPORTE DE UN CASO
79	Prevención de la primo cesárea: Experiencia de versión externa a céfálica en el Hospital Padre Hurtado	91	SINDROME DE OBSTRUCCIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR (CHAOS) COMO CAUSA DE ASCITIS FETAL GENERALIZADA. REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL DR LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA AÑO 2020
80	ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTARIO: DIAGNOSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO. EXPERIENCIA HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA	92	INFECCIÓN INTRAAMNIOTICA POR CANDIDA ALBICANS; A PARTIR DE UN CASO
81	EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LEY IVE ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2020, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.	93	REPORTE DE CASO: DIAGNÓSTICO PRENATAL DE OBSTRUCCIÓN YEYUNOILEAL.
82	CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE SUFRIERON OASIS DURANTE LOS AÑOS 2019-2021 EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.	94	SINDROME DE HELLP VS. SINDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN EL PERIODO POSTPARTO A PROPÓSITO DE UN CASO
83	DINOPROSTONA VAGINAL EN INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	95	DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE FETOS CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL TARDÍO E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A RESULTADOS ADVERSOS INTRAPARTO
84	HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS: ANÁLISIS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE DOS CENTROS EN SANTIAGO, CHILE		

- 96** TRANSAMINITIS EN EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO
- 97** ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE DOS CASOS.
- 99** MENINGITIS TUBERCULOSA EN EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO.
- 101** HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO EN SÍNDROME DE HELLP NORMOTENSIVO, REPORTE DE UN CASO.
- 102** HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A ADENOMA SUPRARRENAL EN EL EMBARAZO; REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL EL PINO

PATOLOGÍA MAMARIA

- 104** ULTRASONIDO INTRAOPERATORIO PARA ESTABLECER MÁRGENES DE SEGURIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA CONSERVADORA DE LA MAMA. EXPERIENCIA REPORTADA DESDE JULIO DEL 2016 A JUNIO DEL 2021 POR UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.
- 106** CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

PISO PÉLVICO Y URO GINECOLOGÍA

- 108** SUSPENSIÓN ALTA AL LIGAMENTO UTEROSACRO CON SUTURAS PERMANENTES EN EL PROLAPSO APICAL: SEGUIMIENTO A 24 MESES
- 109** TÉCNICA DE LEFORT MODIFICADA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL FEMENINO A PROPOSITO DE UN CASO
- 110** REPARACIÓN DE LESIÓN OBSTÉTRICA DE ESFÍNTER ANAL GRADO 4 TRAS PARTO VAGINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO



ANTICONCEPCIÓN

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS DE LA REGIÓN DE AYSÉN, CHILE

Flores, L.; Conei, D. & Flores, L.

Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Aysén, Coyhaique, Chile.

INTRODUCCIÓN

En Chile, la incidencia de VIH/SIDA ha registrado un aumento de 173% entre los años 2010 a 2019, existiendo 15 mil personas portadoras del virus sin saberlo, destacando la población adolescente. En la Región de Aysén, entre el 2016 y 2017 el aumento fue de 81%. El principal factor de esta alza, es la falta de información adecuada sobre sexualidad, por lo que el objetivo de estudio fue establecer el nivel de conocimientos sobre la infección por VIH/SIDA que poseen los adolescentes de la Región de Aysén.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en donde a través de un muestro no probabilístico por conveniencia, se seleccionó a 445 adolescentes entre 14 a 19 años provenientes de 10 establecimientos educacionales de las provincias de Coyhaique, Puerto Aysén y Puerto Cisnes. Se les aplicó una adaptación del cuestionario de prevención del SIDA de Ballester et al., también se realizó una caracterización sociocultural y determinación del uso de sustancias (alcohol, tabaco y drogas).

RESULTADOS

De los 445 adolescentes, 224 fueron hombres y 221 mujeres, 53% de ellos convive con ambos padres y un 65,9% no practica alguna religión con un 48% de padres católicos. Del total, 25% es repitente, 45,6% consume alcohol, 24,7% tabaco y el 19% marihuana. Sobre conocimientos en temas de sexualidad, el 80% ha recibido información sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. La primera fuente de información ha sido en charlas educativas, en segundo lugar, el entorno familiar y luego le siguen campañas

gubernamentales. Sobre conocimientos específicos en VIH/SIDA, 90,1% ha recibido información, reconociendo sus formas de transmisión y mitos sobre ello. En cambio, sólo el 30,5% sabe que se transmite a través de la leche materna y a través de compartir una máquina de afeitar (31,7%), además, erróneamente, el 33,4% piensa que se pueden infectar a través de la orina. Con respecto al diagnóstico, la mayor parte de los alumnos concuerdan que para detectar la enfermedad es necesario una prueba sanguínea (80,3%) y declaran conocer el lugar donde se pueden realizar esta prueba (61,6%).

CONCLUSIONES

Se deben reforzar las medidas para la prevención del VIH mediante una entrega de información exacta, explícita y oportuna, antes y durante el periodo escolar en la adolescencia, como también garantizar y priorizar el acceso a los servicios que brindan atención en salud sexual y reproductiva para así disminuir las altas tasas de contagio de VIH de este grupo etario.



GINECOLOGÍA GENERAL

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

CORRELACIÓN ENTRE MODELOS PREDICTIVOS IOTA (LR2 Y SIMPLE RULES) Y RESULTADO HISTOLÓGICO EN LESIONES ANEXIALES EN UNIDAD DE ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN ENTRE ENERO 2018 Y MARZO 2020.

Oyaneder M., Cadena E., Reyes P., Ponce P

Universidad de Chile, Unidad de Ginecología General. Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA).

INTRODUCCIÓN

El uso de definiciones IOTA para describir y clasificar ecográficamente lesiones anexiales, ha logrado estandarizar su evaluación, permitiendo a operadores con distinto nivel de entrenamiento discriminar entre una probable lesión anexial benigna o maligna y así, derivar. Mediante el uso del modelo de regresión logística 2 (LR2, Sens. 92% y Espec. 86%. Punto de corte de malignidad 10%; Timmerman et al, UOG 2010) y Simple Rules (SR, Sens. 93% y Espec. 90%), es posible un abordaje diagnóstico prequirúrgico certero. Nuestro objetivo es evaluar la correlación ecográfica-histológica en pacientes intervenidas quirúrgicamente por patología anexial, clasificadas como benignas, luego de la evaluación ecográfica en HCSBA, que cuenta con unidad de ginecología oncológica.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes sometidas a intervención quirúrgica por patología anexial clasificadas como benignas, con evaluación en la unidad de ecografía ginecológica del HCSBA entre Enero 2018 a Marzo 2020. Se excluyeron pacientes con sospecha de malignidad, derivadas al equipo de ginecología oncológica (LR2 > 10% y/o presencia de una o más M-rules sin B-rules). Se analizaron las SR y LR2 calculado por el Software Astraia y resultados de la biopsia quirúrgica definitiva.

RESULTADOS

Se analizó un total de 159 lesiones anexiales, en 140 pacientes (19 lesiones bilaterales), las cuales se clasificaron como benignas según LR2 y/o SR; 94 premenopáusicas y 46 postmenopáusicas. Todas fueron sometidas a cirugía por el equipo de ginecología general del HCSBA. Según las SR se categorizaron 107 lesiones como benignas, de las cuales 7 obtuvieron LR2 > 10%, siendo 3 casos teratomas maduros, 2 cistoadenomas serosos, 1 cistoadenoma mucinoso, 1 cistoadenofibroma y 1 quiste de inclusión peritoneal. Hubo 33 lesiones categorizadas como indeterminadas según las SR, de las cuales 14 tuvieron LR2 > 10%, siendo 6 casos teratomas maduros, 4 fibromas ováricos, 2 endometriomas ováricos, 1 quiste paramesonéfrico y 1 cistoadenoma seroso borderline. Estas pacientes fueron evaluadas por la unidad de Ginecología Oncológica, siendo contrarreferidas para resolución por el equipo de ginecología general. En relación a patología maligna, se identificaron 4 casos de tumor seroso borderline (2,5% del total). Todas fueron pacientes postmenopáusicas, 3 de las cuales presentaron un LR < 5% y un caso, ya mencionado, catalogado como Indeterminado por las SR, que presentó un LR2 de 22%. De los hallazgos histopatológicos un 30,1% de las lesiones fueron cistoadenoma seroso, 21,3% teratoma maduro, 14,4% quistes endometriósicos y 7,5% cistoadenoma mucinosos, el 24% restante de lesiones benignas correspondieron a fibroma ovárico, quistes foliculares, hidrosalpinx, quistes paramesonéfricos, quistes de inclusión peritoneal, cuerpo lúteo hemorrágico, quiste del paraoóforo, 2 casos de Struma Ovarii y 2 pacientes con tumor de Brenner benigno, ambos asociados a cistoadenoma serosos.

CONCLUSIONES

La mayoría de los tumores anexiales se pueden clasificar correctamente como benigno o malignos usando los sistemas de categorización IOTA LR2 y SR. Ambos sistemas pueden ser utilizados por ecografistas de diferente experiencia. En nuestro centro existe una adecuada correlación ecográfica histológica, para las lesiones anexiales definidas como benignas previamente a la cirugía.

Queda pendiente la incorporación de las lesiones anexiales definidas como malignas, para establecer con certeza la aplicabilidad de ambos modelos predictivos, a la totalidad de las pacientes. Además en un futuro incorporar otras variables de análisis (variables clínicas, marcadores tumorales), y otros modelos predictivos válidos en la actualidad (IOTA easy descriptors, ADNEX model).

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ABSCESO TUBO OVÁRICO (ATO) DURANTE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ

Zambrano P. Becada de Ginecología y Obstetricia. Larsen C, Cabello Y, Internas de Medicina. Barría M MD. Avilés R MD. Bader D MD,

1. Hospital El Carmen de Maipú, 2. Escuela de Medicina Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es descrita como una inflamación del tracto genital superior y estructuras circundantes como resultado de una infección ascendente desde el tracto genital inferior en el cual las bacterias se propagan directamente desde el cuello uterino hasta el endometrio y tracto genital superior. Comprende la endometritis, salpingitis, absceso tubo ovárico (ATO) y pelvi peritonitis.

En Chile la incidencia de ATO en mujeres mayores de 40 años hospitalizadas por EIP ha aumentado de un 39 a un 74% entre el periodo del 1993 y 2007 respectivamente, esta alza de asocia principalmente a una mayor pesquisa. Es de vital importancia evitar el retraso en diagnóstico y tratamiento ya que esto puede afectar negativamente la calidad de vida de las pacientes con un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es describir la experiencia en el manejo del absceso tubo ovárico, vías de abordaje operatorio, asociación con uso de dispositivo intrauterino, entre otros antecedentes.

MÉTODOS

Se realiza un análisis retrospectivo de 185 pacientes con diagnóstico de Absceso tuboovárico, entre 17 y 69 años las cuales recibieron tratamiento médico y médico - quirúrgico en el Departamento de Ginecología del Hospital El Carmen de Maipú, de la ciudad de Santiago en Chile, entre los años 2015 - 2020. Para el análisis de datos se recopiló información de las

fichas clínicas electrónicas de la base de datos del hospital utilizando los códigos CIE -10 para diagnóstico de ATO.

RESULTADOS

185 pacientes fueron analizados, 9,2% (17/185) de ellas recibieron tratamiento médico, 70% (129/185) manejo combinado médico - quirúrgico. Hubo diferencia en el número de días de hospitalización según el manejo recibido; 5,4 días para tratamiento médico y 9,6 para el médico quirúrgico, pudiendo el primer grupo tener un sesgo por una menor muestra de pacientes en esta población. Con respecto a los antecedentes, se evidenció que el 63,9% (117/185) eran usuarias de DIU a largo plazo, 98% de ellas T de cobre, con una media en años de uso de 10; mínimo 1 y máximo 30 años. Un 4% (7) tenían antecedente de EIP previa; el método diagnóstico más usado fue la ecotomografía pélvica transvaginal en un 76,5% (140), TAC Abdomen y pelvis 23% (42), laparoscopia 0,5% (1). El 83% de las cirugías tuvo una duración menor o igual a 60 minutos, de ellas el 33% vía laparotomía y 10% vía laparoscopia. La lateralidad fue de 77% (141) unilateral y un 23% bilateral. Se encontró pelvi peritonitis en un 19% (34) de casos. Con respecto a la lectura de parámetros inflamatorios un 98% (179) presentaron leucocitos mayor a 12.000 y 100% la proteína C reactiva estaba mayor a 5mg/dl. El 18,5% de pacientes tuvo complicaciones a largo plazo registradas en ficha, de ella la principal es el algia pélvica crónica.

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITO-COLPO-HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON GENOTIPIFICACIÓN HPV POSITIVA.

Guerra, J C. Bronda, A. Herrera, C. Avilés, E.

Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Regional Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

Es conocida la baja sensibilidad del PAP para el diagnóstico de lesiones preinvasoras, sin embargo, ha sido un recurso valioso para la pesquisa por muchos años. La colposcopia se considera un método auxiliar para el estudio de lesiones cervicales. Actualmente, la genotipificación de HPV cumple un rol en la estimación de riesgo y en la toma de decisiones terapéuticas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de corte transversal, de concordancia diagnóstica entre el PAP, colposcopia y biopsia en pacientes con genotipificación HPV positivo, que ingresaron a la unidad del Hospital Regional de Antofagasta desde enero 2019 hasta junio 2021, usando el índice Kappa de Cohen.

RESULTADOS

Cumplen criterios de inclusión 191 pacientes, promedio de edad 42.8 años. Resultados de PAP fueron inflamación crónica 44.5%, Colposcopia 58.6% normal. Genotipificación 53.4% HPV 16. Resultados de la biopsia el 37.3% corresponde a Lesiones Intraepiteliales de Bajo. El 75.4% de las pacientes se les ofreció seguimiento. Presentaron persistencia 6.8%. Concordancia del PAP 51.1%, con un índice de kappa de 0.002, $p = 0.982$. La Sensibilidad (S): 52.1%, Especificidad (E): 48.1%. Falsos Negativos (FN): 47.9%. Falsos Positivos (FP): 51.9%. Concordancia de colposcopia 65.3%, índice de kappa de 0.187, $p = 0.062$. S: 71.8%, E: 48.1%. FN: 28.2% FP: 51.9%.

CONCLUSIONES

La concordancia entre los métodos diagnósticos utilizados es ínfima. La genotipificación de HPV logra discriminar aquellas pacientes con potencial riesgo de neoplasia.

MANEJO DEL PÓLIPO ENDOMETRIAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PADRE HURTADO ENTRE 2014 A 2019.

Paredes A., De la Maza M., Valenzuela P., Cerda A.

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN

Objetivo: Establecer si existe relación de asociación entre sangrado anormal uterino y edad como evaluación de probabilidad de malignidad del pólipo endometrial. Como objetivos secundarios, se evaluaron otras variables como IMC, tamaño del pólipo según ecografía, presencia de hipertensión arterial y uso concomitante de tamoxifeno.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo basado en bases de datos de protocolos quirúrgicos y anatomía patológica del mismo hospital en el mismo periodo. Término de búsqueda fue "pólipo endometrial" como diagnóstico preoperatorio, cruzando bases de datos para eliminar dobles registros. Se eliminaron datos de resultados quirúrgicos en blanco y biopsias con hipótesis diagnósticas diferentes de pólipo endometrial. IMC y tamaño del pólipo se consideraron variables cuantitativas continuas, edad variable cuantitativa discreta; y presencia de hipertensión arterial, diabetes, sangrado anormal y uso de tamoxifeno como variables cualitativas dicotómicas. Post menopausia se definió arbitrariamente como mayor o igual a 50 años. Resultados de biopsia que corresponden a hiperplasia endometrial, atipia, carcinoma in situ y adenocarcinoma se consideraron como biopsia positiva. Significancia estadística se hizo con software STATA versión 14.1

RESULTADOS

Se recolectaron 343 datos de los que se eliminaron 150 registros, quedando 193 casos. En cuanto a relación con edad, no se logró significancia estadística. Se evaluó también hipertensión, diabetes, uso de tamoxifeno y tamaño del pólipo

sin evidenciar significancia estadística. El IMC y la presencia de sangrado fueron las variables que sí demostraron significancia, resultando asociación entre estos y las incidencia de pólipos endometriales. Basado en estos valores se elaboró un score de pronóstico de biopsia positiva realizado relacionando el riesgo estadístico de estos valores (sangrado e IMC) con la probabilidad de pesquisar pólipos endometriales.

CONCLUSIONES

Los pólipos endometriales son una patología frecuente con baja tasa de malignidad, de manejo común en la ginecología. Al ser un estudio retrospectivo descriptivo no logra comprobar la hipótesis principal, reconociendo la limitante del número de pacientes reclutadas con biopsia positiva. Sin embargo, sí se logró establecer una relación entre ciertas variables como sangrado e IMC. La generación del Score pronóstico nos permite seleccionar mejor a las pacientes dentro de nuestra población que con mayor probabilidad tendrán pólipos endometriales como causante de su sangrado uterino anormal, y así darles un manejo acorde.

LAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DE LESIONES ANEXIALES PRESUNTAMENTE BENIGNAS: ANÁLISIS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Espinosa M.,¹ Bravo P.,¹ Bravo V.,² Valencia P.,² Valdés F.¹

¹ Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

² Interna Medicina Sede Occidente, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones ováricas constituye la tercera causa de tumores en la mujer, de estos el 90% son benignos; siendo el cistoadenoma seroso la histología más frecuente. El estudio de primera línea para predecir el riesgo de malignidad y el tipo tumoral es la ecografía, logrando alta sensibilidad y especificidad. Esto es de vital importancia para definir el manejo y pronóstico. En el caso de los tumores ováricos benignos, la laparoscopia es la vía de abordaje de elección. El uso de técnicas como punción y morcelación de tumores para la extracción de la pieza, es una técnica utilizada en tumores benignos, no así en los que se sospecha de malignidad por el riesgo de diseminación. El objetivo de este estudio es caracterizar los tumores benignos del ovario sometidos a cirugía laparoscópica, y comparar el diagnóstico presuntivo por ecografía con el resultado biopsico definitivo.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes sometidas a laparoscopia por tumor ovárico presuntamente benigno en HSJD desde 2019 hasta Julio del 2021. Se tabularon variables demográficas, antecedentes gineco-obsétricos, diagnóstico ecográfico, datos de la cirugía, hospitalización y resultado de biopsias, extraídos del sistema electrónico del hospital.

RESULTADOS

Se realizaron 90 laparoscopías, 80% (n: 72) electivas y 20% (n: 18) de urgencia. La estadía hospitalaria promedio fue de 1.28 días y la duración de la cirugía de 97.51 minutos. La duración de la cirugía en pacientes con endometriosis fue significativamente más larga que el resto (118.58 minutos versus 76.21

minutos, valor p: <0.05). En el 62.2% (n: 56) de los casos se realizó quistectomía, 27.8% (n: 25) anexectomía y 3.3% (n: 3) ooforectomía, en los casos restantes se realizó destorsión, electrofulguración o drenaje. En el 86.7% existió solución de continuidad de las lesiones. Hubo un caso de lesión vesical y 4 en que se requirió conversión a laparotomía. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue endometrioma (23.3%), luego lesión anexial benigna (23.3%), luego cistoadenoma - cistoadenofibroma (17.8%) y finalmente teratoma (16.7%). En 86 pacientes se envió muestra a biopsia: el 93% fue informada como lesión benigna, 5.8% lesión borderline y 1.2% lesión maligna. En todas las pacientes con biopsia no benigna hubo solución de continuidad intencional o accidental durante la cirugía. De las biopsias benignas, el tipo de lesión más frecuente fue el endometrioma (27.9%), luego el cistoadenoma - cistoadenofibroma (32.6%), luego teratoma maduro (17.4%) y luego la lesión funcional ovárica (7%). En nuestro centro, el valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la ecografía para el diagnóstico de endometrioma es 75% y 95%, para cistoadenoma/cistofibroma de 75% y 76%, para teratoma de 80% y 96% y para quiste funcional de 100% y 96%.

CONCLUSIONES

La vía laparoscópica es la técnica de elección para manejo quirúrgico de lesiones ováricas benignas. El uso de bolsa en todos los tumores benignos puede minimizar el riesgo de diseminación ante histologías no sospechadas en el diagnóstico pre operatorio.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO: ANÁLISIS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Espinosa M.,¹ Bravo P.,¹ Bravo V.,² Valencia P.,² Valdés F.¹

¹ Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

² Interna Medicina Sede Occidente, Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. La ubicación más habitual es la trompa uterina (97%). La incidencia descrita es de 1 a 2% de los embarazos, existiendo casos que pueden provocar muerte materna por lo que es considerado una urgencia gineco-obstétrica. El manejo puede ser expectante, médico o quirúrgico. El abordaje de la cirugía puede ser por laparotomía o videolaparoscopia. El objetivo de la publicación es describir y analizar los casos de embarazo ectópico que requirieron tratamiento quirúrgico en el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico sometidas a cirugía en HSJD desde enero del 2019 hasta julio del 2021. Se tabularon variables demográficas, antecedentes gineco-obstétricos, datos de la hospitalización y de la cirugía extraídos del protocolo operatorio y las epicrisis médicas. Se compararon datos de las pacientes según tipo de abordaje quirúrgico: laparotomía (LPT) y videolaparoscopia (VLP).

RESULTADOS

Se realizaron 151 cirugías por embarazo ectópico, 91 (60.3%) por LPT y 60 (39.7%) por VLP. El porcentaje de VLP fue de 30.1 el 2019, 50% el 2020 y 46.9% el 2021. Del total de pacientes, la edad promedio fue de 32 años, el 40.4% era nulípara y un 9.3% tenía antecedente de embarazo ectópico. En el 91.4% de los casos, la localización fue tubaria, 6.6% cornual, 1.3% en cicatriz previa y 0.7% abdominal. Al evaluar la indicación de la cirugía,

el 49% fue por abdomen agudo, 19.2% por valor de β - HCG, 7.9% por inestabilidad hemodinámica, 7.9% por falla de tratamiento médico y 4.6% por tamaño ecográfico. El promedio de la estadía hospitalaria en el grupo sometido a LPT fue de 2.3 días versus 1.4 del grupo operado por VLP (valor p: <0.05). La duración promedio de la cirugía fue de 48.2 minutos en el grupo de LPT y de 76.5 minutos en el grupo de VLP (valor p: <0.05). El síndrome adherencial se describe en el 26.4% de los casos operados por LPT y en el 50% de los casos operados por VLP (valor p: 0.105). Las complicaciones quirúrgicas ocurrieron en el 2.2% del grupo de LPT y en el 3.3% del grupo de VLP (valor p: 0.926). En 9 (15%) de los casos de abordaje laparoscópico se requirió conversión a laparotomía, 7 casos por dificultad en la técnica y 2 casos por complicaciones intra-operatorias.

CONCLUSIONES

La videolaparoscopia tiene un rol fundamental en la cirugía ginecológica siendo la vía de elección en el manejo quirúrgico del embarazo ectópico. Mejorar la técnica quirúrgica por vía laparoscópica permite alcanzar sus beneficios y minimizar sus complicaciones y/o desventajas. En relación a nuestro estudio, el tiempo operatorio y la tasa de conversión a laparotomía, son perfectibles con el desarrollo de este abordaje. El aumento progresivo en la tasa de cirugía laparoscópica en nuestro centro, es el inicio para lograr experiencia y perfeccionar la técnica y de esta forma, ofrecer a las pacientes la vía de abordaje de elección.

AMENORREA PRIMARIA DERIVADA DE MALFORMACIÓN MULLERIANA: SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, ASOCIADA A ENDOMETRIOSIS PÉLVICA.

Oropeza Y, Quijada B, Rodríguez I y Espin L

Hospital Universitario de Caracas.

INTRODUCCIÓN

Se trata de paciente de 25 años de edad, nuligesta, natural y procedente del estado Aragua Venezuela, quien acude a consulta de ginecología del Hospital Universitario de Caracas refiriendo ausencia de menarquia y dolor pélvico crónico, cíclico, de periodicidad mensual, tipo cólico, desde los 15 años de edad, lo que afecta su calidad de vida.

MÉTODOS

Se realizó interrogatorio minucioso usando como guía la ficha clínica del servicio de ginecología de la institución. Posteriormente se llevó a cabo el examen físico donde se evidenció a la especuloscopia: paredes vaginales sin lesiones que finalizan en fondo de saco ciego y al tacto bimanual no se palpaba fondo uterino ni anexos. Se complementó evaluación con ecotomografía y RMN de pelvis en donde se evidenciaron en relación superior a la vejiga, dos imágenes de morfología regular, ovaladas, de bordes definidos, que presentaban una ubicación paranexial, con medidas aproximadas de: derecha 22 x 17 mm e izquierda 24 x 18 mm; dichas imágenes en probable relación con esbozos de cuernos uterinos, no comunicantes con vagina, vagina de trayecto libre y anexos de morfología conservada. Posteriormente tras laparotomía se llevó a cabo Histerectomía abdominal de hemiutero derecho e izquierdo más salpingectomía bilateral mas cauterización de focos endometriósicos pélvicos.

RESULTADOS

Se recibió el informe de anatomía patológica donde se corroboró que los focos cauterizados eran de material endometrial. Obteniéndose como resultado postoperatorio, una paciente que presentaba Amenorrea Primaria derivada a malformación

mulleriana: Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser asociada a endometriosis estadio II.

CONCLUSIONES

La amenorrea primaria debe estudiarse desde el primer momento en que se detecta, debido a que la etiología suele ser muy variada y dependiendo del origen de la amenorrea, esta podría afectar la calidad de vida de la paciente, comprometer su futuro reproductivo o representar una entidad maligna aún no diagnosticada en dicha paciente.

Por otra parte, la endometriosis es una entidad clínica actualmente muy prevalente, llegando a constituir el 10% de la consulta ginecológica general, con una prevalencia de 40 a 60% en mujeres con dismenorrea, afectando severamente su calidad de vida. Además se sugiere que la endometriosis debería ser detectada lo más precoz posible, ya que a largo plazo compromete la fertilidad de la paciente teniendo esto último un impacto negativo en la esfera emocional, psicológica, económica y social de la mujer que padece esta enfermedad.

PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO DEBIDO A INFECCIÓN POR ACTINOMYCES ASOCIADO A FÍSTULA CUTÁNEA: REPORTE DE CASO

Gutiérrez P ⁽¹⁾, **Rivera C** ^(2, 3), **Fernández N** ⁽¹⁾, **Peralta D** ⁽²⁾, **Pavlovic M** ^(2, 3)

(1) Programa de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Centro de Cirugía Laparoscópica Ginecológica (CECLAG), Departamento de Ginecología, Hospital Clínico La Florida, Santiago, Chile (3) Departamento de Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El proceso inflamatorio pélvico (PIP) afecta el tracto genital superior femenino e incluye la endometritis, salpingitis, absceso tubo-ovárico y pelviperitonitis (ATO). Puede ocurrir por varios microorganismos dentro de los cuales destaca la familia Actinomyces. Se presenta el caso de una mujer de 45 años, múltipara de 1 parto vaginal y con antecedentes de hipertensión arterial crónica y retiro de DIU 6 meses previo a la consulta. Consulta por dolor abdominal y aumento de volumen inguinal izquierdo. Se diagnostica un ATO bilateral con extensa colección subcutánea. Se hospitaliza para estudio y tratamiento antibiótico endovenoso. Evoluciona con drenaje espontáneo de la colección. Completa 30 días de tratamiento antibiótico con evolución favorable.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en PubMed y Epistemonikos, con los términos: Pelvic Inflammatory Disease, Fistula, Cutaneous fistula y Actinomycosis.

RESULTADOS

Se seleccionaron 6 publicaciones de ATO asociados a Actinomyces (7 pacientes). La mediana de la edad fue de 40 años [rango intercuartil (RIQ) de 39-48.5] y el 100% eran usuarias de DIU con una mediana de uso de 9 años (RIQ 8-13). La mediana de duración de los síntomas fue 2.5 meses (RIQ 1.25-3). El 85% (6/7) de los casos presentó dolor abdominal, 50% (3/6) reportó sensación de masa abdominal, 66% (4/6) refirió pérdida de peso involuntaria (cuantificada en 5 Kg en 1

caso), 50% (2/4) tenía sudoración nocturna y 25% (1/4) vómitos al ingreso. Otros síntomas fueron sensación de fiebre no cuantificada y en 1 caso flujo vaginal persistente. Todas presentaron leucocitosis con desviación izquierda. Hubo un 100% de hallazgos de un tumor pélvico por imágenes, de los cuales 2 requirieron cirugía de urgencia. Todas las pacientes recibieron como tratamiento betalactámicos intravenosos y luego orales por un periodo en promedio de 6 meses de 80% y 96% y para quiste funcional de 100% y 96%.

CONCLUSIONES

La actinomicosis pelviana corresponde a una enfermedad muy infrecuente, de curso subclínico y con gran morbilidad asociada. La sospecha diagnóstica se debe basar en las características clínicas y los antecedentes de la paciente (como el uso de DIU o traumas). Su tratamiento es con antibióticos y por un tiempo prolongado.

EVISCERACIÓN INTESTINAL POR CÚPULA VAGINAL POSTERIOR A HISTERECTOMIA: REPORTE DE 2 CASOS EN HOSPITAL EL PINO

Cárdenas MV¹, Rosales D¹, Cartallier O¹, García J¹, Quintero E¹, Sánchez N¹, Fernández B^{1,2}, Calderín MV¹, Torres A¹, Montero JM¹ y Rojas D^{1,2}.

1. Universidad Andrés Bello, 2. Hospital el Pino

INTRODUCCIÓN

La evisceración intestinal por cúpula vaginal en pacientes con histerectomía es un evento raro, pero grave debido a las complicaciones posibles (lesión y necrosis intestinal, infección, etc.). Su incidencia es poco conocida y variable. Se reportan dos casos.

CASO 1

Paciente de 65 años con antecedente de cáncer endometrial de tipo endometrioides tratada con Histerectomía total y braquiterapia por 13 sesiones durante el 2013. Consulta el 2018 al servicio de urgencia por sangrado y sensación de peso genital posterior a actividad sexual. Se evidencia evisceración de intestino delgado a través de cúpula vaginal dehisciente. Se realiza laparotomía exploradora media infraumbilical, se reduce asa intestinal por tracción e identifica defecto de cúpula vaginal el cual se sutura con Vicryl 1.0 posterior a resección con bisturí de bordes fibrosos. Sin lesión intestinal. Evolución satisfactoria en postoperatorio.

CASO 2

Paciente de 56 años con antecedente de histerectomía total más radioterapia pélvica en contexto de cáncer cervicouterino el 2010. Acude a urgencias el 2020 por sangrado vaginal y protrusión intestinal posterior a actividad sexual. Al examen se evidencia cúpula vaginal fibrótica, dehisciente de 2 cm aproximadamente con evisceración de intestino delgado. Se realiza laparotomía exploradora, reducción de evisceración y sutura de cúpula vaginal con prolene. Sin lesión intestinal. Evolución postoperatoria satisfactoria.

DISCUSIÓN

En ambos casos, se encuentran varios factores para dehiscencia de cúpula: postmenopáusicas, histerectomía mayor a 5 años y con antecedente de radioterapia. El segmento de intestino encontrado más frecuente en la evisceración corresponde a intestino delgado debido a sus características anatómicas. Se requiere manejar esta condición como una urgencia para evitar complicaciones mayores. A pesar de ser una complicación rara se sugiere buscar activamente la dehiscencia de cúpula vaginal en pacientes con antecedente de radioterapia pélvica y repararla antes que ocurra la evisceración.

NODULO ESTROMAL ENDOMETRIAL: REPORTE DE CASO

Rees M¹, Canales N^{1,2}, Doren A^{1,2}, Paredes C^{1,2}, Castillo I^{1,3}.

1 Facultad de Medicina, Universidad Católica Del Maule

2 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca

3 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias estromales uterinas son poco frecuentes. Se clasifican en nódulo estromal endometrial (NEE) y en sarcomas del estroma endometrial de bajo grado y de alto grado. El NEE es un raro subtipo, que constituye menos del 5% de estas neoplasias. Corresponde a un tumor benigno de células del estroma endometrial ubicado en el endometrio y/o miometrio, bien delimitado y no infiltrante. Clínicamente se presenta con sangrado uterino anormal (SUA) y puede estar asociado a dolor pélvico y sensación de distensión abdominal, pero también puede ser asintomático. Su diagnóstico se confirma por microscopía e inmunohistoquímica. El manejo del NEE es quirúrgico, sin necesidad de más tratamiento si se descarta invasión y los bordes tumorales de la muestra son negativos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años, multipara de 3, esterilizada, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento. Presenta un cuadro de SUA no cíclico de 6 meses de evolución, requiriendo en 3 oportunidades hospitalización para transfusión de glóbulos rojos. Por esta razón, se indicó acetato de medroxiprogesterona de depósito 150 mg im. Sin hallazgos relevantes al examen ginecológico. La ecografía transvaginal describe: útero en AVF de contornos irregulares, globuloso, de 104x78x75 mm. Presenta imágenes nodulares sugerentes de miomas en el espesor miometrial: una de 44x33 mm en pared anterior que contacta y deforma endometrio, y otra de 44x39 mm en fondo uterino. El endometrio mide 11 mm y ambos ovarios son de aspecto normal. No se observa líquido libre. Como parte de su estudio, se realiza biopsia aspirativa endometrial que informó: endometrio con cambios de tipo predecidualización

del estroma y atrofia del epitelio. La paciente evoluciona con SUA persistente con repercusión hemodinámica y se decide histerectomía total más salpingectomía bilateral. La biopsia de la pieza operatoria informó NEE en espesor del miometrio de 4,5 x 4 cm con borde quirúrgico negativo a 3 mm; cuyo estudio inmunohistoquímico fue positivo para CD10 en células del nódulo y negativo para desmina y actina. Además, demostró positividad para CD34 en pared de vasos sanguíneos y vimentina en pared vascular y algunas células neoplásicas. El factor de proliferación Ki67 fue menor a 1%. Otros hallazgos de la pieza operatoria fueron leiomiomatosis, adenomiosis uterina, endometrio secretor, cérvix y trompas uterinas dentro de límites normales.

La paciente evolucionó satisfactoriamente en su seguimiento postoperatorio, considerándose tratada.

CONCLUSIONES

Los NEE han sido reportados en pocos estudios dado su baja frecuencia. Su diagnóstico anatomopatológico constituye un desafío, debiendo confirmarse la sospecha con estudio inmunohistoquímico de la pieza operatoria. Los NEE son benignos y tienen buen pronóstico una vez efectuada la resección quirúrgica completa de la lesión, siendo la histerectomía la cirugía recomendada en caso de no haber deseo de fertilidad para asegurar bordes tumorales negativos.

EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESAREA: MANEJO MÉDICO CON APLICACIÓN INTRAGESTACIONAL DE METROTREXATO

Sánchez F, Barrios P, Herrera C, Díaz R, Faúndez E

Servicio Ginecología Obstetricia, Clínica Bupa Santiago

INTRODUCCIÓN

El embarazo en cicatriz cesárea, consiste en la implantación del embarazo inicial en la cicatriz de cesárea anterior. Se reporta incremento de incidencia y mayor reconocimiento de esta condición en las últimas 2 décadas. Tiene una presentación clínica variable. Ultrasonido es la modalidad de imagen preferida para el diagnóstico. Manejo expectante esta asociado a severa morbilidad materna, tales como hemorragia, placenta acreta y rotura uterina. No existe claro consenso respecto al manejo.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, a través del análisis de la ficha clínica de paciente en control en Clínica Bupa Santiago, durante Mayo a Julio 2021; y revisión bibliográfica del tema.

CASO CLÍNICO

Paciente Multípara de 1, 32 años, asiste control de embarazo inicial. Control ecográfico, revela embarazo 6+3 semanas, ectópico en cicatriz de cesárea anterior tipo 2. Hormona gonadotrofina coriónica (B-hcg): 22,415 mU/mL al momento del diagnóstico. Se decide iniciar manejo médico, dado preferencia de paciente y deseo fertilidad. Inicialmente se utiliza de metotrexato (MTX) sistémico, con esquema de multidosis. Se constata ascenso hasta B-hcg: 39,331 mU/mL, al día siguiente de la 2 dosis. Por tal motivo, se indica aplicación intragestacional de MTX (dosis 50 mg/m²), bajo guía ecográfica. Posterior a procedimiento, se realiza control periódico de la evolución clínica y de laboratorio, constatando descenso

progresivo de B-hcg, alcanzando un valor negativo luego de 53 días desde la aplicación, y línea endometrial sin alteraciones en la evaluación ecográfica.

DISCUSIÓN

No se recomienda manejo expectante de esta condición. Se describen hasta 14 opciones terapéuticas, incluyendo múltiples alternativas de manejo médico como quirúrgico. Estos están sustentados en bibliografía predominantemente de serie de casos, y un número limitado de ensayos randomizados comparando tratamientos. Dentro de la alternativa médica, la aplicación de MTX es la más reconocida, tanto de forma sistémica como local (intragestacional). Sin embargo, con la administración local se ha descrito mayor tasa de éxito. Respecto a la opción quirúrgica, la resección de cicatriz de cesárea vía laparotomía, laparoscópica o transvaginal, es una de las opciones más reconocidas. No obstante, el manejo óptimo aun es incierto, y por ello, se ha creado un registro internacional en donde se pueden entregar datos sobre el diagnóstico, historia natural y manejo de esta patología.

(<https://csp-registry.com>)

LEIOMIOMAS GIGANTES, PROPUESTA DE MANEJO Y REVISIÓN DE DOS CASOS

Bronda A., Guerra J. C., Herrera C

Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Regional de Antofagasta

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas gigantes representan un desafío para el equipo de salud, tanto por encontrar la forma más adecuada para su tratamiento, como por la necesidad de formar un equipo multidisciplinario que sea capaz de manejar dichos tumores, ya que pueden comprometer territorios que son del resorte de cirujanos, ginecólogos y urólogos.

CASO CLÍNICO

Presentamos dos mujeres con tumores abdominopélvicos gigantes, las cuales ya habían sido sometidas a procedimiento quirúrgicos, sin lograr researlos y evolucionando con complicaciones, siendo catalogados como tumores benignos irresecables. Se aceptó el desafío de estudiarlos y buscar una forma de extraerlos, ya que afectaban a mujeres jóvenes, deteriorando su calidad de vida. En ambos casos se logró una resección completa de los tumores, de 12 y 15 kilos, presentando algunas complicaciones que se resolvieron de forma intraoperatoria.

DISCUSIÓN

Encontramos que el uso de imágenes de última generación es fundamental para evaluar la vía de abordaje quirúrgico y establecer la relación con el resto de estructuras anatómicas. Además el cirujano a cargo debe ser el de mayor experiencia y contar con conocimiento del retroperitoneo, que fue la vía que utilizamos para abordar estos tumores.

CONCLUSIÓN

Como punto clave para un adecuado resultado esta el poder formar y contar con un equipo multidisciplinario y así poder abarcar los distintos territorios que pudiesen estar afectados, contando con especialidades de apoyo en caso de complicaciones.

CISTOADENOMA SEROSO DE TUBA UTERINA: REPORTE DE UN CASO

Armijo M¹, Jara D¹, Huerta P¹, Hartmann M¹, Rondini C¹, Latorre R¹.

(1) Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN

Los tumores anexiales (TA) son una diagnóstico frecuente en la práctica de la ginecología, siendo principalmente de localizaciones ováricas. Dentro de estos, los más frecuentes son los localizados en el ovario, siendo estos benignos y de origen epitelial, pero pueden tener localizaciones extra ováricas como por ejemplo en la tuba uterina, los cuales son de baja frecuencia, reportándose hasta el momento solo serie de casos. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una joven de 32 años con el diagnóstico de cistoadenoma seroso de tuba uterina que se encontró durante una laparotomía diagnóstica ante sospecha de torsión anexial.

CASO CLÍNICO

Paciente 32 años que consulta por dolor hipogástrico de inicio brusco asociado a náuseas y vómitos. A la ecografía transvaginal destaca tumor anexial de 5x4 cm, de características sólido-quístico, sin papilas, sin tabiques y sin vascularización al doppler. Dado la clínica y hallazgos imagenológicos, se ingresa con el diagnóstico de tumor anexial complicado para laparotomía exploradora. Durante procedimiento se observa tumor de 5x4 cm localizado en tuba derecha torcido 3 veces sobre su eje. Ovario derecho y anexos izquierdo sin alteraciones. Dado tumor localizado en tuba uterina, se procede a realizar salpingectomía derecha el cual se manda a biopsia diferida, además de citológico. En el control al mes de cirugía, se rescata biopsia compatible con cistoadenoma seroso de trompa derecha con signos de torsión del pedículo vascular, citología negativa para células neoplásicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los TA son un problema ginecológico frecuente y su etiología difiere según edad y estado reproductivo, siendo los de localización ováricas los más frecuentes. Con respecto a la histología, los tumores más frecuentes son los epiteliales, derivados de células madres que darán lugar al epitelio de la superficie del ovario y al epitelio de las tubas uterinas, por lo tanto, pudiendo localizarse en la tuba uterina, siendo estos últimos de baja frecuencia reportándose solo reporte de casos. Muchos son asintomáticos, encontrándose incidentalmente en el examen pélvico y/o ecográfico, pero si estos aumentan de tamaño, pueden generar clínica, siendo la torsión anexial el principal diagnóstico diferencial a descartar. El diagnóstico de torsión anexial se realiza de forma clínica y se apoya en el estudio ecográfico con el hallazgo de un tumor anexial. El manejo de este cuadro es la cirugía, con el objetivo de confirmar la torsión y evaluar la viabilidad ovárica. En la mayoría de los casos nos encontraremos con un ovario viable, donde solo se procederá a la destorsión. Dado lo anterior, se expone el caso clínico de una mujer en edad reproductiva con diagnóstico preoperatorio de torsión anexial para mostrar un diagnóstico frecuente en la práctica de la ginecología pero con hallazgos intraoperatorios que nos hace cambiar el manejo conservador dado la localización del tumor, teniendo en consideración que es una localización de baja frecuencia, reportándose solo serie de casos en la literatura.

ENFRENTAMIENTO DE GENITORRAGIA PREPUBERAL Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Benítez R, Villegas R, Alvarez J, Canessa M.

Hospital Padre Hurtado

El sangrado genital prepupal suele ser una entidad que preocupa tanto a padres como a profesionales de la salud. Si bien es una entidad poco frecuente, requiere de una exhaustiva y sistemática evaluación para determinar su causa y así, un óptimo tratamiento. Las causas incluyen patologías dermatológicas, cuerpo extraño vaginal, trauma, lesiones malignas, abuso de carácter sexual, prolapso uretral, pubertad precoz, entre otras¹. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran rectorragia y hematuria, en especial este último puede confundir y hacer que el primer enfrentamiento de un sangrado de origen urológico sea evaluado y estudiado por el ginecólogo. Presentamos el caso de una paciente prepupal de 8 años que consulta por la presencia de sangre en su ropa interior, sin dolor asociado y sin relación con la micción ni con la defecación. Evaluada inicialmente por pediatría y luego por ginecología dado persistencia del sangrado. Al ingreso se realizó una anamnesis detallada, destacando que paciente es perteneciente de larga data a hogar de menores. Presenta una frecuencia miccional diaria de 3 veces por día y presenta constipación. Al examen físico, presenta genitales prepupales hipoestrogénicos, himen de tipo anular, mucosas indemnes, sin lesiones extragenitales, sin flujo, sin lesiones evidentes, sin signos de cuerpo extraño, región perianal sin hallazgos significativos. Torula vaginal sin sangrado. Se solicitan exámenes complementarios, dentro de ellos PCR para Chlamydia trachomatis y la Neisseria Gonorrhoeae, ambos negativos. Test de Graham negativo, EPSD (examen parasitológico seriado de deposiciones), examen de orina completa y urocultivo que resultan también negativos. Dado ausencia de etiología, se realiza vaginoscopia que no demuestra sangrado

genital ni lesiones. Se decide realizar cistoscopia que muestra mucosa vesical trabeculada y lesiones ulcerosas de aspecto "ulceras de Hunner" (se toman fotos de las lesiones), se toma biopsia y se realiza prueba de distensión vesical que resulta negativa. Se rescata resultado de biopsia que informa: "Infiltrado inflamatorio, sin otros hallazgos". Paciente derivada a urología infantil, se diagnostica cistitis hemorrágica secundaria a disfunción miccional. Luego de manejo conductual y reeducación miccional, la paciente no ha presentado nuevos episodios de sangrado. El presente caso ejemplifica el enfrentamiento escalonado de una paciente en la cual se sospecha genitorragia premenarquica, la cual a nuestro parecer debe incluir cistoscopia en los casos en que no se encuentre una etiología clara con el objetivo de confirmar o descartar diagnósticos diferenciales. Es importante que el médico ginecólogo se vea familiarizado con las causas y diagnósticos diferenciales de genitorragia en esta población específica, ya que representa un desafío diagnóstico importante en la práctica clínica habitual.

PLEUROASCITIS HEMORRÁGICA COMO PRESENTACIÓN DE ENDOMETRIOSIS EXTRAPÉLVICA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Espinosa M.,¹ Riquelme C.,² Montero J.,¹ Valdés F.¹

1 Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

2 Servicio Medicina Interna Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad benigna caracterizada por la existencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad fértil, la real incidencia es desconocida ya que el diagnóstico definitivo requiere de intervención quirúrgica. La endometriosis extra pélvica es una forma de presentación inusual, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento. Los signos y síntomas que más frecuentemente se asocian a esta entidad son dolor abdominal, astenia, anorexia, pérdida de peso y masa abdominal, también puede asociarse derrame pleural, nódulos evidenciados en imágenes y elevación de marcadores tumorales. Se presenta caso clínico de paciente con pleuroascitis hemorrágica como manifestación de endometriosis extra pélvica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años, afroamericana, nulípara, sin antecedentes mórbidos, quirúrgicos ni gineco-obstétricos, solo destaca dismenorrea severa. Evaluada por historia de 8 meses de pérdida de peso, compromiso del estado general, sensación febril, sudor nocturno y aumento perímetro abdominal. Se evidencia derrame pleural derecho asociado a ascitis severa. Por estudio de derrame pleural y clínica, se diagnostica tuberculosis pleuroperitoneal iniciándose tratamiento de primera línea. A dos meses del inicio del tratamiento, paciente reingresa por sospecha de falla de tratamiento y persistencia de pleuroascitis severa. Se realiza estudio de líquido pleural y peritoneal el cual resulta hemorrágico, con celularidad de predominio polimorfonuclear, elevación de bilirrubina y a la microscopía se observa destrucción masiva de glóbulos rojos.

Con este resultado, historia de dismenorrea severa y aumento del perímetro abdominal asociado a menstruaciones, se solicita evaluación ginecológica por sospecha de endometriosis extrapélvica. Se realiza ecografía transvaginal destacando signos sugerentes de síndrome adherencial. Ca-125 normal. Para complementar estudio, se solicita resonancia nuclear magnética pélvica en la cual se observan signos sugerentes de endometriosis y sospecha de quiste endometriósico. Con diagnóstico de probable endometriosis extrapélvica, se realiza pleurostomía (1900 cc de derrame hemático) y laparoscopia diagnóstica previa aspiración de ascitis (7000 cc serohemática). De los hallazgos intraoperatorios, destaca síndrome adherencial severo y múltiples implantes pélvicos y en superficie hepática, sugerentes de endometriosis. Se realiza biopsia de implantes peritoneales los cuales fueron informados posteriormente como focos endometriósicos. Se indicó tratamiento con progestágeno diario y controles periódicos en servicio de ginecología con disminución de la sintomatología.

CONCLUSIÓN

La endometriosis extrapélvica es una patología muy infrecuente pero afecta que considerablemente la vida de las pacientes. El diagnóstico es complejo ya que, frente a una paciente con pleuroascitis hemorrágica, serán múltiples patologías las que se deben descartar inicialmente. Es de vital importancia sospechar esta patología para así poder realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

CISTOADENOMA SEROSO EN LIGAMENTO ANCHO

Díaz E., Carvallo C.

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina.
Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN

El cistoadenoma seroso es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celó-mico superficial. Hay tumores pequeños y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. Estas frecuentes neoplasias quísticas uniloculares están tapizadas por células epiteliales altas, cilíndricas y ciliadas, llenas de un líquido seroso claro y de superficie lisa con abundantes vasos. La ubicación mas frecuente es el ovario, sin embargo se han descritos casos de aparición pélvica en otros órganos.

Un 30% de los tumores de ovarios están conformados por cistoadenomas serosos de tipo benignos, limítrofes y malignos. Los benignos se presentan entre los 20 y 50 años y los malignos a edades más tardías. El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad, ya que, a pesar de que la declinación de la función ovárica marca el envejecimiento gonadal progresivo, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores.

Por lo general, cuando es detectado, es de gran tamaño, en donde la imagenología nos ayuda considerar su diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Se presenta caso de paciente femenina de 20 años, sin antecedentes mórbidos, tabaco (-), OH (-), sin antecedentes quirúrgicos. Consulta en abril de 2021 por dolor abdominal de 2 semanas de evolución en región hipogástrica, sin otros síntomas gastrointestinales, ni compromiso de otros sistemas. Al examen físico destaca sensibilidad a la palpación hipogástrica profunda, sin signos de irritación peritoneal. Al examen ginecológico no se palpan masas anexiales ni aumento de volumen uterino. Dentro del estudio inicial se solicita ecografía trans-abdominal que se realiza en abril 2021, con hallazgo ecográfico de lesión quística del ovario izquierdo

descrita como lesión quística unilocular, sin componente sólido ni flujo al Doppler de 110 x 78 x 73 mm, de probable origen funcional, se solicita a la paciente que orine donde se verifica lesión separada de ovario. Con este hallazgo se plantea cistoadenoma seroso como hipótesis diagnóstica. Se realiza laparotomía ginecológica diagnóstica que muestra que dicha lesión se localiza en ligamento ancho uterino izquierdo sin afectación uterina, ni de trompa, así como tampoco infiltración peritoneal.

CONCLUSIÓN

Como podemos evidenciar en este caso el diagnóstico de inicio era tumor ovárico de origen funcional, sin embargo el hallazgo intraoperatorio se encontró un gran tumor adosado a ligamento ancho. Aunque la afectación secundaria del ligamento ancho por tumores malignos que surgen en otras partes del abdomen y la pelvis es común, los tumores primarios en esta ubicación son raros. Los Cistoadenomas serosos de ligamento ancho son tumores muy poco frecuentes. Debido a la sintomatología tan inespecífica, su detección se realiza de forma tardía y, en general, con dimensiones de gran tamaño, la Ecografía es el método diagnóstico más utilizado, requiriendo en algunos casos apoyo con TAC. El diagnóstico se confirma de manera histopatológica postoperatoria. Este caso se presenta con sintomatología inespecífica abdominal lo que concuerda con los reportes generales de los cistoadenomas serosos y lesiones ováricas en general, es por esto que la anamnesis, un buen examen físico y apoyo con imágenes cobra un rol importante para el manejo óptimo y detección oportuna.

EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL EN PACIENTE PRIMIGESTA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Núñez N.1, Cendón A.1, Osorio F.1, Cortés M. 1

1. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Copiapó

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cervical es muy infrecuente y no viable, pero constituye un cuadro potencial de alto riesgo de morbi-mortalidad en la gestante. Su incidencia varía entre 1/25000 a 1/98000 de los partos y representa el 0.1% de todos los embarazos ectópicos. No está claro al día de hoy su causa, pero su incidencia se incrementa 10 veces en técnicas de fertilizaciones asistidas. La ecografía es imprescindible para el diagnóstico, permite observar la presencia de la gestación a nivel de la línea endocervical. El manejo va a depender de lo precoz del diagnóstico y de la necesidad de resguardar la fertilidad futura, sobretodo en primigestas. El tratamiento de primera línea, en embarazo con o sin actividad cardíaca fetal y estabilidad hemodinámica, es Metotrexato. A continuación se presentará el caso clínico en una paciente primigesta.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, reporte de un caso mediante revisión de ficha clínica de paciente manejada en Hospital Regional de Copiapó desde mayo a agosto de 2021 y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Paciente de 41 años, primigesta, derivada desde El Salvador a nuestro centro por embarazo espontáneo de primer trimestre y síntomas de aborto. Al examen físico de ingreso destaca hemodinamia estable, genitorragia escasa y cuello uterino sin dilatación. En ecografía se evidencia saco gestacional en región cervical con embrión vivo de 7+0 semanas, trofoblasto envolvente con significativo flujo al doppler color, hacia fondo de cavidad endometrial se observó endometrio heterogéneo, muy vascularizado que medía 16 mm en su máximo grosor.

bHCG de ingreso 75495. Paciente con deseo de paridad futura, por lo que, en conjunto con equipo se decide manejo con Metotrexato a 50 mg/m², control bCHG al cuarto y séptimo día: 98574 y 105663. Al séptimo día persisten latidos cardiorfetales, sin dilatación cervical, por lo que, se decide segunda dosis de Metotrexato, control bCHG al cuarto y séptimo día: 69884 y 49343, se confirma ausencia de LCF al séptimo día de la segunda dosis. Se decide control ambulatorio con bCHG semanal y ecografía, donde cursa con descenso progresivo de bHCG. Luego de 6 semanas, paciente ingresa a Servicio de Urgencia por metrorragia secundaria a embarazo ectópico cervical en expulsión, se realiza vaciamiento y legrado uterino sin incidentes, no requiriendo intervenciones quirúrgicas adicionales. Último control al mes de la cirugía, destaca bHCG negativa y ecografía que describe endometrio lineal y colección líquida residual de 11x11x6 mm a nivel de orificio cervical interno.

CONCLUSIÓN

Es posible realizar manejo médico del embarazo ectópico cervical. El diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y eficaz, permiten evitar el manejo quirúrgico que podría alterar la preservación de fertilidad.



GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

CIRUGÍA DE RE ETAPIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA PARA CÁNCERES GINECOLÓGICOS

Puga O, Urzua M, Pertossi E

Hospital Dr Sotero del Rio, Pontificia Universidad Catolica de Chile

OBJETIVO

Evaluar la factibilidad y seguridad de la etapificación laparoscópica en pacientes con cánceres ginecológicos con cirugía previa incompleta.

MÉTODOS

Pacientes con estudio preoperatorio que no sugiera enfermedad diseminada fueron evaluados de manera laparoscópica. Los procedimientos que se realizaron fueron linfadenectomías pélvicas y/o lumbo aórticos y omentectomía para cáncer de ovario, trompa y endometrio; linfadenectomía pélvica para cáncer de cuello y anexectomía uni obilateral para tumores borderline del ovario. Histerectomía en los casos que fue necesario. Se revisaron fichas clínicas para obtener datos.

RESULTADOS

Se realizaron 52 cirugías de etapificación con un máximo de 4 meses desde la cirugía original: 14 pacientes con cáncer de ovario, 15 cáncer de endometrio, 17 tumores borderline del ovario, 4 cánceres de cuello uterino y 1 de trompa. La edad promedio de las pacientes fue 48 años (17-70). En 39 casos la cirugía original fue realizada vía laparotomía. El índice de masa corporal promedio fue 28 (20-40), tiempo operatorio 203 min. (70-390) y promedio de días de hospitalización 2. Se realizó linfadenectomía sistemática pélvica en 32 casos (15 linfonodos promedio) y paraaórtica en 30 casos (promedio 8 linfonodos), omentectomía en 17 pacientes y además 17 histerectomías totales. Las pérdidas sanguíneas estimadas fueron 85 cc. Solo hubo 1 conversión a laparotomía debido a múltiples adherencias. Hubo una sola complicación intraoperatoria con lesión intestinal. Dentro de las complicaciones postoperatorias hay un infarto al miocardio y 2 quiste linfáticos. El estudio

de anatomía patológica fue negativo para todos los ganglios y omento resecado. No hubo pacientes que aumentaron su etapificación. En 9 casos de cáncer de ovario y 9 de endometrio la etapificación negativa nos permitió determinar que la adyuvancia no fue necesaria. Cinco pacientes recibieron adyuvancia con radioterapia y cinco quimioterapia.

CONCLUSIONES

La vía mínimamente invasiva laparoscópica es una técnica factible de realizar para la etapificación de pacientes con cirugía incompleta por cánceres ginecológicos. Disminuye los días de hospitalización, dolor post operatorio, pérdidas hemáticas y menor morbilidad. La laparotomía por adherencias y riesgo de lesiones viscerales puede ser anticipado con estudio preoperatorio.

CORIOCARCINOMA GESTACIONAL EN UN EMBARAZO DE SEGUNDO TRIMESTRE NO MOLAR, A PARTIR DE UN CASO

Chávez, C.¹, Schneider, S.¹, Torres, P.²

(1) Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. (2) Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El coriocarcinoma es el más excepcional de los tumores trofoblásticos, destacado por su rápida evolución, temprana diseminación hematógena y una naturaleza extremadamente quimiosensible. Dada su baja frecuencia de presentación, constituye una entidad clínica poco familiar lo que conlleva errores en su identificación o en su defecto a diagnóstico tardío del mismo retrasando el inicio de tratamiento. El debut en el segundo trimestre es poco frecuente y reportado en la literatura por lo que no queda claro su importancia como factor pronóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente, 28 años, sin antecedentes, cursando embarazo de 21+0 semanas consulta por genitorragia abundante, que cede de forma espontánea. Paciente es hospitalizada, y a la semana presenta nuevo episodio de metrorragia seguido de compromiso hemodinámico, ecografía evidencia gran coágulo retroplacentario posterior. Ante el inminente colapso hemodinámico y posible desprendimiento de placenta normoinsera se decide interrupción del embarazo vía alta, sin incidentes. Durante puerperio tardío evoluciona con genitorragia abundante de inicio agudo, al examen físico se evidencian tumores con tejido friable en vagina que presentaba sangrado activo. Se sospecha posible coriocarcino y metástasis vaginal, por lo que se solicita Gonadotrofina coriónica en sangre (B-HCG) con niveles en 525.550 mUI. Se realiza resección parcial de tumores y puntos hemostáticos, logrando hemostasia y cese de hemorragia. Cistoscopia muestra posibles metástasis en techo vesical. Estudio de diseminación evidencia 9 nódulos sólidos pulmonares compatibles con metástasis pulmonares.

Ante enfermedad trofoblástica de alto riesgo se deriva paciente para inicio de quimioterapia inmediata. Recibe un total de 4 ciclos, con un seguimiento a 4 meses con niveles de B-HCG negativos. El resultado de la biopsia placentaria definitiva y de metástasis vaginales resulta compatible con CC.

DISCUSIÓN

El coriocarcinoma es altamente sensible a la quimioterapia, con un mal pronóstico dado a un diagnóstico tardío, secundario su presentación clínica muy variada y atípica. Debe mantenerse presente como diagnóstico diferencial en todas las mujeres del grupo de edad reproductiva que presenten manifestaciones hemorrágicas en cualquier sistema de órganos, síntomas sistémicos inexplicables, y particularmente en aquellos pacientes con síntomas metastásicos con neoplasia primaria de origen desconocido. El caso presentado manifiesta como los eventos hemorrágicos del coriocarcinoma pueden rápidamente convertirse en situaciones de riesgo vital, donde un manejo activo oportuno es esencial para asegurar la sobrevivencia de la paciente.

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Wenzel I. ⁽¹⁾, Cruz D. ⁽²⁾, Cerna J. ⁽²⁾

1. Médica en formación Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile. Hospital Barros Luco Trudeau.

2. Ginecología-Obstetricia. Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Barros Luco Trudeau.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional corresponde a un grupo de enfermedades infrecuentes asociadas con el embarazo. Comprende varios tipos histológicos tales como mola hidatiforme premaligna parcial y completa, mola invasora maligna, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor trofoblástico epiteloide. Las formas malignas pueden surgir después de cualquier tipo de embarazo y se conocen como neoplasia trofoblástica gestacional. La incidencia de coriocarcinoma en el mundo va desde 1 a 9 por 40000 embarazos. Etiológicamente causado por gametogénesis y fertilización anormal, siendo más frecuente en los extremos de la edad reproductiva.

CASO CLÍNICO

Femenino 36 años, multípara de un parto vaginal hace 12 años, sin actividad sexual hace 8 años, con 6 días de evolución de sangrado genital abundante, asociado a palpitations, disnea de esfuerzo y episodio de lipotimia. En especuloscopia en fondo de saco vaginal, lesión violácea y vascularizada de 6cm. Lesiones tumorales en pared vaginal posterior, con biopsia que informa neoplasia trofoblástica de acentuada atipia. Al tacto vaginal lesión bien delimitada de 6cm, dependiente de útero. Ecografía ginecológica evidencia útero en anteverso-flexión, irregular, cuerpo uterino con lesión heterogénea, con áreas quísticas, vascularizado, que no permite delimitar cavidad endometrial ni miometrio. No se visualizan anexos. TC TAP con múltiples nódulos pulmonares bilaterales, compatible con localizaciones secundarias. Lesión uterina de carácter agresivo de 11x11,5x14cm. Ambos ovarios aumentados de tamaño, a expensas de múltiples quistes teca luteínicos. Nódulo paravesical sugerente de implante secundario. Considerar carcinomatosis. TC de cerebro con contraste sin evidencia de

compromiso. Se realiza laparotomía exploradora con resección tumoral parcial debido a extenso compromiso pélvico. Biopsia informa en útero coriocarcinoma (50%), asociado a tumor trofoblástico del sitio placentario (50%) que compromete cuerpo, istmo y borde de resección quirúrgica, con tamaño tumoral de 13x9x8cm. Invasión linfovascular presente, no se observa mola hidatiforme. Ambos anexos con múltiples quistes foliculares luteinizados y marcado edema intersticial. Examen citológico negativo para células neoplásicas. Se inicia gestión urgente con biopsia para inicio de quimioterapia. En el transcurso de dos semanas, paciente empeora agresivamente con insuficiencia respiratoria severa, con Angio TAC de tórax que evidencia múltiples nódulos y masas pulmonares bilaterales, posiblemente secundarias, que afectan de manera extensa todos los lóbulos pulmonares, severo aumento del compromiso metastásico pulmonar. En este contexto fuera de alcance terapéutico, inicia medidas paliativas y acompañamiento familiar. Se constata fallecimiento a 3 semanas de primera consulta.

DISCUSIÓN

El caso clínico descrito concuerda con la literatura, siendo de baja incidencia pudiendo derivar de cualquier evento gestacional. Su pronóstico depende de presencia y severidad de complicaciones asociadas.

CONCLUSIÓN

Neoplasia trofoblástica gestacional es poco frecuente, necesita de un manejo multidisciplinario para otorgar el seguimiento y tratamiento adecuado y oportuno ya sea con quimioterapia y/o cirugía.

TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELIOIDE CON METÁSTASIS A COROIDES: CASO CLINICO DE HOSPITAL SOTERO DEL RIO

Pertossi, E.; Puga, O. Urzúa, M. Perez, MV. Le Cerf, P.

Servicio Ginecología Oncológica de Hospital Sotero del Río

INTRODUCCIÓN

El tumor trofoblástico epitelioide es un tumor trofoblástico que pertenece al grupo de las neoplasias trofoblásticas gestacionales (NTG) y es extremadamente raro. Representa el 1-2% de todas las NTG (1) A la fecha se han reportado 110 casos (2). Dos tercios de los casos se presentan con metástasis y con valores de BHCG que no superan los 2500 mUI/mL. Los pacientes que debutan con enfermedad metastásica avanzada tienen una mortalidad de 10-24% a 5 años(3) y los sitios de metástasis comunes son vagina, hígado, pulmones y sistema nervioso central (vía hematológica). En general de buen pronóstico independiente de la etapa al debut. Aquí se presenta el caso de una paciente joven que presentó un tumor trofoblástico epitelioide y un sitio de metástasis poco habitual con mal pronóstico.

CASO CLÍNICO

paciente de 25 años, multípara de 1, que presentó tumores pélvicos bilaterales de rápido crecimiento. En los exámenes de ingreso CA 125 y B HCG negativos y LDH 592. Al examen físico un implante vulvo vaginal de 3-5 cm. El resultado de la biopsia fue tumor trofoblástico epitelioide con inmunohistoquímica positiva para CK18, AQ1-2, EMA, CK7, p63 y negativa para inhibina CK20, receptores de estrógenos, vimentina y S100. Dentro del estudio de etapificación imagenológico el tumor pélvico de 22 cm. compromiso mediastínico de múltiples ganglios, pulmón, hepático intraparenquimatoso, cerebral en región del lóbulo temporal. Y coroides del ojo izquierdo. Constituyendo una etapa FIGO IV con score de riesgo sobre 13 puntos. Por este motivo se inició esquema EP EMA con respuesta parcial posterior al cuarto ciclo. Debido a lo anterior se decide segunda línea con carboplatino y paclitaxel

completando 7 ciclos y toxicidad medular severa en el último de ellos. Dentro de las imágenes de control se observó respuesta parcial. Paciente rechazó histerectomía. A los 6 meses de seguimiento presenta dolor pélvico con B HCG 1892 mUI/ml y ecografía muestra embrión de 9 semanas y un tumor retrouterino de 7x5 cm. Nuevas metástasis en sistema nervioso central que generó hipertensión endocraneana. Metástasis pulmonar y hepática sin compromiso ganglionar. Se ofreció tratamiento quirúrgico, pero paciente rechazó histerectomía. A los pocos días presentó un aborto espontáneo. Para las metástasis cerebrales recibió radiocirugía. Luego comenzó nuevamente esquema carboplatino y paclitaxel. Luego de 2 ciclos requirió hospitalización por toxicidad hematológica. Además síndrome convulsivo secundario a metástasis cerebrales. Aparición de metástasis óseas. Debido a lo anterior se suspende quimioterapia y la paciente fallece 17 meses después del debut.

CONCLUSIÓN

Este es un caso poco común dentro de las NTG que se presentó con alta carga de enfermedad y compromiso de coroides del ojo izquierdo. De difícil manejo que finalmente presentó una recurrencia masiva en contexto de un nuevo embarazo.

LEIOMIOMATOSIS INTRAVERNOSA DE ORIGEN PELVIANO CON EXTENSIÓN INTRACARDIACA Y ARTERIAS PULMONARES. REPORTE DE UN CASO

Dra. Orellana M, Dra. Jara A, Dr. Fullerton D, Dr. Le Cerf P, Dr. Puga O, Dr. Saavedra M, Dr. Sáez N, Dr. Urzúa M.

1. Unidad de Ginecología Oncológica, Complejo Asistencial Sótero del Río. 2. Unidad de Cardiocirugía, Complejo Asistencial Sótero del Río. 3. Unidad de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Sótero del Río a) Residente Obstetricia y Ginecología b) MD, Médico Gineco-Obstetra, subespecialista en Ginecología Oncológica b) División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

La leiomiomatosis intravenosa (LIV) es una rara neoplasia uterina caracterizada por el crecimiento nodular de células de músculo liso en el interior de las venas. La incidencia de esta patología es baja, el reporte de casos hasta 2018 alcanza 300 pacientes (Demirkiran F, 2013). La LIV puede ser potencialmente mortal, pero curable. Afecta a mujeres que tienen o han tenido miomatosis uterina. En el presente trabajo se describe un caso clínico de una paciente con LIV de origen pelviano, para uterino derecho de 173 x 117 mm con área sólida irregular de 126 x 79 x 104 mm con vascularización y porción quística en polo inferior de 106 x 49 mm. Se solicita TAC-TAP donde se observa, además, trombosis extensa en la VCI, hasta su porción intrahepática (no candidata a filtro de vena cava inferior), con TEP en el tronco de arteria pulmonar y ventrículo derecho. con compromiso cardíaco y de arteria pulmonar. Se realizan marcadores tumorales que resultan negativos.

En el presente caso, se realiza intervención en un tiempo quirúrgico, con la extirpación de tumor pélvico y tromboectomía en abordaje simultáneo toraco-abdominal bajo derivación cardiopulmonar y paro circulatorio. Destaca en los hallazgos intraoperatorios, tumor proveniente del anexo derecho de 32 cm x 46 cm x 20 cm, sólido quístico, no adherido a planos profundos, no impresiona neoplásico, por lo que se realiza conservación del anexo izquierdo y útero. Al realizar apertura de la vena iliaca externa y vena cava, se aprecia fragmentos de tumor cilíndricos irregulares grises, no adherido a la pared de los vasos, que se extiende por la cava, ventrículo derecho y

arteria pulmonar, biopsia rápida, que informa hallazgos compatibles con trombo. Se completa extracción de trombo de arteria pulmonar hasta vena iliaca externa con anexectomía derecha y linfadenectomía Lumbo aórtica selectiva. En biopsia diferida, se evidencia un tumor anexial derecho corresponde a un leiomioma, con extensión a la vena cava, ventrículo derecho y arteria pulmonar. Ganglios negativos para neoplasia.

A modo de discusión, el diagnóstico precoz de LIV es difícil. La mayoría de los pacientes son asintomáticos, la extensión del tumor abarca pequeños vasos del miometrio en etapas tempranas, provocando sintomatología una vez que la extensión abarca la vena cava inferior, con la consiguiente obstrucción y edema de extremidades inferiores.

CÁNCER GERMINAL DE OVARIO, STRUMA OVARII. A PRO- PÓSITO DE UN CASO

Guerra, J C. Bronda A. Herrera C.

Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Regional Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 20% de pacientes con tumores de ovario, son de estirpe germinal, y dentro de este grupo los teratomas pueden desarrollar tejido tiroideo, esto ocurre aproximadamente en el 1% de los tumores de ovario y aproximadamente en el 3-5 % de los teratomas maduros. este tejido tiroideo generalmente se presenta con una morfología benigna, pero hasta en un 3% de los casos cursa con un carcinoma tiroideo.

CASO CLÍNICO

Femenino 39 años con aumento de volumen abdominal de 6 meses de evolución, dolor abdomino-pélvico leve, y sensación de llenura postprandial. Se pesquisa lesión anexial por ultrasonido, multilocular solido quística de 20 cm de diámetro mayor, con áreas de interfase hiperecogénicas lineales dentro de áreas quísticas, y nódulos ecogénicos que se acompañan de sombra acústica posterior. Escáner de tórax, abdomen y pelvis: lesión anexial de 20 cm, compleja solido-quística, sin evidencia de diseminación. Marcador CA 125: negativo. operada el día 12/01/2021 lográndose resecar toda la lesión, biopsia peroperatoria: lesión benigna. Biopsia definitiva: lavado peritoneal positivo, carcinoma papilar tiroideo desarrollado en estruma ovárico (teratoma monodérmico)

DISCUSIÓN

El diagnóstico de Struma ovarii potencialmente es postoperatorio, con muy baja sensibilidad en la biopsia rápida, y con muy baja correlación con estudios de imágenes.

CONCLUSIÓN

Es una entidad de muy baja frecuencia, que amerita un abordaje multidisciplinario que incluye al ginecólogo, ginecólogo oncólogo, patólogo y endocrinólogo.

CANCER CUELLO UTERINO Y EMBARAZO

Herrera Vásquez D., Torres Chomon P.

Departamento oncoginecología Hospital Padre Hurtado, San Ramón, Santiago, Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino corresponde a una de las neoplasias malignas más frecuentemente diagnosticadas durante el embarazo. Con incidencia variable de 1 cada 1.000 a 1 cada 10.000 RNV según país del mundo, corresponde en general al 2% del total de cánceres de cuello uterino. Si bien su pronóstico no se ve afectado por el embarazo en sí, el manejo varía según edad gestacional al momento del diagnóstico, edad materna, tamaño tumoral, paridad y deseo de la madre de mantener el embarazo. En los últimos 15 años se ha evidenciado un aumento en la incidencia, dentro de los probables factores asociados está el retraso del primer embarazo, sin embargo, evidencia actual muestra que el embarazo en sí no representa factor de peor pronóstico. De forma general se considera manejo quirúrgico en etapas precoces y en etapas avanzadas (con deseo de mantener el embarazo) se recomienda quimioterapia neoadyuvante hasta el momento de interrupción. En etapas avanzadas sin deseo de mantener embarazo, el manejo es con quimio y radioterapia.

MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de una paciente de 41 años cursando embarazo 12+3 semanas derivada desde cesfam para atención en unidad oncoginecología en Hospital Padre Hurtado el año 2021.

RESULTADOS

Paciente 41 años, multipara de 2 partos vaginales, cursando embarazo 12+3 semanas, con antecedente de cono leep 2010 por NIE II con bordes (-) fumadora activa durante embarazo, es derivada desde APS por lesión alto grado en PAP Enero 2021. Al examen físico destaca en la especuloscopia un cuello aspecto sano con flujo fisiológico, sin embargo, el tacto

vaginal presenta un cuello indurado de aproximadamente 2 cms. Impresionando al examen clínico un cáncer cuello uterino etapa IB2. La colposcopia impresiona tipo 3, con compromiso comisura izquierda AB con punteado y mosaico grueso. Se toma biopsia la cual es informada como carcinoma escamoso. Se informa a la paciente sobre diagnóstico y opciones manejo. Ella decide continuar el embarazo, por lo que se realiza etapificación (TAC tórax, abdomen y pelvis con contraste), se indica quimioterapia transcurridas las 16 semanas y se programa cesárea electiva a las 34 semanas previa administración corticoides. Dos semanas más tarde se realiza histerectomía radical, sin incidentes.

CONCLUSIÓN

Cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres más frecuentes en países en vías desarrollo, representando una enfermedad social con gran impacto tanto en la salud mental como física de la paciente y su familia, siendo clave el manejo multidisciplinario. Con el paso de los años y los nuevos estudios, el manejo del cáncer de cuello uterino durante el embarazo a migrado de manejo agresivo a terapias más conservadoras, especialmente durante segundo y tercer semestre en enfermedad precoz. El uso de quimioterapia neoadyuvante, luego de las 16 semanas de embarazo representa una oportunidad segura de controlar la enfermedad y retrasar el momento de interrupción, disminuyendo los riesgos de obtener un recién nacido prematuro extremo.

MANEJO CANCER DE MAMA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Herrera Vásquez D., Legorburu L. González V

Departamento patología mamaria, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mamá es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en Chile y el mundo, con una incidencia anual de 31 por cada 100.000 mujeres. Es una patología heterogénea que comprende varios tipos histológicos con comportamiento biológico variable, de los cuales 75% aproximadamente es hormono sensible. Diversos estudios han demostrado que tras tres a cuatro meses de hormonoterapia, el tamaño tumoral podría disminuir hasta en un 50%. La llegada de la pandemia por SARS-Covid 19, representó una crisis dentro del mundo sanitario, representando una oportunidad también para replantear terapias, dada la suspensión de pabellones, miedo de las paciente de asistir a controles e infectarse y suspensión de controles por parte de los centros. Lo anterior, representó una oportunidad para categorizar pacientes y dar prioridad a controles presenciales versus asistencia remota, lo que nos entregó nuevo conocimiento sobre gestión de estas pacientes y la optimización de tiempos de atención.

MÉTODOS

Reportar la experiencia de atención durante la pandemia, que incluyó más de 1.000 pacientes durante Marzo 2020 y Marzo 2021 por el departamento de patología mamaria, hospital Padre Hurtado, San Ramón.

RESULTADOS

Durante la pandemia por SARS-Covid 19, debimos como centro replantear las atenciones a nuestras pacientes. Dentro de las consideradas pacientes bajo riesgo (biopsia con neoplasia maligna confirmada con receptores hormonales positivos, pacientes con patología benigna), se favoreció hormonoterapia y controles vía telemática, para evitar riesgos de exposición

Paciente consideradas alto riesgo (Triple negativo) se consideró no retrasar manejo quirúrgico. Lo anterior evidenció ventajas y desventajas. Dentro de las ventajas de la atención vía telemática en pacientes de bajo riesgo, notamos mejor adherencia a controles, oportunidad de reforzar indicaciones médicas y responder dudas, facilitó cierre de casos con biopsias negativa para neoplasia, facilita atención de paciente con movilidad reducida y facilitó participación de profesionales en reuniones de servicio, docentes, aún estando en otros centros. Sin embargo, también evidenciamos desventajas, dificultades para acceder a citas vía telemedicina por falta de recursos (internet, computador), distancia respecto al vínculo emocional con el paciente, dificultad para entregar malas noticias, entre otros.

CONCLUSIÓN

La pandemia como toda crisis, generó la instancia de generar nuevos aprendizajes y modificar gestión de paciente para optimizar tratamientos y proteger pacientes frágiles de infectarse acudiendo a sus controles en centros hospitalarios colapsados. Creemos que es en esta crisis se ha generado una oportunidad para replantear atención de pacientes en centro de especialidad, tanto derivadas de APS como para seguimiento, lo cual permite un paso a modernización atención con atención vía remota, priorizando así a las pacientes que deban acudir a control presencial, siendo necesario acortar ciertas brechas como accesibilidad a internet y manejo ficha electrónicas universal.



MEDICINA MATERNO FETAL

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

ROL DE LA ECOGRAFÍA PARA DETERMINAR FETOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Alvear M.^{1,4}, Zapata N.^{3,4}, Flores X.^{2,3,4}, Pinilla C.^{1,4}, Galdámez D.^{1,4}

(1) Médico Becado en Ginecología y Obstetricia, (2) Médico especialista Medicina Materno-fetal, (3) Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción, (4) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano

INTRODUCCIÓN

Los fetos pequeños para edad gestacional (PEG) se definen ecográficamente como una estimación de peso fetal (EPF) por debajo del percentil 10 predefinido para una determinada edad gestacional. Estos tienen mayor riesgo de presentar muerte fetal como también otros resultados adversos perinatales y a largo plazo. Siendo fundamental identificar adecuadamente a este grupo y su respectivo origen, pudiendo así reducir precozmente sus complicaciones. Existe una distinción fenotípica entre ellos; siendo la precoz y tardía con un punto de corte a las 32 semanas, siendo el límite óptimo de edad gestacional en el momento diagnóstico. Actualmente el rendimiento predictivo es mayor si se realiza biometría durante el tercer trimestre y con curvas de crecimiento fetal creadas con datos locales propios de la población. Al mismo tiempo es el período donde las variables biológicas modifican significativamente el peso, especialmente en las últimas semanas de gestación, lo cual puede desplazar considerablemente las curvas de crecimiento fetal. El objetivo del presente es valorar la validez del EPF en el Hospital Las Higueras, Talcahuano (HLHT) para la detección de los PEG y las posteriores intervenciones.

MÉTODOS

Estudio observacional de cohorte retrospectivo entre abril del año 2015 a diciembre del año 2018, utilizando la base de datos del Servicio de Obstetricia del HLHT, seleccionando a 1579 gestantes con embarazo único desde las 24+0 hasta 42+0 semanas de gestación, sin presencia de malformaciones fetales y con ecografía efectuada ≤ 7 días antes del parto. Se evaluó edad materna (EM), EG al parto, EPF por ecografía (utilizando

fórmula Alarcón y Pittaluga) (AP), cantidad de días desde la ecografía al parto, tipo de parto y peso recién nacido.

RESULTADOS

La EM fue 28 años y la EG media fue de 38.2 semanas. Del total de embarazadas: 7,4% tenían EPF $< p10$, mientras que bajo peso al nacer fue un 10%. Resultando una sensibilidad (S) de 59 %, especificidad (E) 98%, VPP (valor predictivo positivo) 81 % y VPN (valor predictivo negativo) 95 %. Los PEG precoces presentaron una S de 83%, E 100 %, VPP 100% y VPN 94,4%. Los PEG tardíos obtuvieron S de 57 %, E 98%, VPP de 79,4 % y VPN 95,6%. Del total de las gestantes con PEG un 35% se interrumpió vía vaginal, fórceps 0,9 %, cesárea electiva un 15,4 % y cesárea de urgencia un 48,7%.

CONCLUSIÓN

Se observó un valor aceptable para la predicción general de PEG, siendo mayor en los precoces, lográndose óptimos valores de E, VVP y VVN. Sin embargo, la sensibilidad escapa de estos rangos, ya que utilizamos fórmula A-P, una curva de crecimiento neonatal, creando sesgo al evaluar la normalidad de la curva de crecimiento fetal, dado que incluye una gran proporción de PEG prematuros desplazando los extremos de las curvas, por lo que creemos que se deberían crear propias curvas con EPF para nuestra población.

PALABRAS CLAVE

Estimation of fetal weight, Birth weight, Small for gestational age.

CERCLAJE COMO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCOMPETENCIA CERVICAL, EXPERIENCIA EN HOSPITAL DRA. ELOÍSA DÍAZ

López F ⁽¹⁾, Gutiérrez P ⁽¹⁾, Enríquez P ⁽²⁾, Carrasco A ⁽²⁾

(1) Programa de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de La Florida Dra. Eloísa Díaz, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La incompetencia cervical corresponde a la dilatación progresiva del cuello del útero en ausencia de contracciones uterinas, teniendo una incidencia del 0.2-1% de los embarazos (1,2). El cerclaje cervical es uno de los procedimientos que busca disminuir los eventos adversos relacionados con la insuficiencia cervical tales como: parto prematuro, prematuridad, muerte fetal, prolapso de membranas fetales, infección intraamniótica y rotura prematura de membranas fetales (RPM). El objetivo de este trabajo fue describir las características perinatales y los resultados de los cerclajes realizados en los últimos cinco años en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes embarazadas que se sometieron a un cerclaje cervical entre enero 2017 y abril 2021 en el Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz ya sea indicado por historia de incompetencia cervical, ultrasonido (longitud cervical < 25 mm con antecedente de parto prematuro o acortamiento cervical progresivo a pesar del uso de progesterona) o examen físico (dilatación cervical asintomática > 2 cm con membranas visibles a través del orificio cervical).

RESULTADOS

Durante el período de estudio se incluyeron 41 pacientes. La mediana de edad fue de 31 años [rango intercuartil (RIQ) de 26-33] años, con una mediana de edad gestacional en semanas de 22.1 (RIQ 20-23.6) al momento del procedimiento. Un 29% (12/41) de los cerclajes fueron indicados por historia,

32% (13/41) por ultrasonido y 39% (16/41) por examen físico. La edad gestacional mediana del fin del embarazo fue de 36.8 semanas (RIQ 30.9-38.1). En cuanto a la morbilidad perinatal en un 27% (11/41) de los casos existió RPM, 17% (7/41) de mortinatos, 2.4% (1/41) de mortineonatos y un 10% (4/41) de ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales. Se encontró diferencia estadísticamente significativa comparando los 3 grupos de indicaciones de cerclaje en lo que respecta a antecedente de aborto de segundo trimestre, antecedente de parto prematuro, uso de progesterona micronizada y también en los siguientes outcomes: edad gestacional al momento del cerclaje, parto antes de las < 37 semanas, y mortineonatos. El grupo de indicación de cerclaje por examen físico fue el con mayor morbi-mortalidad neonatal.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio son similares a lo reportado en la literatura internacional en cuanto a la causa de indicación, edades gestacionales al momento del procedimiento y complicaciones perinatales. La revisión del rendimiento de los procedimientos perinatales en un centro de salud permite evaluar su seguridad y eficacia. De esta manera se pueden proponer mejoras que beneficien la salud de nuestras pacientes y la de sus hijos.

DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES EMBAZADAS HOSPITALIZADAS POR INFECCIÓN GRAVE POR SARS-COV-2 DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2021 EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RIO

Gutiérrez P ⁽¹⁾, **López F** ⁽¹⁾, **Vargas P** ^(2, 3), **Martinovic C** ⁽³⁾, **Kusanovic J** ^(2,3), **Cordova V** ⁽³⁾, **Rosas A** ⁽³⁾, **Prieto J** ⁽³⁾, **Torres A** ⁽³⁾

(1) Programa de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia, Universidad Católica de Chile.

(2) Unidad de Medicina Materno-Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (3) Centro de Investigación e Innovación Materno-Fetal (CIMAF), Hospital Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

El embarazo se considera un factor de riesgo para complicaciones asociadas a la infección por SARS-CoV-2. Durante el primer trimestre de 2021 se incrementó el número de embarazadas contagiadas en Chile con respecto al año anterior. La situación epidemiológica en el país registraba 386 embarazadas hospitalizadas COVID-19 (+) en un periodo de 45 días de las cuales un 30% se encontraban en cuidados intensivos y de estas últimas un 58% con ventilación asistida. El objetivo de este estudio es describir la evolución clínica y características demográficas de pacientes hospitalizadas embarazadas con COVID grave, para entender la evolución de esta nueva enfermedad cuando se presenta durante el embarazo, identificar factores de riesgo de mal pronóstico y así generar estrategias de prevención y cuidados.

MÉTODOS

Se evaluó una cohorte de embarazadas hospitalizadas en un centro de atención terciaria en Santiago de Chile infectadas por SARS-COV-2 identificado con técnica reacción de polimerasa en cadena. Se obtuvieron datos demográficos, resultados de laboratorio y evolución clínica.

RESULTADOS

Desde el 14/03/21 hasta el 01/06/21 se identificaron 28 pacientes. El 75% (21/28) requirieron aporte de oxígeno que se sub-clasificaron en dos grupos: ingresadas a UTI/UCI (76%, 16/21) y a sala normal (24%, 5/21). No hubo diferencias

estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a la edad [33 años (31-38) y 35 (29-36)], IMC [27.2 Kg/m² (18.2-30.5) y 23.7 (20.7-35.7)], edad gestacional de ingreso [27.2 semanas (18.2-30.5) y 23.7(20.7-35.7)], primigestas [12.5% (2-16) y 20%(1/5)], comorbilidades tales como obesidad, asma, hipertensión arterial o diabetes mellitus [94% (15/16) y 80% (4/5)], tiempo de hospitalización [13 días (8-31) y 6 (5-7)], valores de exámenes de laboratorio (proteína C reactiva, ferritina, lactato deshidrogenasa, linfocitos), indicación médica de interrupción del embarazo [29% (6-21) y 40% (2/5)], edad gestacional al parto [33 semanas (30-35) y 36.8 (36.8-36.9)], peso de nacimiento [2475 gramos (1600-2555) y 3595 (3498-3693)] ni vía de parto. Ninguna de las pacientes se encontraba inmunizada contra el virus.

CONCLUSIÓN

La presencia de comorbilidades como asma u obesidad y la falta de inmunización fueron factores prevalentes en nuestra cohorte. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos probablemente por la cantidad de pacientes. Además, los parámetros de laboratorio evaluados no predijeron la evolución clínica como se esperaba. Por lo tanto, debido a lo difícil que es predecir la evolución clínica de esta enfermedad en embarazadas se propone intensificar estrategias de prevención de contagio e inmunización en esta población.

INMUNIDAD INDUCIDA POR PRIMO-INFECCIÓN POR SARS-COV-2 PREVIO AL EMBARAZO PERDURA HASTA EL PARTO CON TRASPASO DE INMUNIDAD PASIVA AL NEONATO: REPORTE DE UN CASO

Gutiérrez P ⁽¹⁾, **López F** ⁽¹⁾, **Pereira C** ⁽²⁾, **Jensen R** ⁽³⁾, **Martinovic C** ^(4, 5), **Vargas P** ^(4, 5)

(1) Programa de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia, Universidad Católica de Chile. (2) Escuela de Medicina, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (3) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes (4) Unidad de Medicina Materno-Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (5) Centro de Investigación e Innovación Materno-Fetal (CIMAF), Hospital Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-CoV-2 genera una memoria inmunológica que puede traspasarse al feto a través de la placenta. La evidencia hasta ahora ha demostrado que la infección durante el embarazo, tanto sintomática como asintomática, genera inmunidad en la madre y en el neonato. Sin embargo, no existen reportes de casos de infecciones previo al embarazo y si esta inmunidad es transmisible al recién nacido.

MÉTODOS

Se realizó el seguimiento de una paciente primigesta de 28 años, sin comorbilidades, con antecedente de infección por SARS-CoV-2 leve, confirmado con reacción de polimerasa en cadena (PCR) en hisopado nasofaríngeo, 1 mes previo a la concepción. Se utilizó el inmunoensayo de electroquimioluminiscencia Elecsys® Anti-SARS-CoV-2 para la detección cualitativa in vitro de anticuerpos (incluida la IgG) contra la nucleocápside (positivo con razón >1.0) y proteína SPIKE 1 (positivo > 0.8 U/mL) de SARS-CoV-2 en suero que ha demostrado una correlación positiva con anticuerpos neutralizantes en ensayos de neutralización. Se obtuvieron muestras de títulos de anticuerpos en sangre materna en cada trimestre y al parto. Finalmente, se obtuvo una muestra de anticuerpos en sangre del cordón umbilical del recién nacido.

RESULTADOS

El diagnóstico de COVID-19 con PCR (+) se realizó un mes previo a la concepción. El embarazo se confirmó mediante test cuantitativo de hormona gonadotrofina coriónica y ecografía. Se obtuvieron títulos positivos de anticuerpos contra la nucleocápside y proteína SPIKE-1 de SARS-CoV-2 en primer, segundo y tercer trimestre y también al momento del parto (40 semanas de edad gestacional) en la sangre de la madre. De igual forma y similar magnitud se obtuvieron títulos positivos en la sangre del cordón del recién nacido al momento del parto.

CONCLUSIÓN

Nuestra investigación aporta nuevo conocimiento sobre la evolución de la inmunidad adaptativa inducida previo al embarazo y su comportamiento durante la gestación y el traspaso de anticuerpos de la madre al recién nacido. Se requiere mayor número de pacientes para evaluar la prevalencia de este fenómeno, sin embargo, sienta esperanza respecto del traspaso de inmunidad, durante el embarazo, inducida por enfermedad o incluso a través de inmunización.

USO DE REPLECIÓN E INYECCIÓN CON LÁTEX PARA EL ESTUDIO VASCULAR PLACENTARIO POSTERIOR AL TRATAMIENTO LÁSER DE UN SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez P ⁽¹⁾, **López F** ⁽¹⁾, **Valenzuela M** ⁽²⁾, **Martinovic C** ⁽³⁾, **Vargas P** ^(3, 4)

(1) Programa de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Departamento de Morfología, Universidad de los Andes (3) Centro de Investigación e Innovación Materno-Fetal (CIMAF), Hospital Sótero del Río. (4) Unidad de Medicina Materno-Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) complica aproximadamente un 10-15% de los embarazos gemelares monocoriales biamnióticos con una mortalidad in útero cercana al 95% sin tratamiento. Las anastomosis arterio-venosas en la placenta se traduce en volúmenes de líquido amniótico discordantes (oligohidramnios en el feto donante y polihidramnios en el receptor) discordancia de pesos fetales y alteraciones del doppler de ambos gemelos. Las alternativas de manejo dependen del estadio e incluyen manejo expectante, amnio-reducción, septostomía y coagulación con láser. La inyección de colorantes a través de los vasos placentarios en estudios post-parto permite analizar el comportamiento de los vasos y la prevalencia de anastomosis AV, AA y VV. El objetivo de este estudio es analizar la placenta con técnica de inyección de colorantes de una paciente que recibió 2 cirugías de coagulación láser por STFF.

MÉTODOS

Se realizó el estudio post-parto de una placenta de un embarazo gemelar monocorial biamniótico con diagnóstico a las 16 semanas de gestación de STFF estadio II de Quinteros, tratado con coagulación láser con técnica de Solomon a las 17 semanas y luego a las 20 semanas dado a reproducción del STFF sumado a una restricción selectiva del crecimiento fetal del gemelo 2 con discordancia de 41% del peso estimado. En la evaluación quirúrgica se plantea que la presencia de una

anastomosis lateral podría ser la causa de la reproducción de la enfermedad. Evoluciona a las 23+1 semanas con rotura prematura de membranas espontánea y posterior trabajo de parto prematuro sin posibilidad de rescate neonatal dado edad gestacional. Se realiza una repleción vascular con látex de los vasos umbilicales de ambos cordones diferenciando en colores (Gemelo donante = arterias: rojo, venas: azul / Gemelo receptor = arterias: verde, venas: café), posteriormente una fijación en formalina y finalmente diafanizado.

RESULTADOS

El proceso de repleción, fijación y diafanizado se inició el 19/11/20 y se finalizó el 28/07/21. Se logró la visualización detallada de la vasculatura superficial placentaria. No se evidenciaron anastomosis remanentes posterior al tratamiento láser.

CONCLUSIÓN

La evidencia sostiene una prevalencia de anastomosis residuales en un 21% (11-38) lo que ha disminuido con el uso de técnica láser de Solomon. Los resultados obtenidos muestran la relevancia del estudio posterior de la placenta en estos casos, permite evaluar la efectividad de la técnica quirúrgica y objetivar la presencia o no de anastomosis dada la participación de distintos mecanismos fisiopatológicos en el desarrollo del STFF y su desenlace.

RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE PACIENTES SOMETIDAS A CERCLAJE POR INCOMPETENCIA CERVICAL DESDE 2006 A 2020 EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE.

Henríquez, P¹. Couve, C¹.

1) Alto Riesgo obstétrico del Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, cuya incidencia es 11.1% a nivel mundial. La incompetencia cervical es la dilatación y acortamiento del cuello uterino previo a las 37 semanas de gestación sin dinámica uterina y progresiva dilatación cervical indolora en el segundo trimestre o temprano en el tercer trimestre. El cerclaje es una intervención probada contra la incompetencia cervical, cerrando del cuello del útero mediante una sutura, entregando resistencia al cuello uterino. El presente estudio describe los resultados obstétricos en pacientes con diagnóstico de incompetencia cervical sometidas a cerclaje en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Chile, en el período 2006-2020. El objetivo primario la tasa de parto menor a 37 semanas. Como objetivo secundario tasa de parto prematuro menor a 34 semanas, tasa de parto prematuro extremo entre 24 a 28 semanas, tasa de aborto (<22 sem o peso < 500 gr) y tasa de parto cesárea. Se evalúan los resultados obstétricos donde se realizó doble cerclaje.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de cohorte retrospectivo, con pacientes mayores de 18 años, con embarazos únicos, sometidas a cerclaje entre los años 2006 y agosto de 2020 en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, bajo diagnóstico de incompetencia cervical con registro según diagnóstico del CIE-10 N88.3; se rescata de las pacientes la edad, morbilidades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, otros), paridad, peso, talla, fórmula obstétrica, patologías obstétricas (diabetes gestacional, preeclampsia, otros), la edad gestacional al momento del cerclaje, indicación de cerclaje, característica del cerclaje (simple o doble), presencia de complicaciones debido a la

intervención, edad gestacional al parto y vía de parto, motivo de la interrupción y peso del recién nacido.

RESULTADOS

Fueron incluidas 104 pacientes, se clasificaron según indicación: 66 (63,4%) profilácticos, 26 (25%) indicación por ecografía y 12 (11.5%) de urgencia; un 45.2% (47) eran obesas; 35,6% (39) con sobrepeso, con IMC promedio del grupo estudiando en 30.1, el 33,6% (35) presentaban morbilidad, un 62,5% (65) fueron doble cerclaje. Existe un incremento en la realización del procedimiento desde 2015, llegando a 21 cerclajes realizados en 2019. La edad gestacional promedio al momento del cerclaje fue de 17+3 semanas. La edad gestacional promedio de término del embarazo fue de 34+6 semanas, con 17+4 semanas en promedio desde el procedimiento. La tasa de parto menor a 37 semanas fue de 38.5% (40), menor de 34 semanas 26% (27), tasa de parto prematuro extremo (de 24 a 28 semanas) de un 3,8% (4), la tasa de abortos fue de 5.8% (6) y tasa de cesárea de 38,5% (40). La estimación de peso fetal promedio fue de 2885 gr. Se observa el doble cerclaje tiene una tasa de parto menor a 37 semanas de 32,3% (19/39) versus el 48,8% (21/65) con cerclaje simple.

CONCLUSIÓN

El uso del cerclaje es la piedra angular para el manejo de la incompetencia cervical, siendo una intervención segura y eficaz para combatir la historia natural de la enfermedad. No hubo casos de complicaciones en relación con la intervención. Nuestros resultados fueron superiores al compararlo con la literatura internacional, lo que invita a continuar ofreciendo este procedimiento, como estrategia para evitar la prematuridad.

RESULTADOS CERCLAJES PROFILÁCTICOS POR INCOMPE- TENCIA CERVICAL; CERCLAJE SIMPLE VERSUS DOBLE

Henríquez, P¹

Alto Riesgo obstétrico del Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

INTRODUCCIÓN

La incompetencia cervical definida como la dilatación y acortamiento cervical progresivo, que resulta en partos prematuros o abortos tardíos en los embarazos subsecuentes. Este es un evento infrecuente que ocurre entre el 0.3 – 1% de los embarazos. El cerclaje profiláctico, es una intervención probada contra la incompetencia cervical, realizado una vez para indicarlo basta con la historia obstétrica compatible de un episodio sugerente de incompetencia cervical, según el colegio americano de ginecología y obstetricia. El procedimiento consiste en introducir una sutura cerrando el orificio cervical interno, entregando resistencia al cuello uterino. El uso de un segundo cerclaje, para obliterar el orificio cervical externo, así retener el tapón mucoso y ayudar a mantener al cuello esa barrera infecciosa. El presente estudio describe los resultados obstétricos en pacientes con diagnóstico de incompetencia cervical sometidas a cerclaje profiláctico en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Chile, en el período 2006-2020. El objetivo primario del estudio es la tasa de parto menor a 37 semanas. Como objetivo secundario la tasa de parto prematuro menor a 34 semanas, tasa de parto prematuro extremo entre 24 a 28 semanas, tasa de aborto (<22 semanas o peso < 500 gr) y tasa de parto cesárea. Comparar los resultados obstétricos donde se realizó cerclaje doble y simple.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de cohorte retrospectivo, con pacientes mayores de 18 años, con embarazos únicos, sometidas a cerclaje profiláctico entre los años 2006 y agosto de 2020 en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, bajo diagnóstico de incompetencia cervical con registro según diagnóstico del CIE-10 N88.3; se rescata de las pacientes la edad, morbilidades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, otros), paridad, peso,

talla, fórmula obstétrica, patologías obstétricas (diabetes gestacional, preeclampsia, otros), la edad gestacional al momento del cerclaje, característica del cerclaje (simple o doble), presencia de complicaciones debido a la intervención, edad gestacional al parto y vía de parto, motivo de la interrupción y peso del recién nacido.

RESULTADOS

Fueron incluidas 66 pacientes, 20 cerclajes simples y 46 dobles. La edad promedio de las pacientes fue de 30.1 años, un 83,3% (55/66) presentan obesidad y/o sobrepeso, con IMC promedio del grupo estudiando en 29.6, el 40,9% (27) presentaban morbilidad. La edad gestacional promedio al momento del cerclaje fue de 14+5 semanas. La edad gestacional de término promedio fue de 36+1 semanas, con 21+3 semanas en promedio para cada paciente sometida a cerclaje profiláctico. La tasa de parto menor a 37 semanas fue de 30.3% (20/66), menor de 34 semanas 15,1% (10), no hubo partos prematuros extremo (de 24 a 28 semanas), la tasa de abortos fue de 6.1% (4) y tasa de cesárea de 39,3% (26). La estimación de peso fetal promedio fue de 3174 gr. Se observa el doble cerclaje una tasa de parto menor a 37 semanas de 28,3% (13/46) versus el 35% (7/20) con cerclaje simple; sin significancia estadística. Sobre la tasa de parto menor a 34 semanas fue de 13% (6/46) para el cerclaje doble versus el 20% (4/20) para cerclaje simple; sin significancia estadística.

CONCLUSIÓN

El cerclaje profiláctico es una gran herramienta contra la incompetencia cervical. A pesar de la tendencia de un mejor resultado con el uso de cerclaje doble, no existe significancia estadística para ofrecer un tipo de cerclaje sobre otro.

DESCRIPCIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CATASTRÓFICA Y NECESIDAD DE ECMO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO.

Bahamondes T. ⁽¹⁾, Lorca N. ⁽²⁾, Caro G. ⁽²⁾

(1) Médica en formación, Ginecología – Obstetricia, Universidad de Chile, Sede Sur.

(2) Ginecología – Obstetricia, Unidad de Medicina Materno Fetal, CABL.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la información entregada por la organización Mundial de la Salud y la de Soporte Vital extracorpóreo alrededor de 1 de cada 23.000 pacientes infectados por coronavirus necesitará conectarse a una membrana extracorpórea de oxigenación (ECMO) como última medida terapéutica. El objetivo de este trabajo es describir a las pacientes obstétricas que presentaron una insuficiencia respiratoria catastrófica por COVID-19 en el Complejo Asistencial Barros Luco (CABL).

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en los registros de ingreso de la Unidad de Paciente Crítico (UPC) del CABL de las pacientes obstétricas con indicación de uso de ECMO por insuficiencia respiratoria catastrófica por COVID-19 desde el 1 de Marzo 2020 al 1 de Septiembre 2021. Se revisó las fichas de las pacientes identificadas para describir sus características demográficas, obstétricas, morbilidad asociada, diagnóstico de hospitalización, vía del parto, resultados perinatales y maternos, duración de la conexión a ECMO.

RESULTADOS

En los registros de Ingreso UPC CABL desde Marzo 2020 a Septiembre 2021 se describen 2 pacientes con necesidad de ECMO por insuficiencia respiratoria catastrófica por COVID-19. La primera paciente se presentó con 29 años, primigesta, cursando embarazo de 26+5 semanas, antecedentes de obesidad e hipertensión arterial crónica, en el séptimo día de síntomas, PCR positiva para COVID-19, ingresa por fiebre persistente y disnea progresiva, saturación de O₂ hasta 88%, con diagnóstico de neumonía por COVID-19. A 48 horas del ingreso

se conecta a Ventilación mecánica, por deterioro agudo con saturación de oxígeno del 30% y compromiso de la unidad fetoplacentaria se realiza cesárea de emergencia en UPC, obteniéndose un recién nacido de sexo femenino, peso 1010 grs, talla 37 cms, APGAR 3/6. Se evidencia neumotórax bilateral con necesidad de pleurostomía y enfisema subcutáneo severo. Permanece conectada a ECMO 17 días. Fibrobroncoscopia evidencia lesión traqueal extensa con compromiso de bronquio derecho (Cardilo IIIA), se realiza reparación quirúrgica con prótesis a lo que responde favorablemente. La segunda paciente de 31 años, multipara de 1, cursando embarazo de 34+6 semanas, antecedentes de obesidad e hipotiroidismo, en el séptimo día de síntomas con PCR positiva para COVID-19, ingresa por fiebre y disnea. Por insuficiencia respiratoria aguda se realiza cesárea de urgencias con salida a UCI. Recién nacido sexo femenino, peso 2750 grs, 45 cms, APGAR 8/9. 72 horas posterior al ingreso se conecta Ventilación mecánica. Al quinto día de ventilación mecánica por evolución desfavorable e inestabilidad hemodinámica se decide inicio de ECMO. En lavado broncoalveolar se aísla E.Coli y S. Aureus MS. Se complementa el manejo con antibióticos bi-asociados. Permanece 13 días conectada a ECMO. Completa el ciclo de recuperación con ventilación mecánica y traqueostomía. Permanece en rehabilitación orofaríngea actualmente.

CONCLUSIÓN

Una adecuada caracterización de las pacientes obstétricas que requiere ECMO por una insuficiencia respiratoria catastrófica requiere de estudios multicéntricos capaces de aportar el número de pacientes necesarios.

CETOACIDOSIS NORMOGLICÉMICA EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASOS.

Bahamondes T. ⁽¹⁾, Lorca N. ⁽²⁾, Caro G. ⁽²⁾

(1) Médica en formación, Ginecología – Obstetricia, Universidad de Chile, Sede Sur.

(2) Ginecología – Obstetricia, Unidad de Medicina Materno Fetal, CABL.

INTRODUCCIÓN

Cetoacidosis (CAD) normoglicémica es una rara complicación en embarazadas. Su reconocimiento es difícil y se asocia a mayor morbilidad materna y fetal. Este trabajo tiene como objetivo el reporte de dos casos de embarazadas con diagnóstico de CAD normoglicémica de la Unidad de Medicina Materno Fetal del Complejo Asistencial Barros Luco (CABL).

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en el registro de egreso hospitalario de pacientes con diagnóstico de CAD normoglicémica desde el 1 enero 2018 al 1 Julio 2021. Posteriormente se revisó las fichas de las pacientes identificadas para describir sus características demográficas, obstétricas, morbilidad asociada, diagnóstico de ingreso, evolución clínica, vía del parto, resultados maternos y perinatales.

RESULTADOS

En los registros de egreso CABL desde Enero 2018 a Julio 2021 se describen 2 pacientes con diagnóstico de CAD normoglicémica. La primera paciente de 26 años, multípara de 1, cursando embarazo de 32+0 semanas, sin comorbilidades, ingresa por neumonía COVID-19. Se describe con taquipnea refractaria, acidosis metabólica severa con anion GAP elevado, hiperlactatemia y cetonuria, normoglicémica. Debido a insuficiencia respiratoria aguda y deterioro de la unidad feto placentaria se realiza cesárea de urgencias con salida a UCI. Recién nacido de sexo femenino, peso 2350 grs, talla 49 cms, APGAR 6/7. En UCI se plantea CAD normoglicémica recibe apoyo ventilatorio con cánula nasal de alto flujo asociado a medidas de corrección de acidosis metabólica y BIC de insulina asociada a glucosa. Se mantiene en observación y manejo UCI

por 24 hrs, con evolución favorable y suspensión de oxígeno al cuarto día desde ingreso. La segunda paciente de 22 años, nulípara, cursando embarazo de 27 + 5 semanas, sin comorbilidades, ingresa para estudio por cuadro de 2 semanas de epigastralgia, náuseas, vómitos profusos, sin tolerancia oral. Se describe con acidosis metabólica, anion GAP elevado, hipokalemia, hiponatremia, amilasa y lipasa normales, normoglicémica. A las 72 hrs evoluciona con deshidratación severa, agitación psicomotora y taquipnea. Ingres a UCI por deterioro materno-fetal, con necesidad a las 12 horas de cesárea de urgencia por estado fetal no tranquilizador. Recién nacido sexo femenino, peso 1389 grs, talla 39 cm, APGAR 3/5/7, con criterios de asfisia perinatal y hemorragia intraventricular. La Paciente en UCI requiere apoyo con VMI y uso drogas vasoactivas respondiendo favorablemente después de 72 horas. Por aumento de amilasa/lipasa se realiza TC abdomen y pelvis, evidenciando pancreatitis aguda edematosa intersticial. Se mantiene en régimen cero, con BIC de insulina asociada a glucosa. Recuperación de CAD al noveno día de ingreso. Completa 16 días en UCI.

CONCLUSIÓN

La CAD normoglicémica se considera una emergencia médica que requiere alta sospecha clínica. La demora en su reconocimiento puede empeorar el curso clínico y su abordaje debe ser multidisciplinario.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO EN CHILE

Contreras C^{1,2}, Wichmann I^{1,4}, Sánchez S.³, Carvajal J¹.

1 Departamento de Obstetricia. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2 Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico Metropolitano de La Florida Dra. Eloísa Díaz, Santiago, Chile. 3 Escuela de Pregrado, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 4 Advanced Center for Chronic Diseases (ACCDiS)

INTRODUCCIÓN

La colestasia intrahepática del embarazo (CIE) es el trastorno hepático más frecuente en la gestación. Su incidencia mundial es de 0.3-5.6%. La incidencia de CIE en Chile fue descrita como una de las más altas en el mundo, sin embargo, presentó una caída significativa hasta un 1,5% en el año 2002. Desde entonces, no existen investigaciones recientes en nuestro país respecto al comportamiento epidemiológico y clínico de esta patología

MÉTODOS

Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva, realizado en 2 centros hospitalarios, uno público (A) y uno privado (B), que incluyó los nacimientos ocurridos entre enero de 2016 y julio de 2020. Se calcula la incidencia de CIE diagnosticada clínicamente y se presentan las características de las pacientes con dicho diagnóstico, además de sus resultados maternos y perinatales.

RESULTADOS

En el periodo seleccionado, la incidencia de CIE en el hospital público fue de un 1.6% y fue significativamente mayor que la del hospital privado, que tuvo un 1% de incidencia ($p=0.001$). Los casos de CIE en el centro A tuvieron una edad promedio de 27.8 años y el 61.7% fueron multíparas. La proporción de pacientes con sobrepeso u obesidad fue de un 72%. La asociación a preeclampsia y diabetes gestacional fue de 11.5% y 13.3%, respectivamente. La edad gestacional (EG) al diagnóstico fue de 36+2 semanas, mientras que la EG al parto fue de 38+1 semanas. En el mismo centro (A), hubo un 22.2%

de partos prematuros, de los cuales el 74% fueron indicados médicamente. La tasa de cesárea fue de un 30.6%. Entre los resultados perinatales, destaca que un 11% del total de recién nacidos del grupo CIE requirió hospitalización y sólo se registró 1 muerte fetal. Para analizar los resultados es importante considerar la forma de manejo de la CIE en el periodo evaluado. Sólo un 26% de la muestra recibió ácido ursodesoxicólico (AUDC). La interrupción del embarazo se indicó desde las 36 semanas en pacientes con alteraciones hepáticas (no sales biliares) o deterioro de las pruebas de bienestar fetal. En caso contrario, se realizó una interrupción desde las 38 semanas.

CONCLUSIÓN

La incidencia actual de CIE parece ser similar a la reportada hace 20 años y es mayor en el centro público que en el centro privado. El manejo de las pacientes con CIE en el período analizado podría explicar la proporción de partos pretérmino y la de hospitalización neonatal, pero también la baja incidencia de óbito fetal reportada. Es importante en un futuro incluir la medición de sales biliares y ampliar el uso de AUDC, en el manejo de CIE, lo que permitiría una mejor selección de casos a interrumpir previo al término

REPORTE DE MALFORMACIONES FETALES DIAGNOSTICADAS EN COMITÉ ECOGRÁFICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA, ENTRE JUNIO 2020 Y JUNIO 2021

Canales N.¹, De Martini F.², Valdebenito P.², Muñoz F.¹, Maldonado G.¹

¹ Becado Obstetricia y Ginecología UCM, Hospital Regional de Talca, Chile.

² Unidad de Alto Riesgo Obstétrico Hospital Regional de Talca, Chile

INTRODUCCIÓN

La ecografía obstétrica forma parte del tamizaje para seleccionar la población con alto riesgo de tener una malformación congénita. Considerando que los defectos fetales se presentan en aproximadamente 2-4 de cada 100 recién nacidos vivos, y son causa de un 35-40% de la mortalidad perinatal en Chile, se justifica entonces realizar el ultrasonido del segundo trimestre, que presenta un alto índice de detección prenatal (56%), con pocos falsos positivos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, mediante la revisión de 6.385 ecografías, que fueron realizadas durante un año (junio 2020-junio 2021), en el Hospital Regional de Talca. Se detectaron 126 fetos con sospecha de malformación. Se recopilaron los siguientes datos: edad, paridad, malformaciones diagnosticadas, sistemas comprometidos, cariograma y comorbilidad, con posterior análisis estadístico.

RESULTADOS

En este hospital las malformaciones fetales son evaluadas por un comité ecográfico, compuesto por médicos obstetras especialistas en Medicina Materno Fetal. Fueron derivadas 126 pacientes en las que se sospechaba alguna malformación, de las cuales 25 resultaron ser ecografías normales, y fueron descartadas del estudio. Un 4.9% tenía menos de 20 años, 82.1% entre 20 y 39 años, y un 11.8% tenían 40 años o más. El porcentaje de primigestas fue de 32.6%, nulíparas 3.9%, y 63.3% eran múltiparas. La distribución según sistema comprometido

fue de 19.8% Cardiovascular, 16.8% SNC, 13.8% Digestivo, 11.8% Nefrourológico, 6.9% Musculoesquelético, 4.9% Pulmonar, 4.9% Cara y cuello, 9.9% Otras, mientras que un 10.8% tenía 2 o más sistemas comprometidos. Entre las comorbilidades destacó la diabetes (gestacional o pregestacional) con un 21.7% (22 pacientes) y el síndrome hipertensivo del embarazo con 6.9% (7 pacientes), 17.8 % de las pacientes presentaron otras comorbilidades. Se realizó cariograma a 29 pacientes (28.7%), con 16 resultados normales, seis trisomías 21, tres trisomías 18, dos trisomías 13, dos 45 X y un resultado que se informó sin crecimiento celular. Finalmente, a 14 pacientes (13.8%) se les diagnosticó un aborto u óbito al momento de la ecografía, un 14.8% (15) fueron mortinatos o mortineonatos y 12 pacientes seguían embarazadas al momento del estudio.

CONCLUSIÓN

Entre las ecografías alteradas se reportó mayor prevalencia de malformaciones en gestantes múltiparas, con edades entre 20 y 39 años, de las cuales, un quinto padecía diabetes. La incidencia de cromosomopatías diagnosticadas en nuestro servicio alcanzó un 0.45%, teniendo cariograma patológico un 45% de los casos a los que se le solicitó. Finalmente, nuestra incidencia general de malformaciones congénitas (1.9%) y la distribución por sistema afectado, se condice con la reportada en la bibliografía internacional, coincidiendo en que las malformaciones cardíacas son las más frecuentes.

EMBARAZO GEMELAR MONOAMIÓTICO: SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2019

Von Bischoffshausen S, De la Maza M, Hartmann M, Honorato M, Leiva D, Leyton C, Latorre R

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

Revisión retrospectiva de los resultados de los embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos atendidos en la Maternidad del Hospital Padre Hurtado entre los años 2011 y 2019. Se describió características de la población estudiada en ese periodo de tiempo, y su outcome perinatal.

MÉTODOS

Se revisó la totalidad de los embarazos monocoriales monoamnióticos de la Maternidad del Hospital Padre Hurtado entre Enero de 2011 y Julio 2019. Se incluyeron los embarazos con edad gestacional ≥ 24 semanas o peso al nacimiento ≥ 500 grs. De la base de datos perinatales, se obtuvo edad gestacional (EG) al diagnóstico, EG al parto, peso de los recién nacidos (RN) y peso al alta, Apgar al minuto y a los 5 minutos de nacimiento, complicaciones obstétricas y perinatales, tiempo de hospitalización en neonatología y mortalidad perinatal. Además, se obtuvieron datos demográficos de la madre. En el período de estudio se registraron 34360 recién nacidos. De estos, 702 eran embarazos múltiples; de los cuales 9 fueron monocoriales monoamnióticos. Uno corresponde a pagos unidos del tórax a la pelvis por lo que sólo se consideró para el análisis de las características demográficas maternas, de la EG al diagnóstico y al parto. Se excluyó del análisis de outcomes.

RESULTADOS

La edad gestacional promedio al diagnóstico de la amniocidad fue 12+3 semanas y la EG promedio al parto fue de 31 semanas. Dentro de las patologías maternas más prevalentes, destaca que 1/3 de las pacientes presentó diabetes

gestacional durante el embarazo y 1/5 un síndrome hipertensivo del embarazo. De los 8 embarazos gemelares incluidos en el análisis, 6 corresponden a cesáreas electivas por riesgo de entrecruzamiento de cordón. El Apgar promedio al minuto y a los 5 minutos de vida de los 16 RN fue 8 y 8.8 respectivamente. El promedio de días de hospitalización de los RN, fue de 27 y un máximo de 68 días. El 66% de los RN presentó enfermedad de membrana hialina (EMH) como principal complicación y motivo de hospitalización.

CONCLUSIÓN

Dado el bajo número de casos de embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos, sólo es posible realizar un análisis estadístico descriptivo de los datos. A pesar de no poder generar asociación estadística, se observan datos interesantes. La mayoría de los RN fueron prematuros severos, asociados a patología de la prematuridad que implicó hospitalización de hasta más de un mes en algunos casos, sin verse afectado el APGAR de nacimiento. En cuanto a condiciones maternas, la mayoría de las madres presentaron patologías obstétricas, lo que pudo influir en el nivel de prematuridad de los pacientes. Se necesita mayores estudios y mayor muestra para realizar pronóstico de patologías en relación con embarazo gemelar monocorial monoamniótico.

EMBARAZO GEMELAR MONOAMIÓTICO: SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO ENTRE LOS AÑOS 2011 Y 2019

Von Bischoffshausen S, De la Maza M, Hartmann M, Honorato M, Leiva D, Leyton C, Latorre R

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

Revisión retrospectiva de los resultados de los embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos atendidos en la Maternidad del Hospital Padre Hurtado entre los años 2011 y 2019. Se describió características de la población estudiada en ese periodo de tiempo, y su outcome perinatal.

MÉTODOS

Se revisó la totalidad de los embarazos monocoriales monoamnióticos de la Maternidad del Hospital Padre Hurtado entre Enero de 2011 y Julio 2019. Se incluyeron los embarazos con edad gestacional ≥ 24 semanas o peso al nacimiento ≥ 500 grs. De la base de datos perinatales, se obtuvo edad gestacional (EG) al diagnóstico, EG al parto, peso de los recién nacidos (RN) y peso al alta, Apgar al minuto y a los 5 minutos de nacimiento, complicaciones obstétricas y perinatales, tiempo de hospitalización en neonatología y mortalidad perinatal. Además, se obtuvieron datos demográficos de la madre. En el período de estudio se registraron 34360 recién nacidos. De estos, 702 eran embarazos múltiples; de los cuales 9 fueron monocoriales monoamnióticos. Uno corresponde a pagos unidos del tórax a la pelvis por lo que sólo se consideró para el análisis de las características demográficas maternas, de la EG al diagnóstico y al parto. Se excluyó del análisis de outcomes.

RESULTADOS

La edad gestacional promedio al diagnóstico de la amniocidad fue 12+3 semanas y la EG promedio al parto fue de 31 semanas. Dentro de las patologías maternas más prevalentes, destaca que 1/3 de las pacientes presentó diabetes

gestacional durante el embarazo y 1/5 un síndrome hipertensivo del embarazo. De los 8 embarazos gemelares incluidos en el análisis, 6 corresponden a cesáreas electivas por riesgo de entrecruzamiento de cordón. El Apgar promedio al minuto y a los 5 minutos de vida de los 16 RN fue 8 y 8.8 respectivamente. El promedio de días de hospitalización de los RN, fue de 27 y un máximo de 68 días. El 66% de los RN presentó enfermedad de membrana hialina (EMH) como principal complicación y motivo de hospitalización.

CONCLUSIÓN

Dado el bajo número de casos de embarazos gemelares monocoriales monoamnióticos, sólo es posible realizar un análisis estadístico descriptivo de los datos. A pesar de no poder generar asociación estadística, se observan datos interesantes. La mayoría de los RN fueron prematuros severos, asociados a patología de la prematuridad que implicó hospitalización de hasta más de un mes en algunos casos, sin verse afectado el APGAR de nacimiento. En cuanto a condiciones maternas, la mayoría de las madres presentaron patologías obstétricas, lo que pudo influir en el nivel de prematuridad de los pacientes. Se necesita mayores estudios y mayor muestra para realizar pronóstico de patologías en relación con embarazo gemelar monocorial monoamniótico.

INFECCIÓN GRAVE POR SARS-COV-2 Y EMBARAZO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS PERINATALES EN UNA MATERNIDAD CHILENA

Enríquez P¹, Contreras C^{1,2}, Muñoz C², Aleuallí I², Chavarri M¹, Soto F¹, Narvaez P¹, Gennero G¹, Winkler C¹, Solari C¹, Pineda I¹, Cannistria M², Farcas K², Carrasco A¹.

1. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico Metropolitano de La Florida Dra. Eloisa Díaz, La Florida, Chile. 2. Dpto. de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2019 a la fecha Chile y el mundo han enfrentado uno de los mayores desafíos en medicina, la pandemia por COVID-19, la cual acumula más de 200 millones de contagiados y 4.3 millones de muertes en el mundo. Las embarazadas conforman un grupo de riesgo y no han estado exentas de enfermar gravemente, necesitando terapias de soporte vital, hospitalizaciones prolongadas además de complicaciones perinatales como parto prematuro, preeclampsia entre otros.

MÉTODOS

Se presenta el análisis retrospectivo desde abril del 2020 a agosto del 2021 de embarazadas hospitalizadas por infección grave por SARS-CoV-2 en el Hospital de La Florida.

RESULTADOS

172 usuarias con sospecha de infección por SARS-CoV2 consultaron a la urgencia de maternidad, de las cuales 60 fueron hospitalizadas (34.8%) y 22 evolucionaron con neumonía grave (36.6%), definido por la necesidad de cánula nasal de alto flujo (CNAF), ventilación mecánica no invasiva (VMNI), intubación orotraqueal (IOT) o síndrome de distrés respiratorio agudo dado por relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno (PAFI) < 200. Las pacientes que evolucionaron a neumonía grave, fueron hospitalizadas al cuarto día de síntomas (Mediana 4, Rango: 1-13), la edad gestacional mediana al ingreso fue de 30+2 semanas (Rango: 13+4 - 34+5). 17 pacientes necesitaron VMI (77%) y 6 de ellas (27.2%), fueron pronadas estando embarazadas. Respecto

a patologías concomitantes, 6 tenían diagnóstico previo de diabetes gestacional, 1 hipertensión crónica. Por otro lado, 14 pacientes (63.6%), tenían IMC igual o mayor a 30, 20 (90.9%) no habían recibido ninguna dosis de vacuna anti COVID. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran: sobreinfección bacteriana y shock séptico. Se interrumpieron 12 pacientes por deterioro materno (54.5%) con una edad gestacional mediana de 32+1 semanas (+/- 14.5 días). 5 pacientes desarrollaron preeclampsia durante la hospitalización. 9 pacientes (40.9%), se dieron de alta aún cursando embarazo. De los 12 embarazos interrumpidos por causa materna, el 100% de los recién nacidos requirió, al menos 1 día de UCI neonatal y 5 evolucionaron con SDRA (41.6%). No hubo muertes maternas ni neonatales.

CONCLUSIÓN

A través del presente análisis, se puede observar que una parte importante de las pacientes hospitalizadas evolucionaron con neumonía grave, requiriendo en la mitad de estos casos la resolución prematura del embarazo, con lo cual también hubo complicaciones neonatales relacionadas a la prematuridad. Destaca además una importante proporción de pacientes obesas y sin esquema de vacunación completo. Debe ser foco de estudio continuo, el rol de la prevención primaria, a través de la vacunación y el control de factores de riesgo, además de la monitorización cercana en este grupo de riesgo.

TRANSLUCENCIA NUCAL AUMENTADA Y RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS: EXPERIENCIA CIMAF - HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Pineda I², Cortés P⁴, Soto R⁴, Mergudich T⁴, Silva K³, Córdova V³, Prieto J^{1,3}, Martinovic C³, Kusanovic J^{1,3}, Vargas P^{1,3}

1. Departamento de obstetricia, Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2. Equipo Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida. 3. Centro de Investigación e Innovación Materno Fetal, Hospital Dr. Sótero del Río. 4. Becado Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica De Chile.

INTRODUCCIÓN

La translucencia nuchal (TN) corresponde al área eco negativa entre la piel y las partes blandas que recubren la espina cervical del feto y es la representación ecográfica de la colección líquida bajo la piel de la nuca. El aumento de la TN entre las 11 y 13+6 semanas, se asocia tanto a defectos cromosómicos como a otros resultados adversos del embarazo como malformaciones fetales, síndromes genéticos y muerte fetal. La prevalencia de defectos cromosómicos aumenta de forma exponencial con la TN, de 0.2% cuando se encuentra < al p95, hasta un 65% cuando es ≥ 6.5 mm. En fetos euploides, la prevalencia de muerte fetal aumenta de 1.3% cuando la TN es < al p99, hasta un 20% cuando es ≥ 6.5 mm. En relación a malformaciones fetales, en fetos euploides, la prevalencia aumenta de 1.5% con TN < p95 a un 2.5% cuando se encuentra entre el p95 y p99, llegando hasta 45% en TN > p99. El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados perinatales adversos en relación a la TN aumentada en la ecografía de screening 11-14 semanas, en el Centro de Investigación e Innovación Materno Fetal (CIMAF) del Hospital Sotero del Río, centro de referencia en alto riesgo obstétrico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de Santiago, Chile.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes embarazadas evaluadas en CIMAF con hallazgo de TN mayor al percentil 95 en la ecografía de screening 11-14 semanas, entre octubre de 2014 hasta marzo de 2021. Al ingreso ecográfico las pacientes firman un consentimiento informado para obtención de datos e imágenes aprobado por el comité

de ética. Para la obtención de los datos se revisó el registro computacional de ecografías (Software Viewpoint), base de datos del Laboratorio de CitoGenética, fichas clínicas de las pacientes y recién nacidos. Además se contactó telefónicamente a las pacientes en los casos de registros incompletos. Los outcomes evaluados fueron: aborto, óbito fetal, aneuploidías y malformaciones congénitas.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 114 pacientes con TN > p95 en el período señalado. Del total de pacientes, el 15.79% tuvo aneuploidías. Se diagnosticó alguna malformación fetal en el 23.68%, principalmente cardiovasculares. Del total de embarazos se produjo un aborto en el 10.53%, y un óbito fetal en el 9.65%, sumando así un 20.18% de muerte fetal. Un 56.14% de los pacientes se encuentran sanos al seguimiento. Al analizar el subgrupo de pacientes con TN > p99, que correspondía al 48,24% del total de pacientes, se evidenció un aumento de las tasas descritas, con un 21.28% de aneuploidías, 29.09% de malformaciones, 14.55% de óbito fetal, y sumando un 23.64% de muerte fetal. Disminuyendo a un 49.09% de pacientes sanos.

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo la TN mayor al percentil 95 se asoció con mayor prevalencia de resultados perinatales adversos, siendo especialmente llamativa la tasa de aborto y óbito fetal, alcanzando en conjunto una tasa cercana al 20% de muerte fetal. Al analizar el subgrupo de fetos con TN mayor al percentil 99, como era de esperar, vimos una relación aún más estrecha con un mal outcome perinatal.

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ACRETISMO PLACENTARIO Y SU CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA EN HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

Soto, R¹, Contreras C¹, Vargas P^{1,2}, Córdova V², Martinovic C², Prieto J², Rosas A², Torres A², Silva K², Kusanovic J^{1,2}

1. Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2. Centro Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal (CIMAF), Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El espectro de la placenta acreta, corresponde a los distintos grados de invasión patológica de tejido trofoblástico a través de la pared uterina. Se le atribuye el 47% de las histerectomías obstétricas, con una incidencia en ascenso probablemente por el aumento de las cicatrices uterinas previas a un embarazo, siendo responsables de una importante morbilidad materna. Varios metaanálisis han demostrado la capacidad del ultrasonido para sospechar adecuadamente un acretismo placentario, logrando una especificidad hasta de un 100% en algunas series, incluso desde el primer trimestre. Desde el año 2018, la FIGO ha sugerido una nueva clasificación histológica del acretismo placentario. Además, las recomendaciones actuales incluyen describir de forma sistemática la evaluación ecográfica de la placenta. Esto y un enfrentamiento terapéutico multidisciplinario en centros especializados permitirían obtener mejores resultados. El objetivo de este estudio es describir el rendimiento de la ultrasonografía, en el diagnóstico y clasificación del acretismo placentario. Además se presentan los resultados del manejo en un hospital público de la región metropolitana.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de tipo descriptivo que incluye a pacientes embarazadas con diagnóstico ecográfico de placenta previa, evaluadas en CIMAF, Hospital Sotero del Río, entre septiembre de 2014 y agosto de 2021. Se utilizaron registros electrónicos de ecografías (software Viewpoint), fichas clínicas y anatomía patológica. Se evaluó la incidencia de acretismo, el número de cesáreas previas y el desempeño del diagnóstico ecográfico o por resonancia magnética de

acretismo placentario. La confirmación diagnóstica se basó en la descripción intraoperatoria y la biopsia.

RESULTADOS

En el período evaluado, se atendieron 4000 partos al año, aproximadamente. Se encontraron 90 pacientes con diagnóstico ecográfico de placenta previa. De éstas, 39 tenían cesárea anterior, 23 tenían una, 21 dos, 6 tres y 1 tenía cuatro cesáreas previas. El signo de acretismo más descrito en ecografías fue la presencia de lagunas placentarias. Hubo 27 acretismos según diagnóstico ecográfico. Dos tercios de los casos tenían dos o más cesáreas previas. La mediana de edad gestacional al diagnóstico fue de 27 semanas y a la interrupción fue de 35 semanas, con un tercio de partos después de las 37 semanas. Hubo una correlación entre la sospecha preoperatoria y la confirmación de los hallazgos histológicos en 24 casos (88,9%). En 2 de los casos con sospecha de acretismo, ocurrió un alumbramiento completo y se descartó acretismo placentario, sin requerir histerectomía.

CONCLUSIONES

Al incluir sólo las pacientes que tuvieron un diagnóstico ecográfico de placenta previa, se obtuvo una prevalencia menor a la esperada, probablemente similar a lo reportado en la literatura. Este trabajo confirma que la cicatriz de cesárea corresponde a un importante factor de riesgo para acretismo y reafirma la capacidad diagnóstica de una ecografía detallada, que permite un manejo planificado y multidisciplinario, logrando una importante correlación con el diagnóstico anatomopatológico.

IMPLEMENTACIÓN DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ MEDIANTE AMNIOCENTESIS

Osorio F.1, Gálvez J.1, Rodríguez Y.1, Arias K.1, Rozas B.1, Cortés M.1

1 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Copiapó

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico genético prenatal, actualmente es un pilar fundamental en el desarrollo de la Medicina Materno Fetal, nos permite plantear manejos oportunos durante y después del embarazo, además de entregar información importante para los padres. En marzo del año 2019 se realizó la primera amniocentesis para estudio de cariograma fetal en el Hospital Regional de Copiapó, previo a esta fecha, todas las pacientes que requerían este examen debían viajar al centro de referencia que se encuentra a más de 800 kilómetros de distancia. El objetivo principal, es mejorar el diagnóstico prenatal en nuestra población de gestantes, reduciendo las desigualdades tanto socioeconómicas como geográficas.

MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron todas las amniocentesis para estudio de cariograma fetal realizadas entre marzo de 2019 y junio de 2021. Los procedimientos se realizan en la Unidad de Ecografía del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Copiapó, conformada por tres Gineco-Obstetras, uno con más de 20 años de experiencia y dos con menos de 5 años de experiencia. Las muestras se procesan en el Laboratorio de Citogenética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en la ciudad de Santiago y son trasladadas por vía terrestre.

RESULTADOS

Desde marzo de 2019 hasta junio de 2021, se han realizado 47 procedimientos. La edad promedio de las pacientes fue de 33 años. Del total de procedimientos, 17 fueron indicados por alto riesgo de trisomía, 25 por anomalía fetal ecográfica,

2 por antecedente de anomalía cromosómica en gestación previa y 3 por restricción precoz de crecimiento intrauterino. Del total de muestras obtenidas, solo 45 fueron procesadas, dos muestras no pudieron ser procesadas, una por problemas en el traslado al laboratorio y la otra por la calidad de la misma. De las 45 muestras analizadas, 7 fueron informadas con una alteración cromosómica, dentro de las cuales, 5 correspondieron a Trisomía 21, una a Trisomía 13 y una a Trisomía 18. En las cinco pacientes cuyos fetos presentaron Trisomía 21, cuatro fueron indicadas por alto riesgo de trisomía y una por anomalía fetal ecográfica. Los otros dos resultados anormales (Trisomía 13 y 18) fueron indicados por anomalías fetales detectadas en ecografía. Hasta el momento no se han presentado complicaciones asociadas al procedimiento.

CONCLUSIONES

Evitar que una paciente viaje más de 800 kilómetros para realizarse un examen ambulatorio, es una buena estrategia para mejorar el acceso a la atención prenatal de las pacientes que viven lejos de un centro de referencia, además de esto, se disminuyen de forma significativa los costos asociados tanto para las pacientes como para nuestro centro. Por otra parte, el diagnóstico precoz de anomalías cromosómicas incompatibles con la vida, facilita el acceso a las garantías de la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. El trabajo en equipo entre médicos jóvenes y experimentados, aporta a la implementación de nuevas técnicas diagnósticas, que nunca se habían realizado en la historia de nuestro centro.

DEBUT DE ARTERITIS DE TAKAYASU EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Chávez, C. 1, Schneider, S. 1, Jordán, F.1, Walker, B.1

(1). Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana, Santiago

INTRODUCCIÓN

La Arteritis de Takayasu, vasculitis de grandes vasos, de curso crónico y etiología desconocida que suele afectar a mujeres en edad fértil, poco frecuente que implica un riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales durante el embarazo; Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU), las Crisis Hipertensivas y la Eclampsia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente, 28 años, cursando embarazo de 10 semanas, derivada desde atención primaria por presiones arteriales (PA) elevadas, nicturia, y deterioro de su capacidad funcional, sin sintomatología de Insuficiencia Cardíaca, diagnosticándose Hipertensión Arterial Crónica (HTA), iniciando tratamiento con alfa-metildopa. Paciente persiste con PA elevadas, se hospitaliza para ajuste terapéutico, donde se pesquiza soplo cardíaco sistólico III/VI, velocidad de eritrosedimentación de 118 y Angio Tomografía Computada con disminución progresiva del calibre de la Aorta Abdominal bajo el origen del tronco celíaco, estenosis filiforme de arteria renal bilateral, diagnosticando Arteritis de Takayasu (ATK), iniciando Prednisona 15 mg/día y azatioprina 50 mg/día. Paciente evoluciona a las 34 semanas con Restricción del Crecimiento Intrauterino bajo el percentil 3 y Oligohidramnios, por lo que se decide interrupción vía alta. Durante puerperio inmediato paciente evoluciona con crisis hipertensiva, manejada con sulfato de magnesio y antihipertensivos, refractaria, culminando en encefalopatía hipertensiva con compromiso de conciencia, se traslada a Unidad de Terapia Intensiva para manejo. Durante estadía exámenes de severidad permanecen negativos y logra traslape a tratamiento antihipertensivo oral a los 3 días en esta unidad. Finalmente, paciente es dada de alta a los 11 días de puerperio,

con buen control de presiones arteriales y controles regulares con Reumatología.

DISCUSIÓN

La HTA en el embarazo es un hallazgo común, presentándose hasta en un 7-10% de la población gestante, sin embargo, en pacientes jóvenes, es imprescindible descartar causa secundaria. Dado que la ATK es una enfermedad poco frecuente, con literatura escasa en cuanto a manejo y pronóstico durante el embarazo, donde terapia farmacológica con corticoides e inmunosupresores es de elección, ya que la opción quirúrgica es de alto riesgo. En este caso se observa la relevancia de un manejo oportuno y multidisciplinario, donde si bien se interrumpe el embarazo de forma anticipada, se logra la sobrevivencia tanto del niño como la madre.

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ANEURISMA DEL SENO DE VALSALVA AÓRTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Gómez M1, Contreras C1, Vargas P1,2, Córdova V2, Martinovic C2, Prieto J2, Rosas A2, Torres A2, Silva K2, Kusanovic J1

1. Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2. Centro Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal, Centro Asistencial Sótero del Río, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los aneurismas del seno de Valsalva aórtico son dilataciones patológicas con una muy baja incidencia, tienen un curso asintomático y su diagnóstico se realiza cuando se presentan complicaciones de dicha patología. Actualmente existen pocos casos reportados de diagnóstico prenatal, y es de suma importancia un diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno y prevenir complicaciones graves que pudieran poner en riesgo la vida del paciente.

MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de diagnóstico ecográfico prenatal y su evolución. Además, se realiza una revisión bibliográfica respecto del diagnóstico y sus generalidades.

RESULTADOS

Paciente múltipara de 5 con doble cicatriz de cesárea, sin historia de cardiopatía congénita, cursando embarazo de 27 semanas, presenta hallazgo fetal de lesión anecogénica con flujo Doppler dependiente de la pared derecha de la aorta, compatible con aneurisma. El embarazo progresa sin complicaciones y no se encuentran otras anomalías cardíacas o extracardíacas. A las 37+2 semanas, presenta rotura de membranas, por lo que se realiza cesárea, se obtiene recién nacido masculino de 3265 grs. Evolucionando sin requerimientos ventilatorios y ecocardiografía confirma hallazgos. La dilatación aneurismática de los senos de Valsalva es de origen congénito en la mayoría de los casos y resulta de una fusión incompleta de la porción valvular del septum interventricular en su parte distal. La ubicación más frecuente es el seno coronario

derecho y su asociación con otras anomalías es de 30-60%. Su complicación más grave es la rotura del aneurisma, la que presenta una elevada mortalidad. Existen casos de aneurisma del seno de Valsalva reportados en adultos, con resolución quirúrgica satisfactoria y sobrevida que supera el 90% a 10 años de seguimiento. La evidencia referente al diagnóstico prenatal es escasa, con sólo un caso publicado previamente, en 2012, el cual tuvo corrección y evolución favorables.

CONCLUSIONES

El aneurisma de seno de Valsalva debe considerarse como diagnóstico diferencial de lesiones del tracto de salida del ventrículo izquierdo y su detección podría mejorar el pronóstico de los pacientes, pudiendo planificar una corrección quirúrgica precoz, lo que permitiría prevenir la rotura del aneurisma, su más grave complicación.

LEUCEMIA FETAL EN FETO EUPLIODE. REPORTE DE UN CASO

Henríquez, P1

Alto Riesgo obstétrico del Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

INTRODUCCIÓN

La Leucemia fetal es una enfermedad rara que ocurre en 5 fetos por millón de nacimientos. La frecuencia es mayor en fetos con trisomía 21, en relación 150:1 en relación con fetos euploides. Los hallazgos característicos encontrados son hidrops fetal acompañado de hepatoesplenomegalia; la complicación habitual es la muerte fetal in útero. Por la baja prevalencia de fetos euploides con leucemia es imperativo el uso del cariograma diagnóstico. Se debe sospechar leucemia fetal cuando se evidencia leucocitosis periférica elevada, con presencia de formas blásticas circulantes. La homogeneidad o no de estas formas blásticas muchas veces permite diferenciar entre formas agudas o leucemias transitorias. Se necesitan pruebas monoclonales para tipificar el patrón citogenético de estas formas blásticas, ya que en los casos de trisomía 21 se puede detectar otras variantes monoclonales diferentes a su cariotipo constitucional. Si bien es cierto es posible diagnosticar leucemia prenatalmente, es más difícil por el inconveniente técnico del abordaje para obtener muestras fetales vía procedimientos invasivos, así como la necesidad de recursos de laboratorio adecuados para la tipificación de la naturaleza proliferativa del trastorno.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, multipara de 2, doble cicatriz de cesárea anterior, ambas por elección de paciente, hipotiroidismo subclínico, cursando embarazo con diagnóstico de diabetes gestacional en manejo con dieta, hasta semana 28 donde se encuentra en ecografía extrasistema la presencia de derrame pleural bilateral leve a moderado, que evoluciona a moderado a severo en la semana 29, polihidramnios con bolsillo máximo de 115mm, hepatomegalia, presencia de reflujo AV leve, IP DV>p95 y EPF >p90. Se realizó estudio de TORCH que resulta

negativo. Es derivado a la maternidad del Hospital Dr Gustavo Fricke el 7-4-21, para continuar estudio y manejo del caso. Evoluciona con dinámica uterina intermitente sin acortamiento cervical, administrando pulso corticoidal. Ecocardiografía descarta patología cardíaca. Se sospecha patología hematológica, realizando cordocentesis para hemograma fetal con frotis cuyo resultado fue Hematocrito 47% Hb: 16.5 g/dL, Plaquetas 227000 mm³, Leucocitos 5300 mm³, se observan 81% mieloides 4% neutrófilos, 2 Baciliformes, 13% linfocitos. De la misma muestra se toma Cariograma, cuyo resultado fue 46 XY con delección parcial del brazo corto del cromosoma Y. Por lo que se realiza diagnóstico de leucemia fetal. En ecografías semanales se observa incremento ponderal, polihidramnios con bolsillo máximo hasta 153 mm, hepatomegalia e hidrops fetal, se decide realiza amniodrenaje con salida de 2000cc de líquido amniótico claro. Debido a pronóstico, se decide el alta con 33+1 semanas y control ambulatorio. Paciente ingresa nuevamente con 35+6 semanas por pérdida de líquido abundante por genitales, compatible con ruptura prematura de membranas, debido a historia obstétrica se decide interrupción por vía alta de urgencia, con RN apgar 1-1, con gran hidrops, se realiza reanimación neonatal y drenaje de hidrotórax, sin respuesta, falleciendo a los minutos siguientes. Familia rechaza la opción de necropsia.

CONCLUSIONES

El diagnóstico prenatal de leucemia fetal es todo un reto y la mayoría de los casos fatales, quedando sin diagnóstico. Dada su escasa prevalencia, pero alta mortalidad fetal, se presenta este caso para compartir las pautas de abordaje diagnóstico del mismo.

EXIT (EX UTERO INTRAPARTUM TREATMENT) EN OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA FETAL. EXPERIENCIA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Theodor N, Poblete J, Toso A, Vuletin F, Vera C, Ferrer F, Lacassie H.

Pontificia Universidad Católica De Chile

INTRODUCCIÓN

El procedimiento EXIT está indicado en patologías que comprometan la vía aérea fetal entre las que se incluye todo tipo de malformaciones obstructivas, tanto extrínsecas (teratoma, linfangioma, hemangioma) o intrínsecas (atresia laríngea, CHAOS: Síndrome de obstrucción congénita de vía aérea alta); además de lesiones intratorácicas como hidrotórax congénito, hernia diafragmática congénita y también cardiopatías congénitas para conexión a ECMO. Su objetivo es mantener la circulación útero-placentaria con el fin de que de la vía aérea fetal pueda ser evaluada y asegurada previamente al parto, mediante intubación directa, broncoscopía o traqueostomía. Requiere de un equipo de trabajo sincronizado constituido por múltiples especialidades: Anestesia, Neonatología, Otorrinolaringología, Cirugía Infantil y Obstetricia - Medicina Materno Fetal. En el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile el primer EXIT fue realizado en el año 2005. Desde entonces, 12 otros fetos han requerido este tratamiento al nacer. El último procedimiento debió ser planificado y realizado de urgencia durante la Pandemia por Coronavirus, en mayo de 2020 en una paciente COVID +.

OBJETIVO

Describir los casos clínicos realizados mediante el procedimiento de EXIT en nuestro centro y las consideraciones de manejo de recursos de laboratorio adecuados para la tipificación de la naturaleza proliferativa del trastorno.

MÉTODOS

Revisión de registro de casos de EXIT realizados en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESULTADOS

Desde el año 2005, 13 procedimientos EXIT han sido llevados a cabo en nuestro centro. Entre los diagnósticos se encuentran 2 casos de epignatus, 3 casos de hernia diafragmática congénita con oclusión traqueal endoscópica, 6 fetos con diagnóstico de tumor cervical (3 teratomas, 2 linfangiomas, 1 bocio) y 2 casos de otras malformaciones pulmonares (1 quiste broncogénico, 1 agenesia pulmonar derecha). En todos ellos el procedimiento fue efectuado con éxito. La circulación placentaria se mantuvo entre 4 y hasta 50 minutos. El manejo de la vía aérea en 4 casos requirió de traqueostomía. Los resultados neonatales fueron diversos, dependiendo de la patología. La sobrevida neonatal posterior al procedimiento fue de un 54%. La edad gestacional al momento de la interrupción estuvo entre 29+6 y 39 semanas, con un 62% de prematuridad, asociada principalmente a rotura prematura de membranas y trabajo de parto prematuro espontáneo. Entre las complicaciones maternas hubo 2 pacientes que requirieron transfusión por anemia en el puerperio. El protocolo de EXIT se coordinó y redactó de forma interdisciplinaria frente al segundo caso realizado en nuestra institución. Desde entonces se adecúa a cada paciente en reunión oficial de los diferentes especialistas y se adjunta en la ficha clínica. Incluye a los participantes (número, nombre y contacto), los tiempos y roles definidos para cada equipo, dispositivos, materiales y medicamentos requeridos. En algunos casos complejos se ha realizado previamente simulación en pabellón. Con los años la organización se ha perfeccionado, permitiendo realizar procedimientos de urgencia planificados con pocas horas de anticipación.

CONCLUSIONES

El EXIT es un procedimiento complejo que requiere del manejo coordinado entre diferentes especialidades. Las numerosas patologías que tienen un EXIT como indicación y el perfeccionamiento del diagnóstico prenatal hacen que su utilización sea más frecuente. Esto plantea la necesidad de contar con protocolos clínicos específicos de manejo en los centros que tengan implementado el procedimiento de EXIT.

HIDROPS FETAL RECURRENTE: REPORTE DE DOS CASOS CON DIAGNÓSTICO POR ESTUDIO DE SECUENCIACIÓN EXÓMICA (WES).

Contreras C1,2, Díaz P3, Enríquez P2, Cannistra M1, Lay-Son G4, Cares, C5. Illanes S3,6

1. Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico La Florida, Santiago, Chile. 3. Departamento de Obstetricia, Clínica Dávila, Santiago, Chile. 4. Unidad de Genética, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 5. Departamento de Genética, Clínica Dávila, Santiago, Chile. 6. Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El hidrops fetal no inmune (HFNI) corresponde al 90% de los casos de hidrops. Su incidencia estimada es de 1 por cada 1700-3000 embarazos. Las causas incluyen anomalías cardíacas, arritmias, infecciones, trastornos hematológicos, aneuploidías y etiologías genéticas no cromosómicas. Estas últimas son infrecuentes, pero pueden sospecharse frente a anomalías asociadas y en casos de recurrencia en una misma pareja.

MÉTODOS

Se presentan los casos de dos familias con hidrops fetal recurrente, los resultados de su estudio y una revisión respecto a la etiología encontrada.

RESULTADOS

Caso 1. Paciente primigesta, en primer embarazo presenta feto con manos en garra, pie equino varo e hidrops fetal desde el segundo trimestre. El estudio de inmunización e infecciones resultó normal. El cariógrama fue 46,XY. Presenta rotura de membranas y trabajo de parto prematuro a las 28 semanas. Nace mortinato hidrópico, con hipoplasia nasal, orejas de implantación baja, conductos auditivos cerrados, paladar hendido, micrognatia, manos en garra, caderas en flexión extrema y pie equino varo bilateral (artrogriposis). Su segundo embarazo presenta también hidrops fetal y las mismas anomalías fetales. Se realiza cordocentesis para secuenciación de exoma completo (WES). Presenta óbito fetal a las 28 semanas. Estudio de exoma informa una variante patogénica y una variante de significado incierto, ambas en el gen NEB. Caso

2. Paciente con 5 gestaciones previas, 2 de ellas abortos de primer trimestre. Su segundo embarazo presentó HFNI en el trimestre medio y terminó en óbito fetal a las 28 semanas. El cuarto embarazo presentó también HFNI, con aborto a las 16 semanas. Los cariógramas de ambos progenitores resultan normales. En el último embarazo, se sospecha alto riesgo de trisomía 21 por translucidez nuchal aumentada a las 11-14 semanas. El estudio prenatal no invasivo informa bajo riesgo de aneuploidías. En el segundo trimestre se agrega hidrops fetal, polihidramnios y artrogriposis. Se realiza estudio WES trio, informando en el feto variantes en el gen NEB, presentes de forma heterocigota en ambos progenitores. Presenta óbito fetal a las 32 semanas.

DISCUSIÓN

El gen NEB codifica para la proteína Nebulina, componente del citoesqueleto y los filamentos de las células musculares. Variantes en el gen NEB se relacionan con la artrogriposis múltiple congénita tipo 6 (AMC6) y la miopatía nemalínica tipo 2 (NEM2). Estas miopatías pertenecen a un mismo espectro fenotípico, donde AMC6 sería el extremo más severo y de peor pronóstico.

CONCLUSIONES

Ante la presencia de HFNI recurrente y anomalías sugerentes de artrogriposis deben considerarse una enfermedad monogénica. Un ejemplo es la AMC6 por variantes en NEB presentes en ambos casos aquí reportados. En este contexto, WES permite realizar el diagnóstico y un adecuado asesoramiento genético

REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE MARFAN Y EMBARAZO

Castro H. (1).; Madariaga A. (2).; Campos L. (3).

(1) Médico Becado en Ginecología-Obstetricia. Hospital Regional de Antofagasta.

(2) Médica Especialista en Ginecología-Obstetricia. Hospital Regional de Antofagasta.

(3) Interno Medicina. Universidad de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Marfán es una condición autosómica dominante con una incidencia reportada de 1 en 3000-5000 individuos. Tiene una amplia variedad en su presentación clínica, desde afectación cutánea, ocular y musculoesquelética, hasta presentaciones más severas con afectación cardiovascular, pulmonar y sistema nervioso central. El embarazo y postparto es un periodo de alto riesgo de complicaciones graves de la enfermedad como disección aórtica, esto puede estar en relación con el estado hemodinámico de la mujer embarazada (hipervolemia-hiperdinamia) y / o efectos hormonales sobre la composición de la pared aórtica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, primigesta, con antecedente de síndrome de Marfán diagnosticado a temprana edad, derivada al alto riesgo obstétrico del Hospital de Antofagasta por su antecedente. A las 23 semanas, mediante ecocardiografía, se diagnostica dilatación en la raíz aórtica de 40mm e insuficiencia aórtica leve, es manejada con beta bloqueadores y control imagenológico seriado mensual. Durante el control obstétrico se agrega el diagnóstico de restricción del crecimiento fetal (feto creciendo en percentil 3-10 y doppler de arterias uterinas mayor al percentil 95). Se maneja multidisciplinariamente en conjunto con equipo de cardiología. Se decide interrupción del embarazo a las 37 semanas indicándose cesárea segmentaria electiva. Tanto la madre como el recién nacido evolucionan satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

Las pacientes obstétricas con síndrome de Marfán y dilatación de la raíz aórtica tienen un mayor riesgo de disección aórtica, el cual se ha estimado en un 3 por ciento, que puede ser mayor si la dilatación es rápidamente progresiva o mayor a 40mm, que no cumpla con lo anteriormente expuesto no excluye el riesgo de disección o complicaciones cardiovasculares. En una revisión de 36 casos de disección aórtica asociada a embarazo, 8 casos ocurrieron con un diámetro de la raíz aórtica menor a 40mm. Este riesgo adicional no se limita solo al periodo de embarazo y postparto, debido a datos que sugieren que el embarazo puede aumentar la tasa de dilatación aórtica a largo plazo en comparación a mujeres que no han estado embarazadas.

CONCLUSIONES

El síndrome de Marfán es una patología poco frecuente, pero con complicaciones que pueden llegar a ser mortales, actualmente el enfoque para estas pacientes es multidisciplinario, incluye monitorización ecocardiográfica seriada (al menos mensual), incluso en aquellas pacientes con dilatación menor a 40mm, además, se sugiere el uso de beta bloqueadores en todas las pacientes. El momento y la vía de interrupción debe ser discutido cuidadosamente entre el equipo tratante y la paciente. Es importante realizar una completa consejería preconcepcional y educar sobre los riesgos hereditarios a este tipo de pacientes.

TRISOMÍA PARCIAL DEL CROMOSOMA 22 ASOCIADA A RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO COMO RESULTADO DE UNA TRANSLOCACIÓN BALANCEADA MATERNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Enríquez P1, Contreras C1,2, Garlaschi V3, Chavarri M1, Narvaez P1, Gennero G1, Passalacqua I1, Winkler C1, Escribano G1, Carrasco A1.

1. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico Metropolitano de La Florida Dra. Eloisa Díaz, La Florida, Chile. 2. Dpto. de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 3. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Centro Asistencial Dr. Sótero del Río, Puente Alto, Chile.

INTRODUCCIÓN

La trisomía 22 es una anomalía cromosómica rara que se detecta con poca frecuencia antes del nacimiento, se asocia a abortos del primer trimestre y a un espectro variado de malformaciones. Dentro de las manifestaciones fetales descritas se encuentra la restricción de crecimiento intrauterino precoz (RCIU).

MÉTODOS

Reporte de un caso clínico y posterior revisión de la literatura

CASO CLÍNICO

Caso Clínico. Paciente primigesta, sin antecedentes relevantes, cursa embarazo al cual se le realiza estudio genético prenatal en contexto de alto riesgo de aneuploidía en tamizaje ecográfico de primer y segundo trimestre dado por aumento de translucencia nuchal, agenesia del ductus venoso, ventriculomegalia, disgenesia del cuerpo calloso, cardiopatía con comunicación interventricular y RCIU precoz con doppler materno-fetal normal. El cariotipo realizado en amniocitos informa 46,XY,add(11)(p15.5). El cariotipo materno realizado posteriormente demostró una translocación balanceada 46,XX,t(11;22)(p15.5;q12.2), el cariotipo paterno fue normal. Se concluye feto afectado por trisomía parcial del cromosoma 22. A las 37 semanas, se obtiene recién nacido de 1860 gramos, pequeño para la edad gestacional, que presenta depresión neonatal y evoluciona con hipotonía central, trastorno severo de la succión-deglución, microcefalia, laringo-traqueomalacia

oxígeno dependiente, hipoplasia renal bilateral, hipotiroidismo, hipoacusia y asplenia funcional. Discusión. La trisomía 22 es la tercera trisomía causante de abortos espontáneos en el primer trimestre de embarazo, es poco frecuente en nacidos vivos y su incidencia es de 1/30.000-50.000. El RN afectado puede presentar hipotonía global, convulsiones, rasgos dismórficos como hipertelorismo, orejas de implantación baja, micrognatia, microcefalia, cardiopatías, malformaciones renales, genitales, entre otros. Durante la niñez, se ha reportado compromiso del desarrollo intelectual y retraso del desarrollo psicomotor. Existen pocos reportes de diagnóstico prenatal de trisomía parcial 22, frecuentemente presentan RCIU precoz asociado a malformaciones como aumento del pliegue nuchal/higroma quístico, defectos cardíacos, defectos de paladar, hernia diafragmática entre otros.

CONCLUSIONES

En concordancia con otros reportes, la trisomía 22 parcial puede sobrevivir más allá del parto, con diversas repercusiones fenotípicas, y requiriendo manejo multidisciplinario. Este reporte permite ampliar el conocimiento respecto a los mecanismos de ocurrencia de la trisomía 22 parcial y al diagnóstico etiológico del RCIU precoz, lo que permite llegar a un diagnóstico oportuno y proporcionar información a los padres acerca del pronóstico funcional y vital, además del asesoramiento genético respecto a su futuro reproductivo y el riesgo de recurrencia

DESPRENDIMIENTO INTERMEMBRANA ESPONTÁNEO EN EMBARAZO GEMELAR BICORIAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA EN BASE A UN CASO CLÍNICO.

Cepeda B1, Vargas P1,2, Martinovic C2, Cordova V2, Prieto J2, Rosas A2, Torres A2, Kusanovic J1,2.

1 División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2 Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal (CIMAF), Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La relevancia clínica de los embarazos múltiples radica en su mayor riesgo de morbilidad tanto materno como fetal. El pronóstico está determinado principalmente por la corionidad, presentando menor riesgo el embarazo gemelar bicorial. Se recomienda en el control prenatal un seguimiento ecográfico seriado para el diagnóstico oportuno de complicaciones y su eventual manejo. Se presenta el caso de un embarazo gemelar bicorial que presenta desprendimiento intermembrana y su outcome neonatal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años, múltipara de 2, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos relevantes, cursando embarazo gemelar bicorial biamniótico corroborado con ecografía a las 8 semanas. Se realiza screening 11-14 y 22-24 semanas, sin alteraciones, gemelo A de sexo femenino y gemelo B masculino, anatomía normal y placentas separadas. Durante control a las 27+5 semanas destaca hallazgo incidental de contenido anecoico móvil entre membranas fetales, sin otras alteraciones. Se repitieron ecografías seriadas a las 29+5 y 32+5 semanas, persistiendo la imagen de separación entre membranas. Consulta al Servicio de Urgencias a las 35+4 semanas con trabajo de parto prematuro idiopático, en fase activa. Se atiende parto vaginal sin incidentes, ambos gemelos de peso y talla adecuados para edad gestacional, Apgar 9-9.

DISCUSIÓN

En la literatura existen escasos reportes de casos sobre embarazos gemelares bicoriales con separación entre

membranas. La repercusión en los fetos es incierta, describiéndose óbito en uno de los gemelos y restricción de crecimiento fetal. Bibbo y cols 2015, analizaron la asociación entre la separación de membranas de gemelos bicoriales y resultados adversos del embarazo en una cohorte retrospectiva de 27 casos comparados con embarazos gemelares bicoriales que cursaron embarazos durante el mismo período, no encontraron diferencias significativas en tasa de parto prematuro, rotura prematura de membranas, restricción fetal de crecimiento, APGAR <7 a los 5 min o ingreso UCIN en relación con los controles. En 2019, Kubota y cols analizaron la asociación entre posibles factores de riesgo y desarrollo de separación de membranas en gemelos bicoriales. De un total de 618 embarazos gemelares bicoriales con evaluación dirigida a las membranas fetales, 24 presentaron separación (3.9%). Se comparó cohorte contra grupo control similar al de Bibbo, presentando diferencias significativas para la diferencia de sexo entre fetos (odds ratio [OR] 2.44, 95% IC 1.1-5.5, $p=.03$) y para separación de placentas (odds ratio [OR] 4.14, 95% IC 1.13-13, $p=.01$). Tampoco encontraron diferencias significativas con relación a óbito o muerte neonatal ni restricción del crecimiento fetal. La separación de membranas es una entidad rara de la cual se desconoce su mecanismo, pero su presencia no se ha asociado a resultados desfavorables en las cohortes publicadas, por lo que pareciese ser adecuado un seguimiento habitual como embarazo gemelar bicorial.

MANEJO DE TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPÓ. REPORTE DE UN CASO

Osorio F.¹, Gálvez J. ¹, Rodríguez Y. ¹, Arias K. ¹, Rozas B. ¹, Cortés M. ¹

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Copiapó

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones del ritmo cardíaco se presentan en el 2% de todas las gestaciones, el 90% son benignas y el 10% restante corresponden a las formas mas severas, pueden asociarse a enfermedades propias de la gestante o malformaciones cardíacas fetales, pudiendo comprometer la circulación y evolucionar a insuficiencia cardíaca e hidrops fetal si no son tratadas de manera oportuna. Las taquiarritmias constituyen el 8% del total de las arritmias fetales. Las de origen auricular tienen mayor incidencia y dentro de éstas la más frecuente es la Taquicardia Supraventricular (TSV) con un 60 a 90%, la cual se presenta con frecuencia cardíaca fetal (FCF) entre 220 a 240 lts/min y relación aurículo/ventricular 1:1. En aquellos fetos con TSV sin hidrops asociado, el tratamiento transplacentario de primera línea es con Digoxina, lográndose sobre el 70% reversión. A continuación, se describe el caso clínico de la única TSV fetal diagnosticada y manejada en el Hospital Regional de Copiapó en los últimos 5 años.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, reporte de un caso mediante revisión de ficha clínica de paciente manejada en Hospital Regional de Copiapó hasta marzo de 2021 y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Paciente de 29 años, múltipara de 3, triple cicatriz de cesárea anterior, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) sin tratamiento hasta las 27+3 semanas que paciente decide iniciarlo, luego de múltiples rechazos, se hospitaliza para inicio de insulina, al ingreso FCF 145 lts/min, al segundo día, feto inicia TSV, en ecografía destaca feto creciendo sobre el percentil 90, Hidronefrosis derecha, sin hidrops, sin anemia y polihidroamnios. Se inicia tratamiento con Digoxina 0,25 mg/8

horas, se logra FCF normal dentro de las primeras 48 horas de tratamiento, al cuarto día se disminuye dosis de forma gradual hasta llegar a 0,125 mg/día. Se mantiene en control y a los 7 días (30+2 semanas) reinicia TSV, se aumenta dosis a 0,25 mg/día logrando buena respuesta. A las 31+2 semanas reinicia TSV y se aumenta dosis a 0,25 mg/12 horas, se mantiene estable hasta las 33+5 semanas donde reinicia TSV y se decide hospitalizar, se inicia maduración pulmonar con corticoides, se aumenta dosis de Digoxina a 0,25 mg cada 8 hrs que se mantiene hasta el parto, se optimiza tratamiento de DM2, con buena respuesta, pero paciente solicita alta administrativa. Cabe destacar que se intentó ajustar terapia en base a niveles de Digoxina en sangre, dificultado por condiciones de nuestro laboratorio, el resultado está disponible después de 7 días. Paciente con buena adherencia a uso de Digoxina, pero muy mala adherencia a tratamiento de DM2, por lo que, se decide interrupción a las 36+3 semanas por cesárea electiva. Se obtiene recién nacido masculino, 3690 gramos, APGAR 9-9, en estudio postnatal se confirma hidronefrosis derecha, paciente evoluciona favorable, sin episodios de taquicardia, se realiza Holter de arritmias que resulta normal al día de vida, es dado de alta al tercer día para seguimiento ambulatorio, actualmente paciente inasistente a control.

CONCLUSIONES

Es posible diagnosticar y manejar la TSV fetal en un centro de región, sin necesidad de derivación al centro de referencia. Debido a nuestras dificultades para medir niveles sanguíneos de Digoxina, el manejo en conjunto con Cardiología para el ajuste de dosis es indispensable. Poder diagnosticar y tratar esta patología de manera oportuna y eficaz, mejora de manera significativa el pronóstico fetal.

CARDIOPATÍA CORONARIA ISQUÉMICA PREEXISTENTE EN LA MUJER EMBARAZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Isla D. 1, Silva C.1, Vega A. 2

1 Interno de Medicina, Universidad de Antofagasta. 2 Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Regional de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

el antecedente de cardiopatía coronaria isquémica es poco común en la mujer embarazada, sin embargo, este ha aumentado debido a la mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares y a la mayor edad materna de embarazo. Si bien estos embarazos son de alto riesgo debido a que la posibilidad de tener un nuevo evento cardiovascular es alta (32%), actualmente la mortalidad materna reportada es baja (2%).

prenatal estricto y manejo por parte de un equipo multidisciplinario en este tipo de pacientes podría disminuir la morbi-mortalidad materna.

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso de una mujer de 40 años con antecedentes de cardiopatía coronaria isquémica tras infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca compensada con fracción de eyección de 35%, accidente cerebrovascular isquémico secuelado, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente y obesidad tipo 3. Ingresa con 13 semanas de gestación a la unidad de alto riesgo obstétrico con score CARPREG II mayor a 4 y clasificación II-II según OMS de tener un evento cardiovascular durante el embarazo. Dado lo anterior, mantiene controles estrictos por equipo de cardiología con seguimiento semanal en busca de sintomatología de insuficiencia cardíaca, ecocardiograma mensual, solo requiriendo como tratamiento antiagregante plaquetario y restricción hídrica. Finalmente, la paciente alcanza un embarazo de término sin complicaciones materno-fetales con interrupción vía cesárea a las 37 semanas por feto en presentación podálica.

CONCLUSIONES

A pesar de que la posibilidad de no tener complicaciones maternas y fetales en un embarazo con antecedente de cardiopatía isquémica es baja como en este caso; el seguimiento



MEDICINA REPRODUCTIVA

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

CARACTERIZACIÓN DE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENDOMETRIOSIS: ANÁLISIS CONSECUTIVO DE 1025 CASOS

Riquelme J, Scarella A, Niemann F, Olguín P

Centro de Reproducción Humana, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es la presencia de tejido glandular y estromal endometrial fuera de la cavidad uterina. Los síntomas más frecuentes son la dismenorrea, dispareunia, dolor crónico, infertilidad, generando un alto impacto en la calidad de vida de las pacientes. La evaluación clínica puede no correlacionarse con los hallazgos operatorios contribuyendo a un retraso diagnóstico estimado entre 6 a 8 años. La ultrasonografía transvaginal corresponde al estudio de imagen de primera línea en la endometriosis observándose una alta correlación con los hallazgos quirúrgicos. El diagnóstico preciso y documentado de la endometriosis, mejora la atención de la paciente al permitir una mejor planificación de tratamiento. El presente artículo caracteriza la frecuencia de aparición y localización anatómica de la endometriosis en una gran serie de casos consecutivos.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo transversal correspondiente a pacientes premenopáusicas con sospecha diagnóstica de endometriosis sometidas a ultrasonografía transvaginal extendida durante los años 2011 a 2019 en el Centro de Reproducción Humana de la Universidad de Valparaíso. Los principales motivos de derivación fueron: dolor pélvico crónico, diagnóstico previo de endometriosis y hallazgos clínicos compatibles en la exploración. Los objetivos principales fueron caracterizar la frecuencia, las localizaciones anatómicas y la coexistencia de 2 o más sitios de endometriosis. La ultrasonografía transvaginal extendida fue realizada por un solo evaluador experimentado. El análisis de los datos se realizó con Microsoft Excel® y Stata 15.1®

RESULTADOS

Durante el período de estudio se realizaron 1025 ecografías. Un total de 115 pacientes tenían dos informes ecográficos en distintos años, después de excluir los informes duplicados, se estimó un total de 910 informes los cuales fueron analizados. Se identificó endometriosis en el 66% (599) de los casos, con una prevalencia mayor el 2017 (75%) con prueba positiva para este trastorno y la más baja ocurrió en los años 2014 y 2019 (52%). El tipo más frecuente fue el ovárico (34%), seguido de la endometriosis retrocervical (19%). La endometriosis de vejiga y uréter fue el tipo menos frecuente (2% y 1% respectivamente). De los pacientes con endometriosis, el 50% tenía la presencia de la enfermedad en 2 o más sitios, con un máximo de 8 sitios concomitantes en los casos más graves.

CONCLUSIONES

La ultrasonografía transvaginal extendida es una herramienta importante para la detección de endometriosis. Además, la evaluación integral de las ubicaciones más frecuentes puede tener un impacto directo en el diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado de esta patología.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES CHILENAS QUE CRIOPRESERVAN OVOCITOS EN FORMA ELECTIVA

Errázuriz, J.¹, Chávez, C.¹, Filselcker, I.¹

¹ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La vitrificación de óvulos es un enorme logro científico que ha cambiado para siempre la perspectiva reproductiva de la sociedad humana. Esta alternativa de la medicina permite la preservación de la fertilidad por causas “sociales o preventivas” en forma segura, eficaz, éticamente aceptable y costo efectiva en el tiempo. Aún para mujeres que no están en peligro de perder la fertilidad inmediatamente, esta técnica es válida balanceando riesgos y beneficios dando la posibilidad a la mujer de manejar su propia autonomía. El número de mujeres que consultan y luego se deciden a congelar sus ovocitos ha aumentado en forma casi exponencial en nuestro país y en todo el mundo. En los últimos años, varios centros publicaron la opinión de la experiencia vivida de las mujeres en el momento de la congelación; sin embargo, se sabe poco acerca de cómo la conservación de los ovocitos afecta su vida futura y por el momento no existe evidencia en Chile.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, basado en un cuestionario estandarizado anónimo enviado por correo electrónico en el que participaron mujeres que se habían sometido previamente a criopreservación electiva de ovocitos entre enero de 2008 y diciembre de 2019 en Clínica Alemana de Santiago, Chile.

RESULTADOS

De 323 mujeres que habían completado un ciclo de criopreservación electiva de ovocitos, 177 aceptaron participar y de estas, 81 (46%) de las mujeres contestaron la encuesta en forma satisfactoria. En general, el motivo más común para realizarse el procedimiento fue la edad (74%), seguido por no

querer sentirse presionada en buscar una por su tiempo biológico (40%), y encontrarse sin pareja (37%). Las encuestadas informaron una actitud positiva hacia el procedimiento; el 77% refiere que fue una buena experiencia, el 98% no se arrepiente de haber realizado el procedimiento y un 73% de las mujeres cree que utilizará sus ovocitos en algún momento de su vida. Por último, desde que se realizaron la criopreservación de ovocitos, un 35% ha buscado embarazo, de estas mujeres, un 50% se embarazo espontáneamente y un 22% por técnicas de reproducción asistida. Finalmente, el 12% de las mujeres encuestadas usaron sus ovocitos vitrificados y un 60% logro un recién nacido vivo.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio contribuyen al conocimiento del impacto psicosocial y la posible eficacia de la criopreservación de ovocitos en nuestro país. La mayoría de las encuestadas que se sometieron a criopreservación electiva de ovocitos son principalmente mujeres sin pareja con motivación principal su edad y la gran mayoría de ellas no se arrepienten de su experiencia.

LA VITAMINA E DISMINUYE LAS ALTERACIONES EN EL DESARROLLO TESTICULAR EN RATONES EXPUESTOS A ÁCIDO VALPROICO

Daniel Conei^{1,2}, Mariana Rojas¹, Luis Santamaría³ & Jennie Risopatrón^{4,5}

1 Comparative Embryology Laboratory, Anatomy and Developmental Biology Program, Institute of Biomedical Sciences, Faculty of Medicine, Universidad de Chile, Santiago, Chile. 2 Department of Health Sciences, Universidad de Aysén, Coyhaique, Chile. 3 Department of Anatomy, Histology and Neuroscience, Faculty of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. 4 Center of Biotechnology on Reproduction (CEBIOR-BIOREN), Faculty of Medicine, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. 5 Department of Basic Sciences, Faculty of Medicine, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

El principal tratamiento para la epilepsia es el ácido valproico (VPA), siendo teratogénico si se consume durante la gestación por alterar el estrés oxidativo, viéndose afectadas la espermatogénesis y esteroidogénesis, debido a una baja concentración de oxígeno en el tejido testicular. Por ende, la profilaxis con antioxidantes como la vitamina E (VE) podría ejercer un efecto protector.

OBJETIVO

Determinar las diferencias morfocuantitativas, proliferativas y apoptóticas en el desarrollo testicular expuestos a VPA, VPA+VE y solo VE.

MATERIAL Y MÉTODO

60 ratones hembra BALB/c gestantes se dividieron por edad (embriones de 12.5 dpc, fetos de 17.5 dpc y ratones macho de 6 semanas post-natal). Las gestantes (n=20 por grupo etéreo) recibieron desde el inicio al término de la preñez vía oral, 600 mg/kg de VPA (grupos VPA), 600 mg/kg de VPA y 200 UI de VE (grupos VPA+VE), 200 UI VE (grupos VE) y 0,3 mL de solución fisiológica 0,9% (grupos control). Se realizaron análisis histopatológico, morfocuantitativo, estereológico, proliferativo con PCNA y apoptótico con método TUNEL en los compartimientos testiculares en desarrollo.

RESULTADOS

Los grupos VPA presentaron un menor volumen testicular. A los 12.5 dpc se observó un epitelio germinativo desorganizado,

con menor cantidad de gonias y células somáticas, sin diferencias significativas en su proliferación. A los 17.5 dpc presentaron mayor espacio intersticial, menor cantidad de células por compartimiento testicular, menos gonias y sustentocitos positivos a PCNA. En los púberes, hubo menos espermatogonias, espermatocitos, espermátidas elongadas, sustentocitos y células intersticiales, y menor proliferación en espermatogonias y espermatocitos. En todos los grupos VPA hubo mayor cantidad de gonias, espermatocitos, espermatogonias y sustentocitos TUNEL positivas.

CONCLUSIONES

La exposición prenatal a VPA origina defectos testiculares en las camadas de ratones, con volúmenes testiculares disminuidos y alteraciones histopatológicas en los compartimientos testiculares, menor proliferación celular y mayor recuento apoptótico.



OBSTETRICIA

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

EXPERIENCIA EN PACIENTES GESTANES SARS COV-2 POSITIVAS (COVID 19), HOSPITAL LEONARDO GUZMÁN ANTOFAGASTA; PERIODO ABRIL 2020- JULIO 2021

Arteaga E.¹, Tupaz B², Bueno N²

1. Becado de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antofagasta

2. Residente del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Leonardo Guzmán", Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

El coronavirus se ha convertido en una pandemia mundial, formalmente declarada por la OMS desde el 11 marzo de 2020, afectando actualmente a más de 190 millones personas en todo el globo terráqueo, con altas tasas de letalidad; en Latinoamérica y el caribe, las cifras de afectados sobre pasan los 36 millones de afectados. En Chile el número de diagnósticos para la fecha del 19 de julio de 2021, 1.600.883 infectados entre activos y recuperados; fallecidos 34.539, pacientes en UCI 1.991 y conectados a ventilación mecánica 1.657. En base a datos limitados y casos de coronavirus observados previamente (SARS-CoV y MERS-CoV), y un pequeño número de casos de COVID-19 (Virus que comparte el 85% de la secuencia genómica con SARS-CoV), se cree que las mujeres embarazadas podrían tener un mayor riesgo de enfermedad, morbilidad o mortalidad severas en comparación con la población general, debido a los cambios fisiológicos propios de la gestación. En nuestros registros locales, ciudad de Antofagasta, no se había publicado datos estadísticos bastante resaltantes como el aumento de ingresos a UCI con necesidad ventilación mecánica en pacientes gestantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Para el estudio se utilizó la base de datos electrónica y fichas clínicas del Hospital Regional de Antofagasta desde abril 2020 hasta Julio 2021. En el estudio se incluyeron a todas las pacientes obstétricas ingresada con diagnóstico covid-19, edad materna, comorbilidades, tipo de parto, edad gestacional al momento diagnóstico, complicaciones maternas, ingresos a UCI, necesidad de ventilación mecánica, letalidad materno fetal.

RESULTADOS

En el periodo comprendido Abril 2020-Julio 2021, en el Hospital Regional de Antofagasta, fueron ingresadas y diagnosticadas mediante test de Screening universal, 182 pacientes obstétricas positivas para SARS-CoV-2 (COVID 19), en relación con su distribución etaria, 6% < 19años, 80% entre 20-35años, 14% >35 años; edad gestacional al momento diagnostico <37s 40%, 37s40s 56%, >40s 4%. En relación con las comorbilidades asociadas, diabetes 6%, HTA crónica 2%, hipotiroidismo 8%, asma 2%, cardiopatía 1%, asma 1%; en cuanto a complicaciones mayores asociadas, neumonía 11%, insuficiencia respiratoria 7%, SHIE 2%. En el año 2020, del total de pacientes gestantes positivas covid19 ingresadas al hospital (182), 2% (2) pacientes fueron ingresadas a unidad de cuidados intensivos con necesidad de ventilación mecánica, en el año 2021, 11% (9) fueron ingresadas a unidad de cuidados intensivo, con necesidad de ventilación mecánica, lo cual deja en manifiesto un alarmante aumento de complicaciones maternas. Del total obstétrico Covid-19 positivas, 64,7% obtuvieron resolución del embarazo durante su hospitalización, 45% por cesárea, 55% parto vaginal, letalidad materna 0%, óbito fetal 0,5% (1 DPPNI).

CONCLUSIONES

El estudio diagnostico COVID 19 en paciente obstétricas y ginecológica, en el Hospital Regional de Antofagasta "Dr. Leonardo Guzmán", demuestra un impactante aumento de las complicaciones respiratorias severas sobre todo en pacientes embarazadas, con un alarmante aumento en el último año de ingresos a UCI con necesidad de ventilación mecánica, a pesar de la exhaustiva labor de las múltiples jornadas de vacunación, lo que genera la interrogante sobre el buen pronóstico y curso futuro de la enfermedad en estas pacientes.

PARTO DE PRETÉRMINO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CONO LEEP

Carrasco A; Nuñez F; Anwandter G; Fuentes L.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es precedido por lesiones preinvasoras "lesión intraepitelial" (LIE) de alto grado (NIE 2,3). El método estándar para el manejo de estas es la escisión quirúrgica mediante Cono LEEP. Dentro de los riesgos este procedimiento está el de parto prematuro (antes de las 37 semanas). A pesar de los numerosos estudios a la fecha, sigue siendo controversial si realmente aumenta el riesgo de prematuridad, o si éste último es atribuible a factores secundarios a la displasia cervical.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es evaluar la tasa de parto de pretérmino en pacientes que han sido sometidas a un cono LEEP previo a su embarazo, en el Hospital Gustavo Frick. **Materiales y métodos:** Se realizó la búsqueda de pacientes con antecedente de cono LEEP en la base de datos de la unidad materno fetal de ultrasonido obstétrico. Posteriormente se verificó en la unidad de patología cervical el diagnóstico histológico por el cual se indicó el cono, la fecha, y el resultado de éste. Finalmente, se buscó en el libro de partos del hospital la fecha del parto, edad materna, edad gestacional, y detalles obstétricos en los casos de prematuridad.

RESULTADOS

De un total de 14177 partos entre enero 2015 y mayo 2021, se registraron 88 pacientes con antecedentes de Cono LEEP. La edad materna promedio fue de 31.2 años. La edad gestacional promedio de nacimiento fue de 37.3 semanas. 15 pacientes (22.3%) presentaron un parto prematuro: 12 prematuro tardío (80%), 2 prematuros severo (13.3%), 1 prematuro extremo (6.6%). En relación con la etiología 12 fueron espontáneos (4 con membranas rotas) y 3 iatrogénicos. El promedio de edad

materna de pacientes con parto prematuro fue de 34,8. El promedio de edad gestacional de parto prematuro fue 33.26 semanas.

CONCLUSIONES

No existen ensayos clínicos randomizados que comparen cono versus no realización de éste, dado la naturaleza premaligna. La última revisión Cochrane del año 2018 concluye que las mujeres con LIE tienen más riesgo basal de tener parto prematuro, y que éste aumenta con los tratamientos de tipo escisional y ablativo. Los resultados del presente estudio coinciden con los mencionados en dicha revisión, y parece interesante destacar que la edad materna al momento del parto tendría una asociación directamente proporcional; a mayor edad materna, mayor el riesgo de parto prematuro. Cabe señalar también, que aunque aumenta el riesgo basal contra la población general, en su mayoría fueron casos de pretérmino tardío.

ANÁLISIS Y EMPLEO DEL MODELO DE ROBSON PARA CLASIFICAR LAS CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA ENTRE NOVIEMBRE 2020 Y MARZO 2021.

Bizama P^{1,2}, Oliva E², Espinoza F¹, Espinoza C¹, Diaz C¹.

1 Universidad Católica del Maule. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de parto, Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN

El aumento en la tasa de cesáreas constituye un importante motivo de preocupación en el ámbito de salud pública, debido a los posibles riesgos maternos y perinatales. En Chile durante el 2017 la tasa de cesáreas fue de un 33% en hospitales públicos, porcentajes muy por encima del 15% que propone la OMS. Para ello se propone utilizar el modelo de Robson que consiste en un sistema de clasificación basado en 10 categorías lo que nos permite conocer cuáles son las indicaciones más frecuentes y evaluar dónde deben dirigirse los recursos a fin de disminución de las tasas.

MÉTODOS

Se revisó la base de datos de partos tabulados por matronas del Hospital Regional de Talca y se solicitaron las fichas clínicas de cesáreas realizadas entre 1º noviembre del 2020 y 31 de marzo del 2021. Hubo un total de 536 cesáreas, de las cuales se lograron recabar los datos de 498 pacientes (92,91%). Se aplicó el modelo de Robson estableciendo la contribución específica de cada grupo evaluando paridad, edad gestacional, antecedente de cesáreas previas, embarazo múltiple o único, presentación fetal, inicio del trabajo de parto y motivo o indicación de cesárea descritas en ficha.

RESULTADOS

De un total de 1228 partos, 536 fueron por cesárea, correspondiendo a una tasa del 43,6%. Según Robson la mayoría de las cesáreas está en el grupo 5 (28,5%) las cuales son pacientes multíparas con al menos 1 parto por cesárea, subdividido en el subgrupo 5.1 (15,9%) en donde las causas más

frecuentes fueron secundarias a macrosomía fetal (26,6%), condición materna (26,6%) e inducción fracasada (22,8%) y el subgrupo 5.2 (12,7%) donde la única causa fue por condición materna por presentar al menos dos cicatrices de cesárea previa. En segundo lugar, se encuentra el grupo 2 (16,8%) que incorpora mujeres nulíparas, con embarazos únicos, cefálicos, >37 semanas, que se induce el trabajo de parto o se realiza cesárea programada, siendo el subgrupo 2A el más frecuente (12%) en donde las causas de cesáreas fueron por deterioro de unidad feto placentaria (40%) secundaria a estados fetales no tranquilizadores al monitoreo y dilatación estacionaria (28%). Y, en tercer lugar, se encuentra el grupo 10 (14,3%) el cual incorpora mujeres con embarazos únicos, cefálicos, <37 semanas siendo las causas más frecuentes de interrupción los deterioros de la unidad feto placentaria (53,5%) secundaria a estados fetales no tranquilizadores y a alteraciones del Doppler fetal, seguidos de condiciones maternas (31%) principalmente por preeclampsia severa. Cabe destacar además que la indicación más frecuente de cesárea en el porcentaje general fue por deterioro de la unidad feto placentaria (30,5%) secundario a estados fetales no tranquilizadores (65%).

CONCLUSIONES

La aplicación del modelo de Robson es un método útil para identificar subgrupos de pacientes susceptibles, permitiendo intervenciones adecuadas con el fin de disminuir las tasas de cesárea. Destacan en nuestro hospital las indicaciones en multíparas con al menos una cicatriz de cesárea previa, lo que permite enfatizar cómo ésta puede repercutir en el futuro

reproductivo de la paciente. Hay que mencionar además que nuestro Hospital es el único con UCI neonatal de la región, lo cual aumenta el número de partos de pretérmino por deterioros de unidad feto placentaria que necesitan interrupción previa. Por último, es importante destacar la gran cantidad de cesáreas indicadas por estados fetales no tranquilizadores al evaluar monitoreos intraparto, lo que nos obliga establecer medidas de trabajo para mejorar nuestras conductas a seguir.

VALORES DE CORTE PARA LOS PARÁMETROS DEL PERFIL LIPÍDICO DURANTE EL EMBARAZO: SCOPING REVIEW

Negrón C.¹, Oliva R.¹, Araya M.¹ y Maliqueo M.²

¹ Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile.

² Laboratorio de Endocrinología, Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El aumento excesivo de los lípidos durante el embarazo se asocia con complicaciones maternas y neonatales, y se ha visto que podrían también predecir el desarrollo de estas. Dichos antecedentes sugieren la importancia del tamizaje de esta condición. Sin embargo, actualmente no existe consenso sobre los valores de referencia para el perfil lipídico en la embarazada. El objetivo de este estudio fue explorar la evidencia y recomendaciones de guías clínicas existentes sobre los valores de corte con potencial uso clínico para los parámetros del perfil lipídico durante el embarazo.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática exploratoria (scoping review) orientada según el modelo PRISMA. Se revisaron las bases de datos PubMed, Embase, Science Direct y SciELO; y los motores de búsqueda Google y Google Scholar. Dos autoras revisaron los artículos de forma independiente con un índice Kappa de 0,82. Se incluyeron aquellos trabajos originales y guías clínicas que entregaran al menos un valor de corte para triglicéridos, colesterol total, colesterol LDL o colesterol HDL; publicados a partir del año 2010 y escritos en inglés o español. Se realizó una selección primero por título y abstract, y luego por texto completo. Los resultados fueron organizados en tablas y los valores expresados en mg/dl.

RESULTADOS

De un total de 1059 referencias encontradas, 30 fueron incluidas en el análisis. De ellas 10 trabajos originales establecieron valores de referencia para los parámetros del perfil lipídico, entre los que se identificó heterogeneidad debido a la influencia de los diferentes percentiles escogidos, edades

gestacionales, categorías de IMC incluidas y componente étnico. Los valores de referencia encontrados son más altos a mayor edad gestacional, y evidentemente superiores a los establecidos para mujeres no gestantes. Se encontraron 8 guías clínicas, las que solo proponen valores de referencia transversales para todo el embarazo. Adicionalmente se incluyeron 12 estudios que establecen valores predictivos de parámetros del perfil lipídico para complicaciones como preeclampsia, diabetes gestacional y alteraciones del crecimiento fetal. Los que mostraron una mejor especificidad y sensibilidad fueron aquellos que se tomaron en etapas tempranas del embarazo y que se constituyeron en base a la medición de triglicéridos.

CONCLUSIONES

El análisis de la literatura indica que es importante establecer consenso sobre los valores de referencia para el perfil lipídico durante el embarazo que sean acordes a la edad gestacional y población. La toma de este examen podría permitir identificar a mujeres con mayor riesgo de complicaciones del embarazo. Las guías clínicas deben actualizar sus recomendaciones respecto a valores de referencia a la luz de la nueva evidencia disponible, y considerar el tamizaje del perfil lipídico en el embarazo en vista de sus parámetros potencialmente predictivos. Financiado por FONDECYT 1181798.

ANÁLISIS DE RE-OPERACIONES NO PROGRAMADAS EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO. EXPERIENCIA DE 9 AÑOS.

Lagos N., Sandoval C., González M.

Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Departamento de Obstetricia y Ginecología de Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

Clínica Alemana de Santiago es un hospital privado de alta complejidad y centro de referencia de múltiples centros públicos y privados. En el Departamento de Obstetricia y Ginecología se realizan cerca de 5000 procedimientos anuales y no está exento de eventos adversos de gravedad variable que requieren re-operaciones y/o re-intervenciones no programadas. Las reoperaciones no programadas son intervenciones quirúrgicas no planificadas a un paciente como consecuencia de una cirugía primaria dentro de los primeros 30 días. Ellas inciden directamente en el resultado final del paciente, costo de la atención y riesgo de judicialización del proceso. Su incidencia es variable según la complejidad del paciente 1,7% a 11% (John D. 2001) y de 1,2 % en cirugía de mama como referencia en la especialidad (Hidde M 2007). Las reoperaciones reflejan en su mayoría problemas de la técnica entre 70-80% de los casos, aumentado seriamente el riesgo de infecciones, estadía hospitalaria y muerte del paciente por lo que constituyen un indicador de calidad relacionada a la atención de salud. El análisis, registro y comunicación de estos eventos forman parte de la Cultura Calidad de nuestra institución.

OBJETIVO

Conocer la incidencia y distribución de las reoperaciones no programadas en la Maternidad de Clínica Alemana de Santiago (CAS) en el periodo 2013-2021.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, desde enero de 2013 a junio de 2021, sobre el total de procedimientos

quirúrgicos del Departamento registrados en el libro de registros Ginecoobstétricos de Pabellón de Maternidad CAS, base de datos RedCap. Los resultados se expresan como proporciones del total de casos y prevalencia, en %.

RESULTADOS

Entre enero de 2013 y junio de 2021 hubo 44263 intervenciones quirúrgicas de las cuales 30358 (68,3%) corresponden a procedimientos obstétricos y 14004 ginecológicos (31,7%). De los procedimientos obstétricos 15540 corresponden a partos (51,2%) y 14818 a cesáreas (48,8%). En este total hubo 131 reoperaciones, correspondiente a una incidencia de 0,29%, de las cuales 90(68,7%) correspondió a procedimientos obstétricos y 41(31,2%) a procedimientos ginecológicos. El procedimiento ginecológico que más requirió reoperación fue la histerectomía con 27 casos (20,6%) y el procediendo obstétrico más reoperado fue cesárea con 48 (36,6%) casos. Las causas de reoperación fueron: hemorragia (sangrado activo- hematoma) 96 (73,2%), trauma 24 (18,3%), infección 8 (6,1%), cuerpo extraño 3 (2,3%). La hemorragia es la causa de reoperación más frecuente con 96 casos 73 (76%) obstétricos y 23 (24%) ginecológicos, seguidos del trauma con 13(54%) obstétricos y 11(46 %) ginecológicos.

CONCLUSIONES

Las reoperaciones no programadas son eventos graves considerados como indicador de calidad de atención, nuestro departamento presenta una incidencia comparablemente más baja en relación con hospitales públicos de alta complejidad de la región metropolitana e internacionales. La operación

cesárea es el procedimiento obstétrico que más se reopera principalmente cuando la indicación es de urgencia en concordancia con la evidencia publicada. En ginecología la histerectomía es el procedimiento más reoperado. La causa más frecuente de reoperación es la patología hemorrágica lo que ha guiado a nuestro equipo a elaboración de protocolos estrictos, con puntajes de detección precoz de riesgo y conductas activas de diagnóstico y manejo con participación de un equipo multidisciplinario entre ginecología, anestesiología, laboratorio, banco de sangre y radiología intervencional.

CLASIFICACIÓN DE PARTOS Y CESÁREAS SEGÚN GRUPOS DE ROBSON, DE LOS AÑOS 2018 A 2021, EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO.

González M*, Sandoval C*, Lagos N*, Insunza A*, Norambuena J.

****.** Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo, Departamento de Obstetricia y Ginecología. ****** Subgerencia de proyectos, Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La tasa de cesáreas es uno de los indicadores importantes que evalúan la calidad de la atención perinatal. A nivel nacional e internacional preocupa la sostenida alza de la tasa por la morbi-mortalidad materna y perinatal asociada a ella. Las estrategias de su control y contención deben estar basadas en el conocimiento de las causas que lo provocan. Los grupos clínicos de Robson permiten agrupar y clasificar las variables de resolución del parto para luego implementar estrategias en cada grupo específico.

OBJETIVO

Conocer la clasificación de la población de partos y cesáreas, en los grupos clínicos de Robson y su tendencia en el período 2018 a 2021, de la maternidad de Clínica Alemana de Santiago (CAS).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, del período comprendido entre el 1 de enero de 2018 al 31 de julio de 2021. Los datos fueron obtenidos del Libro de registro de pabellón gineco-cobstétrico del Departamento de obstetricia y Ginecología, implementado sobre la base de datos RedCap. Estos fueron analizados a través del software TableauReader. Los resultados se expresan como valores y porcentajes del total de casos.

RESULTADOS

El total de nacimientos del período analizado es de 12113. El número de cesáreas es de 6149 (50.7%). La distribución por grupo de Robson y la contribución relativa a la tasa global

de cesáreas por grupo, fue: Grupo 1: 21.38% (4.7%), 2 a: 6.17% (3.5%), 2b: 11.02% (13%), 3: 21.27% (0.7%), 4 a: 3.05% (0.4%), 4b: 1.32% (3.2%), 5 a: 16.74% (35.4%), 5 b: 5.05% (12%), 6: 3.69% (8.9%), 7: 1.68% (4%), 8: 2.29% (4.8%), 10: 6.34% (9.4%). El porcentaje global de cesáreas de los años mencionados fue: 2018: 49.18%, 2019: 49.16%, 2020: 52.83% y 2021: 52.4%.

CONCLUSIONES

Destacan el grupo 2 y el 5 en su aporte porcentual al global. El uso de la clasificación de los grupos clínicos de Robson nos permite identificar aquellos grupos donde se pueden realizar intervenciones para controlar y reducir el número de cesáreas. Contar con esta información nos permite establecer políticas de manejo para el adecuado control de la tasa de cesáreas a nivel local.

PREVENCIÓN DE LA PRIMO CESÁREA: EXPERIENCIA DE VERSIÓN EXTERNA A CEFÁLICA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

Dr. Felipe Jordán U., Macarena De la Maza C., Valentina Parada H. Rodrigo Latorre R.

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana de Santiago

OBJETIVO

Evaluar la tasa de éxito y seguridad de las pacientes sometidas a versión externa a cefálica como intervención para prevenir la primo cesárea.

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo de las versiones externas realizadas entre los meses de diciembre del año 2018 y marzo del 2021. Se ofreció versión externa a aquellas pacientes sin contraindicación de parto vaginal en presentación podálica a partir de las 36 semanas de embarazo. Todas las versiones fueron realizadas por el mismo operador, durante una hospitalización transitoria en la unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Previo a la versión, se realizó firma de consentimiento informado, evaluación de parámetros antropométricos maternos, examen físico materno, 4ª maniobra de Leopold para evaluar grado de encajamiento fetal y ecografía obstétrica para evaluar peso fetal estimado, ubicación del dorso, ubicación placentaria e indemnidad de la unidad feto placentaria. Durante la versión se utilizó fenoterol endovenoso como relajante miométrico y se realizó registro basal no estresante post procedimiento. En caso de ser exitosa, se decidió manejo expectante hasta el inicio del trabajo de parto o inducción a las 41 semanas; en caso de ser fallida se programó cesárea electiva entre las 38 y 39 semanas de gestación.

RESULTADO

Se realizaron 45 versiones externas con una tasa de éxito 42,2 % (19 pacientes) y una tasa de parto vaginal de 89,5 % (17 pacientes) con versión externa exitosa. No se presentaron

eventos adversos maternos y fetales al momento de la versión externa o al momento de la interrupción del embarazo.

Al evaluar las distintas variables, se estableció que no existe ningún parámetro relacionado a una mayor tasa de éxitos que sea estadísticamente significativo. Sin embargo, existen asociaciones de ciertas variables con relación a características maternas que podrían influir como el peso materno y su IMC, y la paridad. No se registraron eventos adversos relacionados a la versión externa, ya sea durante el procedimiento o posterior a este.

CONCLUSIONES

La versión externa a cefálica demostró ser un procedimiento seguro tanto para la madre y el feto, sin asociarse a complicaciones durante su realización o al momento de la interrupción. Además, demostró ser una intervención de bajo costo que permitió prevenir la realización de 17 cesáreas (37,7 % - RR: 0,62) en pacientes que de no mediar esta intervención hubiesen sido sometidas a una cesárea electiva al término del embarazo. Para poder establecer realmente la asociación, será necesario un mayor número de datos.

ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTARIO: DIAGNOSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO. EXPERIENCIA HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Rojas A¹. Avilés E². Isla D.³

1. Unidad de alto riesgo obstétrico. Hospital Regional Antofagasta 2. Becado especialidad ginecología y obstetricia, Universidad de Antofagasta 3. Interno de medicina. Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN

El espectro de acretismo placentario (EAP) corresponde a la inserción anormal de parte o del total de la placenta en el útero y que incrementa considerablemente la morbimortalidad materna y fetal. Su mayor factor de riesgo es la cesárea anterior y la placenta previa. La sospecha se basa en el ultrasonido y la resonancia magnética, el diagnóstico definitivo es por medio de histopatología. El EAP aumenta la morbimortalidad materna durante la resolución quirúrgica con múltiples complicaciones. Se presenta y realiza una exposición detallada del análisis de 10 casos de EAP en nuestro centro, en los últimos 2 años, atendiendo fundamentalmente al diagnóstico, manejo y tratamiento quirúrgico considerando sus complicaciones y confirmación por histología.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico prenatal de EAP, controladas y tratadas en el Servicio de ginecología y obstetricia del hospital Regional Antofagasta desde enero 2019 hasta septiembre 2020. Se obtuvieron datos de un total de 10 pacientes en dicho periodo. Los datos se tabularon y analizaron en tabla Excel.

RESULTADO

Se describen 10 casos de EAP durante el periodo descrito. La edad de gestación promedio al momento del diagnóstico de EAP fue de 32 semanas. El 90% tenía al menos una cesárea previa. El diagnóstico ecográfico se realizó en un 70% de manera subjetiva, siendo el adelgazamiento miometrial y vascularización anormal los hallazgos más frecuentes. El 90%

fue evaluado con RNM de pelvis, de los cuales solo 1 adicionó compromiso vesical y otro desestimó el diagnóstico. La edad gestacional promedio de interrupción fue a las 36 semanas de embarazo. El 90% se resolvió mediante una cesárea programada. En el 70% se realizó instalación de catéter doble J pre quirúrgico. La vía de acceso mas frecuente fue la laparotomía media infraumbilical (60%). En el 50% se realizó histerotomía corporal media, seguido en frecuencia de histerotomía corporal fúndica (3 casos) y corporal arciforme (1 caso). El 60% de los casos se maneja con histerectomía total abdominal frente a un 40% manejadas con histerectomía subtotal. El diagnóstico de acretismo placentario fue confirmado en los 10 casos con histología, con igual distribución para cada tipo dentro del espectro de acretismo placentario.

CONCLUSIONES

La versión externa a cefálica demostró ser un procedimiento seguro tanto para la madre y el feto, sin asociarse a complicaciones durante su realización o al momento de la interrupción. Además, demostró ser una intervención de bajo costo que permitió prevenir la realización de 17 cesáreas (37,7% - RR: 0,62) en pacientes que de no mediar esta intervención hubiesen sido sometidas a una cesárea electiva al término del embarazo. Para poder establecer realmente la asociación, será necesario un mayor número de datos.

EXPERIENCIA EN LA APLICACIÓN DE LEY IVE ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2020, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Castro, H.⁽¹⁾; Tupaz, B.⁽²⁾; Bastías, C.⁽²⁾; Bordones, D.⁽³⁾

(1) Becado de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Antofagasta. (2) Médica Ginecóloga-Obstetra encargada Ley IVE, Hospital Regional de Antofagasta. (3) Matrona encargada de Ley IVE, Hospital Regional de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

Desde la promulgación en septiembre del año 2017 de la ley N° 21.030 (IVE) se marca un hito en nuestro país con respecto a la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven en Chile. Esta normativa establece tres causales específicas: Causal N°1 cuando la mujer se encuentra en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; Causal N°2 cuando el feto padezca una patología congénita adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina independiente y que sea en todo caso de carácter letal; Causal N°3 cuando el embarazo sea resultado de una violación, siempre que no haya transcurrido más de 12 semanas de gestación o 14 semanas en el caso de menores de 14 años. El Hospital Regional de Antofagasta (HRA) corresponde a centro de referencia de toda la segunda región para aplicación de la ley IVE, por lo que se plantea analizar la estadística local.

MÉTODOS

Se realiza análisis retrospectivo de la estadística regional, se toma como variables al momento de ofrecimiento de ley IVE: Número total de casos, causal de interrupción, diagnóstico específico (causal número 1 y 2), edad materna promedio, edad gestacional promedio, nacionalidad de la paciente y método de interrupción.

RESULTADO

Durante los años 2018 al 2020 la ley IVE en el HRA se ofreció un total de 67 veces, siendo la segunda causal la más frecuente con un total de 34 casos (51%), seguido por la tercera causal con 18 casos (27%) y por último la primera causal con 15 casos (22%). La edad materna promedio fue de 27,3 años

(del total) y 20,4 años en el caso de la tercera causal. La edad gestacional promedio fue de 16 semanas. La nacionalidad más frecuente entre las pacientes fue chilena con un total de 48 casos (71.6%), en segundo lugar, pacientes bolivianas con 11 casos (16.4%) y en tercer lugar pacientes venezolanas con 4 casos (6%). En la primera causal el diagnóstico más prevalente fue infección ovular y el método de interrupción más aplicado fue legrado uterino. En la segunda causal la etiología más frecuente fue hidrops fetal y el método de interrupción preferido fue inducción farmacológica y legrado. En la tercera causal el método de interrupción fue mifepristona y misoprostol para finalizar con AMEU.

CONCLUSIONES

Frente a la promulgación de esta nueva ley que rige a nuestro país, es de importancia el análisis de su aplicación. Como centro de referencia de la segunda región, es relevante exponer las estadísticas locales, a fin de que sirva para futuros estudios comparativos con el resto del país.

CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES QUE SUFRIERON OASIS DURANTE LOS AÑOS 2019-2021 EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Gutiérrez J. ⁽¹⁾, Cáceres M. ⁽²⁾, Montecinos S. ⁽²⁾, Vielma S. ⁽²⁾, López M. ⁽³⁾

(1) Interno medicina, Universidad de Chile (2) Programa de formación, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Occidente. (3) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las laceraciones son una complicación frecuente en el parto vaginal y cuando son severos pueden asociarse a complicaciones como dolor, infección, dispareunia, disfunción sexual e incontinencia fecal. El término OASIS se refiere a desgarros perineales que involucran al esfínter anal externo e interno. Entre 53-79% de las mujeres sufrirán algún tipo de laceración en el parto vaginal. A nivel mundial la incidencia de OASIS es 3% en primíparas y 0,8% en múltiparas. Un 3,3% corresponden a tercer grado y un 1,1% a cuarto grado. Entre los factores de riesgo descritos para desarrollar OASIS se encuentran: fórceps o vacuum, episiotomía en línea media, macrosomía fetal, primiparidad, etnia asiática, trabajo de parto prolongado y posición posterior occipital persistente.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron desde base de datos de la Unidad de Ginecología del Hospital San Juan de Dios a las pacientes que tuvieron un parto vaginal desde enero 2019 a junio 2021, excluyendo a aquellas que tuvieron cesárea electiva o de urgencia, y se analizaron distintas variables de las pacientes con OASIS: edad materna, IMC, paridad, horas de trabajo de parto, uso de inducción y/o conducción, parto instrumental y peso del RN.

RESULTADOS

Durante el 2019 se registraron 3405 partos vaginales y, de entre ellos, 16 (0,46%) presentó OASIS 68% grado III y 31% grado IV. Del total de OASIS, 4 fueron partos vaginales con fórceps y

uno con vacuum, representando 25 y 6,25%, respectivamente. Un 56,2% de las pacientes eran primigestas, 18,7% fueron partos inducidos y un 68,7% eran obesas. Por otro lado, durante los años 2020 y 2021 se evidenció una caída en el número de OASIS, llegando a ser solo 6 (0,2% de los partos de cada año). En particular, el año 2020, del total de las pacientes que presentaron OASIS, 100% fue grado III, 2 fueron primigestas, 2 tuvieron inducción del parto y 2 tuvieron parto con fórceps, representando un 33,3% del total de los casos respectivamente. 66,6% de estas pacientes eran obesas. Durante el año 2021, de las 6 pacientes con OASIS, 83,3% fue grado III, 16,6% grado IV, 4 tuvieron parto vaginal con fórceps (66,6%), 2 (3,3%) eran primigestas, 1 era obesa (16,7%) y 3 recibieron inducción del parto (50%).

CONCLUSIONES

Durante los 3 años de observación se pudo analizar que si bien los OASIS representan una fracción menor al 1% de los partos vaginales, puede existir subdiagnóstico, lo que hace necesario una constante capacitación. Las pacientes de este grupo tienden a tener obesidad, asociación con parto instrumental, inducción, conducción del trabajo de parto y la mayoría son OASIS grado 3, todos factores ya conocidos que tienden a asociarse a una mayor frecuencia de estas lesiones obstétricas.

DINOPROSTONA VAGINAL EN INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Cáceres M. ⁽¹⁾, Casacuberta M. ⁽¹⁾, Montecinos S. ⁽¹⁾, Vielma S. ⁽¹⁾, López M. ⁽²⁾

(1) Programa de formación, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. (2) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La inducción del parto es un procedimiento frecuente en la práctica obstétrica actual. El método de elección considerará, entre otras cosas, la madurez cervical determinada por el score de Bishop. En mujeres con malas condiciones cervicales (menor o igual a 6), se recomienda utilizar métodos que permitan la maduración cervical los cuales pueden ser farmacológicos como las prostaglandinas o mecánicos. El misoprostol, era el agente farmacológico más comúnmente utilizado en el mundo, por su bajo costo y fácil conservación, sin embargo actualmente se encuentra en desuso por el riesgo de hiperestimulación y rotura uterina además de su escasa disponibilidad en el mercado, siendo reemplazado por dinoprostona de liberación lenta vía vaginal. El objetivo de este estudio es describir la experiencia del uso de dinoprostona en el hospital San Juan de Dios.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se seleccionaron desde base de datos de la Unidad de Ginecología del Hospital San Juan de Dios a las pacientes con Bishop <6, sin cesárea anterior y ni contraindicaciones de parto vaginal, en que se inicia inducción de trabajo de parto con dinoprostona desde enero 2019 a junio 2021. Según protocolo local, se administra el medicamento en fondo de saco posterior, todas las pacientes son monitorizadas a la hora y luego cada dos horas, se mantiene el medicamento por hasta 24 horas y es retirado si la paciente presenta taquisistolía, estado fetal no tranquilizador o trabajo de parto. Posteriormente si la paciente no consigue el parto después de 24 hrs, se realiza ruptura artificial de membranas y se inicia oxitocina para lograr dinámica efectiva por máximo

ocho horas. Se describen las características y resultados de pacientes con este tipo de inducción.

RESULTADOS

Entre enero del año 2019 y junio de 2021 se asistieron 7546 partos, 1430(18,9%) se sometieron a un proceso de inducción del trabajo de parto y de ellos 543 (37,9%) fueron con dinoprostona, 537(37,5%) con oxitocina y 350(24,4%) con dinoprostona y oxitocina. El parto vaginal se logró de forma satisfactoria en 413 pacientes(76%) de las pacientes usuarias de dinoprostona y 185 (52,8%) en el grupo de ambos fármacos. La incidencia de parto instrumental(fórceps y/o Vacuum) fue de 4.4% en el grupo propress y 3.4% en el grupo combinado. Respecto a las características de las pacientes, en el grupo propress las primigestas eran un 35,5% y en el grupo de ambos un 53,1%. Mientras que respecto al estado nutricional, un 51,9% de las pacientes del grupo propress eran obesas y en el grupo combinado un 62.5%. En cuanto a la incidencia de OASIS, este sólo se observó en 6(1,1%) usuarias de propress y 1(0,2%) combinado; 4 tuvieron Parto instrumental.

CONCLUSIONES

La dinoprostona intravaginal es un agente efectivo en la maduración cervical e inducción del trabajo de parto en pacientes con cérvix desfavorable. Suele ser bien tolerado y tiene un perfil de seguridad tanto para la madre como para el feto/neonato. Cuenta además con la ventaja de su fácil remoción en caso de presentar eventos adversos, dentro de los que destaca la hiperestimulación.

HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS: ANÁLISIS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE DOS CENTROS EN SANTIAGO, CHILE

Bawarshi,V ⁽²⁾; Monckeberg, M ⁽¹⁾Phillips, J ⁽³⁾; Lynch, E ⁽³⁾, Donoso, M ⁽¹⁾

1.Servicio de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2.Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 3.Interna de Medicina. Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN

Las histerectomías obstétricas son un procedimiento poco frecuente. Se ha descrito una prevalencia que varía entre 0,7 y 2,8 cada 1.000 partos en países de altos y bajos ingresos respectivamente. Más del 90% de las causas de esta intervención son la patología placentaria, que incluye el acretismo y la placenta previa, la inercia y la rotura uterina (1). La decisión de realizar una histerectomía periparto puede ser hecha en un contexto de urgencia, como ocurre con la inercia uterina, o de manera electiva, como en casos de placenta previa o acretismo placentario previo a la metrorragia. El objetivo primario de este estudio es comparar la prevalencia, causas y complicaciones asociadas a las histerectomías obstétricas realizadas de urgencia versus electivas; y determinar si existen diferencias en los resultados de dos centros que atienden poblaciones con niveles socioeconómicos diferentes.

MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo en el que se analizaron las fichas clínicas de las pacientes con histerectomía obstétrica entre los años 2015-2020 del Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB) y de la Clínica Universidad de los Andes (CUA). En el HPSB se incluyeron sólo las histerectomías de pacientes beneficiarias del Servicio Nacional de Salud, excluyendo las pacientes atendidas de manera privada.

RESULTADOS

Entre el 1 de enero del 2015 y el 31 de diciembre del 2020 hubo 18 casos, 5 en la CUA (27,7%) y 13 en el HPSB (72,2%). La cirugía se realizó de manera electiva en 4 casos (22,2%) y de urgencia en 14 pacientes (77,7%). La edad promedio de las pacientes al momento de la cirugía fue de 32.1 años. La principal indicación

quirúrgica fue la inercia uterina (38,9%), seguido de acretismo placentario (27,8%), sepsis de foco abdominal (16,7%) y desprendimiento prematuro de placenta (11,1%). De las 5 pacientes con acretismo placentario 4 tenían al menos una cesárea y una tenía el antecedente de una miomectomía. Los días de hospitalización fueron 6.9 días en promedio; el tiempo medio quirúrgico fue de 136.8 minutos. En 8 pacientes (44%) hubo alguna complicación intraoperatoria, siete de ellas tuvieron una hemorragia que requirió transfusión sanguínea, en una paciente además de la hemorragia hubo una lesión vesical y en una paciente hubo una lesión ureteral. Dos pacientes (11,1%) tuvieron una complicación postoperatoria. En relación a la incidencia de complicaciones intraoperatorias graves, no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos centros participantes (CUA: 80%, (4/5) HPSB: 30,4%, (4/13), $p=0,118$). Al comparar la incidencia de complicaciones intraoperatorias graves en función de si la cirugía fue realizada electivamente o de urgencias, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas: (Qx electiva: 50% (2/4), Qx de urgencia: 42,8% (6/14), $p=0,980$).

CONCLUSIONES

La histerectomía obstétrica es un procedimiento que en nuestro medio tiene prevalencia similar a la descrita en la literatura y que las causas por las que se realiza también están en concordancia con lo descrito actualmente. En relación a las complicaciones, tanto las complicaciones intraoperatorias como postoperatorias son más frecuentes en las histerectomías realizadas de urgencia en comparación con las programadas previamente.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL EMBARAZO. EXPERIENCIA DE 18 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Fernández N², Cepeda B², Gutiérrez P², Vargas P^{1,2}, Martinovic C^{1,2}, Fernández C², Sanhueza M³, Kusanovic J.P^{1,2}

1 CIMAF (Centro de Investigación e Innovación Materno Fetal). Hospital Dr. Sótero del Río. 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile. 3 Unidad de Cirugía Hepatobiliar. Hospital Dr. Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

En Chile existe una alta prevalencia de enfermedad biliar siendo la gestación un período de alto riesgo para desarrollar esta patología. Se estima que por cada 10.000 embarazadas, 1 a 6 requerirán una colecistectomía antes del parto. La laparoscopia es en la actualidad el estándar en el manejo quirúrgico de la patología biliar. Hasta hace pocos años se consideraba el embarazo como una contraindicación absoluta de laparoscopia, sin embargo cada vez existe más evidencia que respalda su uso durante este período. Existen pocos reportes en la literatura internacional sobre este tipo de cirugía en la gestante. El objetivo de este estudio es describir la experiencia de las pacientes de nuestro centro que se sometieron a colecistectomía laparoscópica durante el embarazo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a todas las pacientes embarazadas sometidas a colecistectomía entre enero de 2002 y octubre de 2020 en el Hospital Sótero del Río. Se obtuvo la información clínica de las pacientes a través de la base de datos del centro asistencial. Se revisaron las fichas clínicas y registros de nacimiento. Se analizó la información relacionada a la intervención (diagnóstico preoperatorio, edad gestacional al momento de la cirugía, complicaciones y mortalidad asociada), evolución postoperatoria precoz y resultados perinatales.

RESULTADOS

Durante el período estudiado se realizaron 132 colecistectomías en pacientes embarazadas, de las cuales 126 (95,5%) fueron laparoscópicas. De las colecistectomías laparoscópicas 44 de las pacientes (33,3%) se operaron con el diagnóstico

clínico de colecistitis aguda, 10 (7,5%) posterior a la resolución de una pancreatitis aguda litiásica y el resto (59,2%) por un cólico biliar no complicado. La edad materna promedio al momento de la cirugía fue de 27 años, con un IMC promedio de 30,8 kg/mt². La edad gestacional (EG) promedio al momento de la intervención fue 19,8 semanas (rango: 5- 38), siendo la mayoría en el segundo trimestre (53,8%). Hubo sólo 1 caso en que se requirió conversión a laparotomía por una complicación intraoperatoria. La edad gestacional promedio al parto fue de 37 semanas (rango 26-41), con un peso promedio de 3127 gr y un porcentaje de recién nacidos menores a las 34 semanas de 8,7%.

CONCLUSIONES

Existe aún controversia sobre cuál es el manejo adecuado durante el embarazo para cuadros agudos de colelitiasis. Sin embargo, la información hasta ahora disponible sugiere que el manejo quirúrgico tendría un beneficio sobre el tratamiento médico. Publicaciones han demostrado que la laparoscopia es un procedimiento seguro y eficaz en la paciente embarazada, pudiendo ser realizada preferiblemente durante el segundo trimestre de gestación. Nuestra serie muestra que el abordaje laparoscópico realizado por un equipo entrenado es seguro durante el embarazo independiente de la edad gestacional en la que sea realizado sin efectos adversos graves en los resultados perinatales.

RELACIÓN ENTRE LA EDAD DEL OPERADOR Y LA TASA DE FÓRCEPS REALIZADOS ENTRE EL AÑO 2013 Y 2019 EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC-CHRISTUS

Pineda I ², Cortés P ³, Wichmann I ^{1,4}, Carvajal J ¹

1. Departamento de obstetricia, Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2. Equipo Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida. 3. Becado Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 4. Advanced Center for Chronic Diseases (ACCDiS)

INTRODUCCIÓN

El parto vaginal operatorio es una intervención que permite, de forma segura, lograr un parto vaginal expedito cuando existe un potencial compromiso del bienestar fetal en la segunda etapa del parto, o cuando es necesario disminuir el tiempo del expulsivo en beneficio materno. Este presenta un bajo riesgo de complicaciones maternas sin incrementar las complicaciones neonatales, lo que lo convierte en una buena herramienta, que además favorece la reducción del número de cesáreas. En las últimas décadas se ha observado un aumento de la tasa de cesárea, acompañado de una disminución del parto instrumental. La decisión de realizar un parto instrumental está supeditada a varios factores, incluyendo los riesgos de morbilidad materna y neonatal, y la experticia del operador. El número de obstetras que se considera entrenado adecuadamente para realizar un parto operativo ha disminuido. En un estudio, la mayoría de los residentes en formación (55%) no sentía tener las competencias para realizar un fórceps. El entrenamiento y la simulación de fórceps puede contribuir a aumentar la seguridad en este procedimiento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal observacional donde se analizó la base de datos de partos del Hospital clínico UC-Christus entre los años 2013 y 2019, comparando la tasa de partos vaginales, fórceps y cesáreas según la edad del operador al momento del procedimiento. El objetivo fue evaluar si en nuestro centro existía una relación entre la tasa de fórceps y la edad del operador, y si esto tenía un impacto en la tasa de cesáreas realizadas por el especialista.

RESULTADOS

Se atendió un total de 12269 partos en el periodo señalado, cada procedimiento tenía asignado su operador con la edad respectiva del día del parto. Un 45.27% fueron partos vaginales, 47.45% de cesáreas y un 7.28% con fórceps. De un total de 81 operadores, se filtraron los datos por aquellos que habían atendido al menos 100 partos en el periodo de 6 años, y luego los que al menos tenían 60 partos por año por edad, obteniendo un total de 7098 partos con 25 operadores. Se definieron rangos etarios para posterior comparación de datos con la regla de Sturges y ajuste manual, obteniendo 5 grupos: < 33 años, 33-38 años, 38-43 años, 43-48 años y > 48 años. Para el análisis de tendencia se utilizó el test de Chi cuadrado. Para el análisis entre los grupos se utilizó el test de Kruskal Wallis con test post hoc de Dunn con corrección de Holm. Se obtuvo una tendencia al aumento de los partos con fórceps a mayor edad del operador ($p < 0.001$), mientras que hubo una disminución de los partos vaginales a mayor edad del operador ($p < 0.001$), sin diferencia significativa en la tasa de cesáreas.

CONCLUSIONES

En nuestro centro a mayor edad del médico, existe una tendencia al aumento de la tasa de fórceps, mientras que disminuye la tasa de partos vaginales. Al comparar las tasas de cesáreas, no hubo diferencia entre los distintos grupos etarios, por lo que el aumento en los partos con fórceps no parece disminuir la tasa de cesáreas.

ANÁLISIS DE EXPERIENCIA DE PARTO INSTRUMENTAL CON VACUUM EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Espinosa M.,¹ Díaz C.,¹ López M.,¹ Guzmán R.²

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

² Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Alemana de Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El parto instrumental se define como un parto vaginal que se logra a través de un instrumento, aplicando tracción directa en el cráneo o cuero cabelludo fetal. La incidencia es de 10 – 20% en países desarrollados y en Chile, de 4.6% del total de los partos vaginales. Durante los últimos 50 años el fórceps ha sido el instrumento más utilizado para el parto quirúrgico, pero en las últimas dos décadas ha reaparecido el vacuum, el cual se asocia a menor trauma vaginal, prevalencia de lesiones perineales de tercer y cuarto grado y alteraciones de continencia anal. Hasta el 2017, en el Hospital San Juan de Dios (HSJD), el fórceps era la única alternativa de parto instrumental. En octubre del 2017 se realizó el primer parto instrumental con vacuum y hoy es una herramienta de amplio uso en el hospital. El objetivo de éste trabajo es describir la experiencia del parto con vacuum en el HSJD, evidenciando la utilidad de éste como opción de parto vaginal instrumental.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes sometidas a parto instrumental con vacuum en HSJD hasta Julio del 2021. Se tabularon datos demográficos, antecedentes médicos, gineco-obstétricos y del parto de la ficha clínica y del portal electrónico HSJD.

RESULTADOS

Se han realizado 117 vacuum. La edad promedio fue de 25.88 años. El 75% (n: 88) de las pacientes eran chilenas, el 62% (n: 73) tenía obesidad y el 62% (n: 73) era nulípara. La principal indicación de realizar el parto con vacuum fue un estado fetal no tranquilizador (73%, n: 85). Se realizaron vacuum en todas las variedades de posiciones siendo la más frecuente

la occipito púbrica (28%, n: 33). La posición de la copa quedo en el punto de flexión en el 62% (n: 74) de lo casos. El 7% (n: 8) no tuvo anestesia en el parto, al 18% (n: 21) no se le realizó episiotomía y el 3% (n: 3) tuvo desgarro perineal de tercer grado. El 3% (n: 4) de los recién nacidos tuvo APGAR < 7 a los 5 minutos y el 21% (n: 24) requirió reanimación. El 10% (n: 12) tuvo alguna complicación por el uso del vacuum, 8 casos de abrasión, 3 de cefalohematoma y una fractura parietal. De los 117 vacuum realizados, el 79% (n: 92) finalizó en parto por vacuum, el 14% (n: 17) por fórceps y el 7% (n: 8) en cesárea. Al comparar los vacuum exitosos versus los frustrados, no existe diferencia significativa en cuanto al peso, paridad, variedades de posiciones posteriores, ubicación de copa en punto de flexión ni APGAR < 7. Es significativo el requerimiento de reanimación neonatal (valor p: < 0.05).

CONCLUSIONES

El Vacuum es una alternativa efectiva y segura de parto instrumental, siendo el instrumento de elección en múltiples países de Europa. Para su uso, no se requiere de forma obligatoria anestesia ni episiotomía por lo que es una opción de parto quirúrgico cuando estas condiciones no se pueden lograr. Además, presenta una corta curva de aprendizaje para los operadores. Desde la disponibilidad del vacuum, el número de partos instrumentales en el HSJD ha aumentado, sin modificar el total de fórceps, alcanzando un 9,2% del total de los partos vaginales. El vacuum es un instrumento accesible, aún poco utilizado en Chile. Se requiere difusión y estudios en población local para lograr optimizar su uso.

OBESIDAD Y EMBRAZO: ¿PANDEMIA INVISIBLE? ANÁLISIS DE COMPLICACIONES PERINATALES EN RELACIÓN AL ESTADO NUTRICIONAL EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Espinosa M., López M.

Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La obesidad afecta a más de 1900 millones de adultos en el mundo. Desde el 1975, se ha triplicado a nivel mundial. En Chile, el 74% de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad y el 38.4% de las mujeres son obesas. La obesidad es factor de riesgo para múltiples enfermedades no transmisibles y aumenta el riesgo de mortalidad en 3.9 veces. En pacientes embarazadas existe evidencia de que la obesidad aumenta el riesgo de diabetes gestacional (DG), preeclampsia (PE), macrosomía fetal, cesárea, parto instrumental, tromboembolismo, infecciones puerperales y mortalidad materno-fetal. El objetivo de la publicación es describir la frecuencia de las patologías obstétricas según el estado nutricional de las embarazadas al momento del parto, atendidas en el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de mujeres que tuvieron el parto en el HSJD desde enero del 2019 hasta julio del 2021. Se tabularon datos demográficos, patologías del embarazo y tipo de parto de la ficha clínica y del portal electrónico del hospital. Se dividieron las pacientes según índice de masa corporal (IMC) al momento del parto en 4 grupos: IMC < 25 (Grupo 1), IMC 25 – 29,9 (Grupo 2), IMC 30 – 39,9 (Grupo 3) e IMC ≥ 40 (Grupo 4).

RESULTADOS

Fueron atendidos 7877 partos. El 8.7% (n: 683) tenía IMC < 25, el 29.5% (n: 2320) IMC entre 25 y 29.9, el 51.2% (n: 4025) IMC entre 30 y 39.9 y el 10% (n: 839) IMC ≥ 40. El porcentaje de pacientes chilenas fue en aumento según el IMC llegando al

87.8% en las mujeres del Grupo 4 versus 56.5% en el Grupo 1. La incidencia de la DG fue de 3.9% en el Grupo 1, 7.5% en el Grupo 2, 13.2% en el Grupo 3 y de 19.1% en el Grupo 4. La preeclampsia y la hipertensión se presentaron en el 2.9% y 0.9% del Grupo 1, en el 3.5% y 1.3% del Grupo 2, en el 5.2% y 2.7% del Grupo 3 y en el 11.4% y 9.3% del Grupo 4, respectivamente. La restricción del crecimiento intrauterino fue mayor en pacientes con IMC menor (13% en Grupo 1, 7.5 % en Grupo 2, 4.2% en Grupo 3 y 3.6% en Grupo 4). El peso de nacimiento mayor a 4000 gramos fue de 0.9% en el Grupo 1, de 3.9% en el Grupo 2, de 8.9% en el Grupo 3 y de 16.6% en el Grupo 4. La cesárea también aumentó según el IMC, alcanzando un 55.5% en pacientes del Grupo 4, versus un 21.7% del Grupo 1, un 29.4% del Grupo 2 y un 38.6% del Grupo 3. El parto instrumental fue similar entre los 4 grupos (Grupo 1: 4.1%, Grupo 2: 4.6, Grupo 3: 4.2% y Grupo 4: 2.7%).

CONCLUSIONES

La obesidad es un problema de salud pública que requiere atención y enfoque multidisciplinario de forma urgente. Existe evidencia que se asocia a complicaciones perinatales, pero además está descrito, que el recién nacido tiene mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en su etapa adulta. Nuestros datos evidencian como la diabetes gestacional, la preeclampsia, la hipertensión, la macrosomía fetal y la tasa de cesárea, son más frecuentes en pacientes con IMC mayor. Analizar y exponer datos locales de la relación entre la obesidad y las patologías perinatales es un primer paso para concientizar a los profesionales de la salud de la gravedad de la obesidad en el embarazo y la necesidad inmediata de tratar, prevenir y educar a la población.

TERATOGENICIDAD FETAL Y COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMABARAZO, POR CONSUMO CRONICO DE PASTA BASE DE COCAINA, TETRAHIDROCANNABINOL (THC) Y ALCOHOL. REPORTE DE UN CASO

Arteaga E.¹, Riera R.², Castro E.², Rojas C.², Rojas A.²

1. Becado de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antofagasta. 2. Residente del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Leonardo Guzmán", Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

El consumo crónico de pasta base de cocaína, durante el embarazo, repercute directamente en la embriogénesis y desarrollo fetal, expresado en el retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso de nacimiento, alteraciones neurológicas, aumento de la morbilidad y mortalidad infantil, especialmente la perinatal; asociado a complicaciones obstétricas tales como desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura ovular, partos prematuros. La asociación con otras drogas, a otras drogas cocaína, alcohol, benzodiazepinas, anfetaminas, aumentan el riesgo de malformaciones craneofaciales y algunas malformaciones mayores: cardíacas, renales, cerebrales, focomelia, amelia, muchas de estas alteraciones se explicarían por la vasoconstricción fetal, hipoxia de órganos en desarrollo, neurotoxicidad directa por acción de monoaminas endógenas que atraviesan la barrera hemato placentaria por difusión pasiva.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, consumidora crónica de pasta base de cocaína, marihuana (THC), alcohol. Gran múltipara de cinco partos vaginales, derivada a consulta de Alto Riesgo Obstétrico, por múltiples malformaciones fetales, ecografía 12/07/2019, embarazo de 20+6 semanas por FUR, malformación del sistema nervioso central: síndrome Dandy Walker, Hidrocefalia, micrognatia, cardiopatía fetal: estenosis mitral severa, hipoplasia del ventrículo izquierdo, doble tracto de salida del ventrículo derecho, focomelia de cuatro extremidades. Se le realiza cariotipo en líquido amniótico, el 24/7/19 se obtiene

resultado: 46 XY. La paciente no acude a controles posteriores en ARO El día 11/9/19, acude a urgencia por contracciones uterinas dolorosas que aumentaron en frecuencia e intensidad, acompañado de pérdida de líquido franca a través de genitales, es ingresada en trabajo de parto fase activa con 6 cm de dilatación, evolucionando hasta periodo expulsivo, el cual se prolonga, por lo que amerita utilización de fórceps, resultando infructuoso, evoluciona de manera tórpida, con hipertoniá uterina y sangrado a través de genitales, por lo que se decide resolución quirúrgica cesárea de urgencia por DPPNI, durante acto quirúrgico la extracción fetal se dificulta, se obtiene óbito fetal con evidente malformaciones de las cuales destacan, alteraciones craneofaciales, hidrocefalia, focomelia de cuatro extremidades, alumbramiento espontaneo con signos de DPPNI (80%), sin signos de infiltración uterina (Couvelaire), evoluciona con inercia uterina, perdidas hemáticas de 2.000cc, por lo que recibe tres unidades de glóbulos rojos intraoperatorio, un plasma fresco congelado, y una unidad de plaquetas, responde a la administración de uterotónico, logrando la hemostasia, se deja colocación de drenaje en zona de histerorrafia, se realiza esterilización quirúrgica, con posterior evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

La anamnesis dentro de la historia clínica, representa una herramienta de recopilación de datos fundamental para establecer diagnósticos precisos, los hábitos maternos, sobre todo en paciente con adicciones a estupefacientes no deben

pasar desapercibidos, ya que las repercusiones maternos, fetales, pueden ser letales; la pesquisa anticipada de factores de riesgos modificable, puede cambiar la evolución de un embarazo de alto riesgo, es de suma importancia hacer un seguimiento exhaustivo a estos pacientes.

SINDROME DE OBSTRUCCIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR (CHAOS) COMO CAUSA DE ASCITIS FETAL GENERALIZADA. REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL DR LEONARDO GUZMAN DE ANTOFAGASTA AÑO 2020

Arteaga E.¹, Riera R.², Castillo H.³.

1. Becado de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Antofagasta 2. Residente del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Leonardo Guzmán", Antofagasta. 3. Unidad Obstetricia y Ginecología, Centro Médico Vilanco

INTRODUCCIÓN

El síndrome de obstrucción congénita de las vías respiratorias altas (CHAOS) es una condición infrecuente que puede ocurrir en cualquier lugar a lo largo del tracto respiratorio, siendo la atresia laríngea la más común, a medida que avanza la gestación fetal, para los casos sin fistula descompresiva, el líquido atrapado en el árbol bronquial lo que conduce a hiperplasia, a medida que los pulmones se expanden, también comprimen las estructuras circundantes, con el consiguiente aplanamiento o eversión del diafragma esto aumenta la presión mediastínica altera el retorno venoso y causa progresiva disfunción cardíaca, el balance hídrico recíproco feto típico se altera y eventualmente conduce a hidrops fetal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, secundigesta, sin antecedentes mórbidos, hábitos negativos, antecedentes quirúrgicos: legrado 2019 (aborto abortado), antecedentes gineco-obstétricos G2P0A1, FUR 14/4/20 embarazo actual planificado y controlado, complicado con metrorragia del trimestre, atribuido a mioma FIGO 2. Control ecográfico prenatal 11-14 semanas, no se evidencian alteraciones. A las 16+3 semanas acude control en extrahospital por presentar sangrado genital escaso, al momento de evaluación médica sin sangrado activo, se realiza ecografía, donde destaca descripción de tórax fetal: Tres vasos tráquea de difícil visualización. Ambos pulmones hiperrefringentes con abombamiento del diafragma hacia cavidad abdominal. Se aprecia tráquea y bronquios dilatados por posible obstrucción laríngea, estómago no visualizado. Se aprecia ascitis. Impresión diagnóstica: 1.-Embarazo simple de 16+3 semanas

por FUR, biometría acorde. 2.- Síndrome obstrucción de vías aéreas superiores CHAOS (atresia laríngea), 3.-Ascitis, se decide derivación a Santiago de Chile, Hospital clínico Universidad de Chile, para confirmación diagnóstica y evaluar posibilidad de resolución quirúrgica intrauterina. El 20 de enero de 2020, se realiza ecografía obstétrica destacando embarazo de 17+1 semanas, se confirma hiperecogenicidad ambos pulmones, con corazón fetal constreñido al centro, árbol traqueobronquial visible, diafragma con convexidad abdominal. No se visualiza apertura y cierre de cuerdas vocales, impresiona obstrucción vía aérea superior secundaria a probable atresia laríngea, además placenta engrosada e insertada en sinequia uterina. En vista de condición es considerada letal, se adhiere a la ley de IVE 21.030, se procede a la interrupción farmacológica del embarazo, cariotipo con el siguiente resultado XY (Cordocentesis).

DISCUSIÓN

El síndrome obstrucción congénita de vías aéreas superiores (CHAOS), representa una patología sumamente infrecuente, que amerita un diagnóstico, precoz, oportuno y preciso, para así lograr determinar letalidad fetal, o evaluar posibilidad de implementar medidas quirúrgicas terapéuticas intra o extrauterinas dependiendo de las condiciones individuales de cada caso, y así brindar oportunidad de sobrevivencia fetal.

INFECCIÓN INTRAAMNIOTICA POR CANDIDA ALBICANS; A PARTIR DE UN CASO

Chávez, C.¹, Benítez, R.¹, Von Bischoffshausen, S.¹, Hartmann, M.¹, Jordán, F.¹

(1) Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La infección intraamniótica por *Candida Albicans* tiene una baja incidencia, fluctuando entre 0.3 a 0.6%. Dentro de los factores de riesgo descritos se encuentra la fertilización in vitro, cerclaje cervical o dispositivos anticonceptivos intrauterinos al momento del embarazo. Pacientes se pueden manifestar con un trabajo de parto prematuro, rotura prematura de membranas o incompetencia cervical, teniendo tasas de parto prematuro elevadas. Tratamiento prenatal óptimo aún no queda definido, siendo más frecuente el fluconazol y anfotericina B los de elección.

CASO CLÍNICO

Paciente 37 años, con antecedente de parto prematuro a las 36 semanas, cursando embarazo de 21+2 semanas con diabetes gestacional no insulino requirente, acude a servicio de urgencia por genitorragia. Se descarta sangrado activo, sin embargo, se pesquiza cuello corto de 18 mm, funnel y sludge positivo, por lo que se hospitaliza. Durante hospitalización paciente evoluciona con acortamiento progresivo cervical hasta 8 mm, se realiza amniocentesis, con líquido con glucosa 27 mg/dl y recuento celular de 15 células/mm³, parámetros inflamatorios bajos. Dado presencia de sludge en ecografía, se decide iniciar tratamiento antibiótico triasociado, completando 14 días. Paciente progresa con acortamiento cervical (4mm) a las 24+3 semanas, y al examen físico destaca cuello dilatado 3 cm, membranas expuestas, por lo que se realiza cerclaje de urgencia posterior nueva AMCT negativa para infección. Evoluciona de forma favorable, por lo que se decide alta con cervicometría de 29 mm. Paciente reingresa a las 29+3 semanas por dinámica uterina, donde se pesquiza polihidramnios en contexto de diabetes gestacional de reciente diagnóstico,

se realiza tocolisis farmacológica y amniocentesis con amniodrenaje, con estudio citológico negativo para infección. Al segundo día de amniocentesis, se notifica sobre levaduras en cultivo. Se completan 5 días de tratamiento con fluconazol, y se realiza interrupción del embarazo a las 30+6 semanas, donde en cordón umbilical se evidencian signos de funisitis. Recién nacido evoluciona de forma favorable.

DISCUSIÓN

En trabajo de parto prematuro con presencia de DIU o un cerclaje cervical es importante realizar una amniocentesis diagnóstica, y tener presente que son factores de riesgo para infección por *Candida*. A su vez, tener presente que el líquido amniótico se debe examinar específicamente con Tinción de Gram para levaduras y en cultivos especiales para hongos. El cuadro se asocia a una alta morbilidad fetal y neonatal, con un tratamiento no bien establecido.

REPORTE DE CASO: DIAGNÓSTICO PRENATAL DE OBSTRUCCIÓN YEYUNOILEAL.

Tupaz B⁽¹⁾; Rojas F⁽²⁾; Behrens C⁽³⁾.

(1) Médico Especialista en Ginecología-Obstetricia. Hospital Regional de Antofagasta. (2) Médico Becado en Ginecología-Obstetricia. Hospital Regional de Antofagasta. Universidad de Antofagasta. (3) Interna Medicina. Universidad de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal congénita es una de las patologías quirúrgicas neonatales más frecuente, la atresia yeyunoileal, por el contrario, tiene una incidencia que varía entre 1/3.000 y 1.5000 recién nacidos. En general se manifiesta después de las 24 semanas de gestación, momento en el que se puede objetivar asas intestinales dilatadas y polihidramnios. El diagnóstico prenatal ecográfico suele ser tardío y la sensibilidad diagnóstica es variable según la evidencia. La importancia del diagnóstico prenatal en comparación con el postnatal, radica en una mejoría en el pronóstico de la patología.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 27 años, primípara de 1 parto de término sin complicaciones, con embarazo de 35 semanas, quién es referida a nuestro centro de salud al tercer trimestre de embarazo, sin antecedentes médicos personales, familiares, ni quirúrgicos, con observación de malformación digestiva fetal y diagnóstico de RCIU, realizado en screening 22-24 semanas por su centro de salud local. Posteriormente es derivada a centro de salud mayor complejidad, donde a las 35+3 semanas se objetiva diagnóstico de atresia yeyuno-ileal fetal por sus hallazgos ecográficos. A las 38+2 semanas de embarazo, se realiza cesárea por rotura prematura de membranas y se interviene quirúrgicamente el recién nacido, donde es valorado por equipo de neonatología y cirugía infantil, que confirman el diagnóstico.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la atresia yeyunoileal es habitualmente posterior a las 24 semanas y la localización precisa de la obstrucción es prácticamente imposible. Sin embargo, existen

signos ecográficos específicos descritos en la literatura que nos acerca a la precisión diagnóstica tales como: Asas intestinales dilatadas (> 15 mm de longitud y 7 mm de diámetro), espesor mural superior a 3 mm y polihidramnios. El polihidramnios se observa en hasta el 50 por ciento de los casos de obstrucción yeyunal y rara vez con una obstrucción más distal. Respecto a la dilatación de asas, cuando se evidencia unas pocas asas intestinales dilatadas sugieren una obstrucción yeyunal, mientras que múltiples asas intestinales dilatadas sugieren una obstrucción ileal más distal.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico prenatal de atresias intestinales puede ser complejo y tardío, aun más en la atresia yeyunoileal, es importante realizar la sospecha diagnóstica en el screening de 22-24 semanas, y realizar seguimiento adecuado cada 3 semanas. El diagnóstico prenatal otorga la oportunidad de asesoramiento y educación a los padres, detección de patologías asociadas y la programación de interrupción del embarazo en coordinación con el equipo de cirugía infantil para su oportuna intervención, con el propósito de mejorar la sobrevida del recién nacido.

SINDROME DE HELLP VS. SINDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN EL PERIODO POSTPARTO A PROPÓSITO DE UN CASO

Milena Marambio Aguirre¹, Alejandro Rojas Senzano², Sebastián Mundaca Ovalle³, Jordán Maulén Justo⁴

¹ Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antofagasta. ² Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Regional de Antofagasta. ³ Unidad de Medicina Interna – Hematología, residente UPC y Staff Unidad de Hematología, Hospital Regional de Antofagasta. ⁴ Interno de Medicina, Universidad de Antofagasta.

ANTECEDENTES

La preeclampsia y el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas bajas) pueden preceder, confundirse o estar presentes en la evolución de microangiopatías trombóticas (MAT) como el púrpura trombocitopénico trombótico (TTP) o el síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa). El SHUa es una enfermedad sistémica rara asociada a un mal pronóstico en ausencia de tratamiento, con tasas de mortalidad del 10-20% y una progresión a insuficiencia renal terminal cercana al 50%. La diferenciación de estas emergencias médico-obstétricas es fundamental para garantizar un tratamiento correcto, debido a la alta morbilidad materna que conlleva un mal manejo.

OBJETIVO

Analizar diferencias clínicas y de laboratorio entre el Sd. de HELLP y el SHUa. Caso clínico: Paciente de 21 años, puerpera de cesárea por dilatación estacionaria, sin antecedentes mórbidos, durante su embarazo con antecedente de hospitalización previa por PNA en el II trimestre la cual se trata de forma óptima. En el puerperio inmediato a las 20 horas post parto evoluciona con emesis, dificultad respiratoria, crisis hipertensiva de difícil manejo, anuria, por lo que se traslada a unidad de paciente crítico, se pesquiza falla hepática y renal progresiva con alteración de la coagulación, recibe manejo en BIC de labetalol y nitratos, asistencia ventilatoria y TRR trisemanal durante su hospitalización. Se realiza AngioTAC Renal que reporta: Múltiples focos de hipodensidad parenquimatosa subsegmentaria bilateral con retardo de eliminación

de contraste. Vasos renales de calibre normal. Aspecto de infartos renales múltiples en evolución. Evoluciona con mejoría de pruebas hepáticas al quinto día de su debut, pero con persistencia de falla renal con requerimientos de diálisis por 4 semanas. A los 2 meses de seguimiento con enfermedad renal estadio 3b (KDIGO).

CONCLUSIÓN

La ausencia de antecedentes de preeclampsia o de HTA severa durante el embarazo, con mejora de las transaminasas al quinto día del debut del cuadro, sin lesión hepática en estudio por imagen, con persistencia de falla renal con hipertensión severa, trombocitopenia con disminución progresiva por 7 días y anemia hemolítica microangiopática hacen improbables la presencia de preeclampsia, hígado graso agudo del embarazo y síndrome HELLP. El SHUa es una entidad clínica caracterizada por la asociación de anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, su diagnóstico se da por exclusión, ya que en la actualidad no existe un test de confirmación disponible con rapidez, la hipocomplementemia puede orientar hacia esta etiología, pero carece de valor diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE FETOS CON RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL TARDÍO E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A RESULTADOS ADVERSOS INTRA-PARTO

Fernández C¹, Armijo M¹, Jara D¹, Jordán F¹, Walker B¹, Latorre R¹.

(1)Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La restricción del crecimiento fetal (RCF) se define como aquel feto con una estimación de peso bajo el percentil (p) 10 para la edad gestacional (EG). La RCF implica un problema de salud pública importante y se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad perinatal. Actualmente existen diversas formas de clasificar la RCF, pero en este estudio nos basaremos en la EG que se hace el diagnóstico, siendo una RCF de inicio precoz la que se diagnostica antes de la semana 34 de gestación y de inicio tardío después de esta edad gestacional. La RCF de inicio precoz es de menor prevalencia que la RCF tardía, presentándose en un 20-30% de los casos. La RCF de inicio tardío representa al 70-80% de las RCF. Este grupo presenta como gran problema el que muchas veces no se logra realizar oportunamente el diagnóstico aumentando el riesgo de óbito fetal y morbilidad perinatal. Dado lo anterior, el objetivo de este estudio es describir al grupo de fetos con RCF tardío, para identificar factores que se asocian a resultados intraparto adversos en la población de la maternidad del hospital Padre Hurtado.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo a partir de una base de datos que comprende las ecografías realizadas en la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Padre Hurtado en embarazos únicos entre enero 2010 y abril 2015.

RESULTADOS

De 1.055 RN analizados, 356 fueron RCF de inicio tardío con una EG promedio de diagnóstico a las 37 semanas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre

oligohidroamnios (OHA) y APGAR < 7 a los 5 minutos entre todos los fetos con RCF sin categorizar por percentiles ($p=0.02$) OR 4.23, cuando se hizo el subanálisis por percentiles, solamente se encontró una asociación estadísticamente significativa para el $p < 3$ según Alarcón-Pittaluga con el APGAR < a 7 a los 5 minutos ($p=0.04$) OR 3.4 y para presentar un monitoreo fetal patológico ($p=0.005$) OR 2.15. Ninguno de estos resultados se reflejan al aplicar la curva de González.

DISCUSIÓN

Encontramos que existe una asociación significativa entre presentar OHA y Apgar < 7 a los 5 minutos, independiente de la clasificación por severidad en ambas curvas, sin embargo, al analizar por percentiles, encontramos que al aplicar la curva Alarcón-Pittaluga, los RN con $p < 3$ tuvieron mayor ocurrencia de Apgar < 7 a los 5 minutos y un incremento de presentar un registro patológico en el monitoreo fetal durante el trabajo de parto. Esto no se observó cuando se utilizó la curva de González. Dado lo anterior, un peso fetal $p < 3$ confiere de manera independiente hasta cuatro veces más riesgo de morbilidad en comparación con RN que se encuentra sobre este percentil.

CONCLUSIÓN

Aplicar la curva de Alarcón- Pittaluga permite identificar mejor los fetos en riesgo elevado de presentar eventos adversos intraparto. Por lo anterior sería prudente comenzar a utilizar la curva de Alarcón- Pittaluga como referente del crecimiento fetal en remplazo de la curva que actualmente se utiliza en nuestro centro.

TRANSAMINITIS EN EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Jara D¹, Armijo M¹, Hantsch C¹, Cerda A¹, Huerta P¹, , Jordán F¹, Walker B¹, Latorre R¹.

(1)Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 3% de todos los embarazos se complican por anomalías en las pruebas bioquímicas hepáticas. Su evaluación se realiza de la misma forma que las pacientes no embarazadas, pero considerando la edad gestacional y los cambios fisiológicos del embarazo.

CASO CLÍNICO

Paciente sana de 25 años cursando embarazo de 6+1 semanas, consulta vómitos sin elementos patológicos frecuentes de 1 semana de evolución, sin otro síntoma asociado. No presenta historia de trasgresión alimentaria, factor epidemiológico ni consumo de fármacos. Al examen físico hemodinamia normal, hidratación límite, sensible en epigastrio, sin signos peritoneales, no se palpa aumento de volumen abdominal, tono uterino normal. Al examen obstétrico se confirma embarazo único, viable, sin otras alteraciones. Exámenes de ingreso destaca: GOT 123, GPT 315, GGT 27, BRT 0.65, resto de los exámenes normales. Se ingresa con diagnóstico de hiperemesis gravídica para manejo médico. Evoluciona torpidamente a pesar de ajuste de terapia médica (pluriamin, clorpromazina, ondansetrón, metoclopramida y corticoide), con persistencia de la sintomatología y elevación de transaminasas progresivamente, por lo cual se continúa con estudio diferencial (virus hepatitis A, B, C, Hepatitis autoinmune, RPR, VIH, covid) que resultan normales, sin eosinofilia, Ecografía abdominal con esteatosis hepática difusa leve con barro biliar escaso, sin litiasis biliar. Evaluada en conjunto a equipo de gastroenterología y cirugía por aumento de intensidad de síntomas iniciales asociados a anorexia e intolerancia oral acompañado a alza de transaminasas hasta GOT 383, GPT 1118, GGT 20 con BTR y coagulación normal, sin alteración de

otros parámetros de laboratorio, por lo que se decide ampliar estudio de transaminitis. Se realiza colangiografía magnética que resulta normal, estudio de TORCH (-), se descarta VHE, síndrome de Budd-Chiari y enfermedad de Wilson y se repite perfil autoinmune y de VHA, los cuales resultan negativos. Debido al escaso barro biliar pesquisado en ecografía abdominal, sin evidencia de otras alteraciones y a pesar de colangiografía sin evidencia de litiasis, se decide descartar microlitiasis. Se realizó una endosonografía que mostró evidencia de colelitiasis 2 mm y barro biliar, sin otros hallazgos. Discutido en comité multidisciplinario, se decide realizar colecistectomía con colangiografía intraoperatoria y biopsia hepática diferida. En la cirugía se observó una microlitiasis vesicular con barro biliar sin factor obstructivo en la colangiografía. La paciente evolucionó con disminución de transaminasas GOT 301, GPT 510 y mejoría clínica notaría a las 48 hrs. La biopsia hepática no mostró hallazgos patológicos específicos.

CONCLUSIÓN

Este es un caso de microlitiasis biliar de presentación atípica en el cual fue clave realizar un diagnóstico diferencial ampliado para poder resolver la patología de base adecuadamente y mejorar el estado clínico de la paciente.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE DOS CASOS.

Maldonado G.¹, Valdebenito P.^{2, 3}, De Martini F.^{2, 3}, Muñoz F.¹, Canales N.¹

1 Becado Obstetricia y Ginecología UCM, Hospital Regional de Talca. 2 Unidad de Alto Riesgo Obstétrico Hospital Regional de Talca. 3 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Católica del Maule, Talca.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) se presentan en pacientes jóvenes con síntomas atípicos, como cefalea de inicio ictal, convulsiones, cambios de comportamiento y síntomas visuales, lo cuales, en una embarazada pueden confundirse con signos de preeclampsia-eclampsia, por lo que son generalmente subdiagnosticados, y a consecuencia de ello, tratados tardíamente, aumentando la morbilidad materna. A continuación, se describe el manejo de dos casos clínicos de la maternidad del Hospital Regional de Talca (HRT), presentados durante los últimos dos años.

CASO CLÍNICO N°1

M1, CCA, de 26 años embarazo de 22 semanas, ingresa a urgencia del HRT presentando convulsiones tónico-clónicas generalizadas (TCG). Al examen físico PA 133/74 mmHg, Glasgow 6/15, con signos de enclavamiento, por lo que no impresiona asociado a preeclampsia, se estabiliza e intuba. Se realiza TAC de cerebro: Hemorragia intracraneal parieto-occipital izquierda con hemoventrículo masivo, se decide instalar drenaje ventricular externo (DVE). Evoluciona con aumento de presión intracraneana, así que se realiza craniectomía descompresiva. RNM cerebral de control concluye probable malformación arteriovenosa. Paciente evoluciona satisfactoriamente trasladándose a Unidad de ARO, con neurorrehabilitación hospitalaria durante el resto de la gestación. A las 38 semanas, se realiza cesárea obteniendo recién nacido femenino, 3100grs, APGAR 9-9. Actualmente con paresia braquio-crural derecha materna, continúa en neurorrehabilitación ambulatoria.

CASO CLÍNICO N°2

M2, 2CCA, de 34 años, con embarazo de 27 semanas, e HTA

crónica, epiléptica, consulta en HRT en estado post ictal de convulsión TCG en domicilio. Presenta PA de 191/107 mmHg, por lo que se administra labetalol y sulfato de magnesio. Se decide realizar cesárea obteniendo recién nacido masculino, 950 grs, APGAR 1-3. A las 24 hrs presenta descompensación hemodinámica, se realiza laparotomía con histerectomía, posterior a constatar útero de Couvelaire. Por deterioro neurológico, se realiza TAC cerebral: hemorragia subaracnoidea asociado a hidrocefalia, por lo que se instala DVE. En AngioTAC de control: aneurisma derecho roto, con desplazamiento de línea media. Se realiza craniectomía descompresiva y clipaje de aneurisma. Al mes se instala válvula derivativa ventrículo peritoneal y craneoplastía. Evoluciona con hemiplejía izquierda, actualmente en rehabilitación.

DISCUSIÓN

El ACV en el embarazo es una patología grave e infrecuente. El TAC confirma el ACV, y establece la etiología. El tratamiento varía con la clínica, en general se realiza descompresión ante signos de hipertensión endocraneana. El riesgo de recurrencia de ACV durante el embarazo y puerperio es de un 2%. En nuestra experiencia el TAC contribuyó al diagnóstico de ACV hemorrágico, secundaria a MAV en el primer caso, y a un aneurisma roto en el otro, se realizó craniectomía a ambas, siendo dada de alta con secuelas, aunque sin nuevos episodios hemorrágicos.

CONCLUSIÓN

La prevención, reconocimiento y el tratamiento oportuno de un ACV, son elementos necesarios para reducir la

morbimortalidad materna por esta causa. Así pues, el esfuerzo debería estar dirigido a reducir los factores de riesgo modificables en las mujeres en edad fértil. En toda paciente embarazada que presente convulsión y/o focalidad neurológica, se debe realizar TAC cerebral sin contraste de manera precoz. El tratamiento debe ser iniciado tan rápidamente como sea diagnosticado el evento hemorrágico, con la finalidad de reducir las complicaciones.

MENINGITIS TUBERCULOSA EN EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO.

Muñoz F¹, De Martini F², Valdebenito P², Canales N¹, Maldonado G¹.

1 Becado Ginecología y Obstetricia. UCM. Hospital Regional de Talca. 2 Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Regional de Talca, Chile. 3Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Católica del Maule, Talca.

INTRODUCCIÓN

En la población general sólo el 1% de las infecciones por *Mycobacterium tuberculosis* se presenta como meningitis. No hay estadísticas de meningitis tuberculosas en la gestación. Independiente de la etiología, la frecuencia de presentación de meningitis durante el embarazo es baja, aunque se describe una mortalidad de 38%. La manifestación clínica más frecuente es la cefalea intensa (87%), y se asocia a la triada clásica de fiebre (60%), rigidez de nuca (33%) y Glasgow < 15 puntos (73%). El diagnóstico y tratamiento son similares a la población general.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 29 años sin antecedentes mórbidos. Consulta en urgencia con embarazo de 23 semanas, por fiebre, mareo, cefalea intensa y debilidad muscular de 4 días de evolución. Se presenta desorientada, disártrica, cuello doloroso a la movilización. Al examen físico destaca paciente subfebril (37°), con rigidez de nuca, Glasgow 13 pts. Se sospecha meningoencefalitis, así que se realiza TAC cráneo (normal) y punción lumbar (PL), que reporta líquido xantocrómico con celularidad de 294 x mm³, glucorraquia 6.4 mg/dL y proteínas 347 mg/dL. Se hospitaliza e inicia tratamiento con ceftriaxona y aciclovir. Se realizó ecografía obstétrica reportada normal, con crecimiento fetal acorde a EG. A las 48 horas persiste febril, por lo que se rota tratamiento a ampicilina. Al 4° día evoluciona con anisocoria y parálisis del III par craneal. Se realiza nueva PL con líquido claro, leucocitos 328 x mm³, glucosa 4.3 mg/dL, proteínas 358 mg/dL y PCR negativa para TBC. Al 5° día se decide intubar, pues se mantiene febril, con Glasgow 12, taquicárdica y taquipneica. Se informa que genexpert MYB/RIF es positivo para TBC en título bajo, considerando clínica

y exámenes, se inicia tratamiento antituberculoso. A 7 días del ingreso, con 24 semanas de embarazo, en estado crítico, Glasgow 3, y con TAC sugerente de edema cerebral, se evalúa caso con equipo médico y familiares, considerando alto riesgo de muerte se decide interrupción de embarazo. Se obtiene recién nacido masculino 800 gr, Apgar 5-8. Paciente egresa de pabellón con Glasgow 2, evoluciona con muerte encefálica, y fallece a las horas.

DISCUSIÓN

Debe sospecharse meningitis tuberculosa ante síntomas de inicio subagudo, con compromiso de conciencia, cambios de personalidad y/o parálisis de pares craneales. El cultivo de BAAR tiene una sensibilidad menor de 50% para *M. Tuberculosis*. La OMS recomienda el uso de Xpert MTB/RIF Ultra (método basado en PCR que detecta ADN) como prueba de diagnóstico para la meningitis tuberculosa (S: 91% y E: 81%), que permite iniciar precozmente el tratamiento, ya que la tasa de mortalidad es alta. En nuestro caso la presentación fue aguda, pero con desorientación y parálisis del tercer par craneal. En esta paciente el cultivo resultó negativo, pero el análisis del LCR era compatible con TBC (pleocitosis linfocítica, concentración elevada de proteínas y concentración baja de glucosa), siendo el Xpert MTB/RIF Ultra el examen que confirmó el diagnóstico, aunque tardíamente.

CONCLUSIÓN

La meningitis tuberculosa es poco frecuente, no hay series en la literatura que reporten más de un caso en gestantes. El diagnóstico no es fácil, debido a la baja sensibilidad del cultivo de LCR, la triada clásica está presente solo en el 21% de las

pacientes, y el 20% de los casos cursan con imágenes RNM y TAC cerebro normales. Es por esto que ante la sospecha diagnóstica deben considerarse las características del LCR y solicitar estudios específicos como el Xpert MTB / RIF Ultra, para iniciar tratamiento a tiempo, ya que los principales fármacos antituberculosos pueden utilizarse durante el embarazo.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO EN SÍNDROME DE HELLP NORMOTENSIVO, REPORTE DE UN CASO.

Duguet S⁽¹⁾, Espinoza C⁽¹⁾, Bastías C⁽¹⁾, Cifuentes C⁽¹⁾, Ramírez N⁽²⁾

(1) Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule. (2) Hospital Regional de Talca

INTRODUCCIÓN

El síndrome de HELLP (SH) es una forma severa de preeclampsia (PE), caracterizada por hemólisis, elevación de transaminasas y trombocitopenia. Afecta al 0,2% a 0,6% de los embarazos. Su cuadro clínico es indistinguible de la PE, siendo el síntoma principal la epigastralgia. Existen presentaciones atípicas con ausencia de hipertensión en el 10% de los casos e inicio y exacerbación postparto. El hematoma subcapsular hepático (HSCH) es una complicación rara potencialmente mortal del SH y ocurre en el 1% al 2% de estas pacientes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, primigesta, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo fisiológico de 34 semanas. Consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, sin otros síntomas. Ingresa estable, afebril, abdomen doloroso en hipocondrio derecho, Murphy positivo. Ecografía obstétrica normal. Laboratorio destaca Hematocrito (Hto) 34.1%, Hemoglobina (Hb) 12.3 g/dL, Recuento plaquetario (RP) 138.000, GOT 441.6 UI/L, GPT 202.5 UI/L. Ecografía abdominal hallazgos sugestivos de HSCH parenquimatoso y perihepático. Paciente evoluciona con lipotimia asociado a bradicardia fetal. Ante sospecha HSCH roto se realiza cesárea de urgencia, recién nacida de 2095 gramos, 42 cm, Apgar 9-9. Durante la intervención se visualiza hematoma hepático sin rotura ni líquido libre. En puerperio inmediato cursa normotensa, palidez mucocutánea, laboratorio control informa Hto 23.9%, Hb 8.3 g/dL, RP 90.000, GOT 643.1 UI/L, GPT 287.7 UI/L y LDH 745 U/L, alteraciones compatibles con SH con exacerbación postparto. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis hematoma subcapsular de 21.4 cm x 20.2 cm x 6.2 cm. Cursa con anemia severa que requirió transfusión de

hemoderivados en 3 oportunidades. Egresó 10 días posterior a la cesárea. Se realiza control al mes que constata laboratorio normal y ecografía abdominal que informa hematoma hepático en regresión.

DISCUSIÓN

El SH se asocia a mayor riesgo de complicaciones, una de ellas es el HSCH que aunque es infrecuente tiene una tasa de mortalidad del 59%. Es importante conocer las formas de presentación atípicas como la del presente caso, en que la paciente cursó normotensa durante todo el embarazo y cuya única sintomatología fue la epigastralgia, ya que su reconocimiento precoz puede evitar las complicaciones.

CONCLUSIÓN

Existen escasos reportes de casos de SH normotensivo, en estos el seguimiento en el puerperio inmediato y mediano puede confirmar el diagnóstico y descartar diagnósticos diferenciales, ya que como ocurrió en el presente caso, en SH las alteraciones de laboratorio se normalizan rápidamente. Las complicaciones y morbilidad asociada al SH normotensivo son similares a las otras formas de presentación, por lo que el reconocimiento de este cuadro, su diagnóstico e interrupción oportuna del embarazo puede evitar complicaciones e incluso la muerte materna.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A ADENOMA SUPRARRENAL EN EL EMBARAZO; REPORTE DE UN CASO, HOSPITAL EL PINO

Cartallier O., Cárdenas M.V., Rosales D. I., García J. I., Quintero E, Sánchez N, Rojas D., Stern J., Montero J. M., Fernández B.

Palabras claves: Hipertensión secundaria, preeclampsia, adenoma suprarrenal, embarazo.

ABSTRACT

Los adenomas funcionantes suprarrenales corresponden a una patología poco frecuente, pero que puede tener complicaciones severas durante el embarazo, en especial en los casos de hiperaldosteronismo, produciendo cuadro de hipertensión de difícil manejo. Cobra especial importancia en las pacientes a partir de la segunda mitad del embarazo, por alta prevalencia de la preeclampsia, lo que puede dificultar el diagnóstico de este tipo de tumores. Se presenta el caso de una usuaria de 35 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial crónica desde los 15 años, obesidad e insulino resistencia, cursando embarazo de 18 semanas, que consulta por cuadro de dolor abdominal intenso, asociado a cifras tensionales elevadas (237/135 mmHg), trombocitopenia hasta 77.000/mm³, y proteinuria (índice creatinuria/proteinuria 1.08). Debido a mala respuesta al manejo antihipertensivo de urgencias, y deterioro del estado materno y fetal, se decide la interrupción del embarazo. En el estudio endocrinológico materno post embarazo destaca hipertensión persistente, a pesar de terapia antihipertensiva combinada con Amlodipino y Losartan, asociado a hiperandrogenismo clínico (score Ferriman-Gallwey 32), cortisol matinal en sangre de 33 mcg/dL. Estudio imagenológico con tomografía axial computarizada evidencia adenoma suprarrenal derecho de 22 mm de diámetro mayor, por lo que es derivada a equipo de endocrinología del hospital Barros Luco controles. Conclusión: como causa de hipertensión arterial secundaria, aunque poco frecuente, se debe estudiar para manejo de complicaciones y disminución de morbi-mortalidad madre e hijo.



PATOLOGÍA MAMARIA

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

ULTRASONIDO INTRAOPERATORIO PARA ESTABLECER MÁRGENES DE SEGURIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA CONSERVADORA DE LA MAMA. EXPERIENCIA REPORTADA DESDE JULIO DEL 2016 A JUNIO DEL 2021 POR UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Murillo C. [1] Araneda R. [1] Constante W. [1] Moro J. [1] Dordelly J. [1] Mardones G. [2]

1. Médicos de la unidad de patología mamaria del Hospital Regional de Antofagasta

2. Becario de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la cobertura de los programas de tamizaje de patología mamaria, la pesquisa de tumores no palpables y en etapas iniciales ha ido en aumento. Para localizar el tumor y determinar bordes libres de enfermedad se cuenta con la palpación, marcación con arpón, cirugía radioguiada, cirugía guiada por ecografía y biopsia rápida intraoperatoria. El Ultrasonido (US) de la mama se comenzó a utilizar hace varios años para localizar tumores palpables y no palpables, guiar procedimientos invasivos como la biopsia CORE, para marcar los tumores previos a la cirugía y últimamente para identificar lesiones en pabellón y evaluar márgenes quirúrgicos en cirugía conservadora de cáncer de mama. El objetivo del estudio fue evaluar la experiencia de la ecografía intraoperatoria para determinar márgenes quirúrgicos libre de enfermedad y comparar los resultados con el informe de anatomía patológica obtenidos de la biopsia diferida de la pieza operatoria.

MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo donde se recolectaron los datos de las pacientes con diagnóstico previo de cáncer de mama intervenidas con cirugía conservadora de mama entre el 01/07/2016 y el 30/06/2021 por médicos de la unidad de patología mamaria del Hospital regional de Antofagasta. Se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama con lesión reconocible por ultrasonido, a quienes se realizó una mastectomía parcial con el uso de ultrasonido intraoperatorio realizado por el cirujano designado para

determinar la localización del tumor y evaluación de los márgenes quirúrgicos. No se incluyó pacientes con mastectomía total, mastectomía parcial con biopsia rápida intraoperatoria y pacientes con datos incompletos.

RESULTADOS

Se operaron 173 pacientes durante el período establecido donde se utilizó el ultrasonido intraoperatorio para localizar y determinar bordes quirúrgicos libres de enfermedad. Las pacientes tenían entre 36 y 88 años al momento de la intervención. Al comparar la evaluación de los márgenes quirúrgicos guiados por ultrasonido y el resultado de las biopsias diferidas, existió un 93,1% de márgenes libres de tumor y solo en 12 pacientes (6,9%), tuvieron márgenes afectados o comprometidos que requirieron una segunda intervención quirúrgica para realizar ampliación de márgenes. De las pacientes re-intervenidas solo en 5 de ellas se encontró tumor residual en la ampliación. En nuestra revisión solo 10 usuarias recibieron quimioterapia neoadyuvante, en donde solo una paciente presentó bordes afectados en la mastectomía parcial.

DISCUSIÓN

Uno de los problemas de la cirugía conservadora en el cáncer de mama es la evaluación de márgenes libres de enfermedad, en donde la biopsia rápida intraoperatoria es ampliamente utilizada, suele aumentar los tiempos operatorios y los costos asociados a la intervención. El uso del US intraoperatorio es

de gran utilidad, permite identificar en pabellón alrededor del 100% de las lesiones, evitando la marcación con arpón y sus posibles complicaciones, disminuye el tiempo operatorio en comparación con las intervenciones que requieren biopsia rápida y el costo asociado a dicho procedimiento. La re-operación dada la positividad en la biopsia diferida varía ampliamente en la literatura entre un 6 y el 21% con una tasa de márgenes negativos del 88 al 95%. [1-2] En nuestra unidad, la experiencia reportada en estos últimos 5 años indica una tasa de bordes libres de enfermedad en un 93,1% y bordes afectados de 6,9%. Al desglosar nuestros datos por año, al aumentar nuestra experiencia en la ejecución del US intraoperatorio se disminuye la tasa de bordes afectados de enfermedad.

CONCLUSIÓN

Al comparar el resultado entre la determinación de bordes quirúrgicos libres de enfermedad utilizando el ultrasonido intraoperatorio de la mama versus el diagnóstico histopatológico definitivo, que se considera el gold estándar, la ecografía intraoperatoria demuestra ser un buen método para establecer bordes quirúrgicos libres de enfermedad, acortando el tiempo quirúrgico entre 30 a 60 minutos, por cada paciente, tiempo que tarda la unidad de anatomía patológica en informar la ausencia o presencia de bordes quirúrgicos libres de enfermedad, Sin un aumento significativo en las tasas de re-intervención [2]. La ecografía es un método de evaluación operador dependiente por lo que la tasa de fracaso definido como la necesidad de reintervención dependerá de la habilidad del operador, por lo que se recomienda un entrenamiento continuo para disminuir la tasa de re-intervenciones [3].

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ahmed M et AL. Intra-operative ultrasound versus wire-guided localization in the surgical management of non – palpable Breast Cancers. Systematic Review and meta-analysis. Breast Canc Res Treat 2013;140(3):435-46
- 2.- Krekel NMA et al. Intraoperative ultrasound guidance for palpable breast cancer excision (COBALT trial): Multicentre

randomized controlled trial. Lancet Oncol 2013; 14 (1) 48-54.

- 3.- Esgueva A. Et AL. Learning curves in intraoperative ultrasound guide surgery in breast cancer based on complete breast cancer excision and no need for second surgeries. European Journal of Surgical Oncology 2019; 45 578-583.

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

Armijo M¹, Jara D¹, Cerda A¹, Huerta P¹, Valenzuela P¹, Walker B¹, Latorre R¹.

(1) Unidad de Gestión Clínica de la Mujer, Hospital Padre Hurtado. Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una patología de prevalencia mundial que afecta a 43,3 por 100.000 mujeres, siendo el 2° cáncer más frecuente y la causa de muerte más frecuente en mujeres por cáncer. En Chile se reporta una incidencia de 31,7 x 100.000 mujeres mayores de 15 años. Cáncer de mama y embarazo se define como aquel que se presenta durante el embarazo o hasta un año después de un parto. Aunque el cáncer de mama ocupa el segundo lugar de cáncer en embarazo luego del cáncer cérvico-uterino, es una condición muy infrecuente, afectando a 1 de cada 3.000 a 12.000 embarazos. Debido a la importancia de la patología, se reporta el caso de una paciente multipara de 2 con diagnóstico de cáncer de mama en estadio 4 durante el tercer trimestre de su embarazo en el Hospital Padre Hurtado con el objetivo de recalcar la importancia de un diagnóstico precoz durante el control prenatal.

CASO CLÍNICO

Se reporta caso mujer de 30 años, multipara de 2 sin antecedentes médicos ni familiares, que a las 34 semanas de gestación se autopalpa nódulo en unión de cuadrantes inferiores de mama derecha. A la ecografía mamaria se evidencia nódulo de 5 x 4 cm polilobulado, mal definido, vascularizado y con sombra acústica, asociado a adenopatía axilar ipsilateral, BIRADS 5. Se decide realizar biopsia core que evidencia carcinoma ductal infiltrante receptores estrógenos (+). Además, se realizó TAC TAP que mostró metástasis óseas. Se presentó a comité oncológico del Hospital Sótero del Río y se decide interrupción de embarazo a las 38 semanas de gestación para iniciar tratamiento con tamoxifeno, radioterapia, ooforectomía y quimioterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El cáncer de mama es una patología relevante en la salud pública de Chile dado su incidencia a lo largo de los años, si bien, su presentación habitual es en la mujer post menopáusica, hay que tener en consideración que puede presentarse en mujeres jóvenes en edad fértil, siendo un cáncer más agresivo. La presentación habitual en la mujer embarazada es la palpación de un tumor en la mama el cual se podría confundir por los cambios fisiológicos que ocurren en la mama durante la gestación dado la influencia hormonal, retrasando el diagnóstico de las pacientes y por ende identificándolo en estadios más avanzados. El diagnóstico se basa principalmente en imágenes (ecografía mamaria y mamografía) y biopsia. El manejo dependerá del tipo de cáncer, estando contraindicado la radioterapia durante el embarazo. El caso clínico expuesto, nos recalca la importancia de un diagnóstico precoz, idealmente durante el primer trimestre del embarazo donde los cambios hormonales a nivel mamario no son tan acentuados, con el fin de pesquisarlo en estadios precoces y así no agregar mayor morbi-mortalidad a la paciente embarazada, por lo que proponemos que el examen mamario sea un pilar fundamental dentro del control prenatal de las embarazadas.



PISO PÉLVICO Y URO GINECOLOGÍA

XXXVIII CONGRESO SOCHOG - CONTRIBUCIONES 2021

SUSPENSIÓN ALTA AL LIGAMENTO UTEROSACRO CON SUTURAS PERMANENTES EN EL PROLAPSO APICAL: SEGUIMIENTO A 24 MESES

López R, Kaplan F, Yuivar A, Hevia T.

Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital de Quilpué. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

El Prolapso de los Órganos Pélvicos (POP) es una patología frecuente que afecta entre un 40% a 60% de las mujeres después de uno o más partos vaginales. Antes de los 80 años, entre un 11% y 19% de las mujeres serán sometidas a alguna cirugía de corrección de POP o Incontinencia de Orina (IO), lo que demuestra la importancia epidemiológica actual de esta patología. La Fijación Alta al Ligamento Úterosacro (FAUS) transvaginal es una alternativa para el tratamiento del prolapso apical con buenos resultados, tiempos operatorios y de recuperación acotados, además de bajas tasas de complicaciones.

OBJETIVO

Evaluar la tasa de éxito anatómico y subjetivo en pacientes portadoras de un prolapso apical sometidas a FAUS en el Hospital de Quilpué a 24 meses de seguimiento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo, seleccionando a todas las pacientes sintomáticas con un prolapso apical ≥ 2 de la clasificación de POP-Q, sometidas a un FAUS entre septiembre de 2014 y octubre de 2019. Los datos fueron obtenidos desde la base de datos de la Unidad de Uroginecología del Hospital de Quilpué, previa aprobación del comité de ética. El éxito objetivo se definió como un punto C a 1 centímetro sobre el himen y el éxito subjetivo con una escala de impresión de mejora global del paciente (PGII) mejor o mucho mejor y/o una Escala Visual Análoga (EVA) mayor al 80%, a 24 meses de seguimiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 46 pacientes. El éxito objetivo y subjetivo para el compartimento apical fue de 96% (IC 0,74-0,79) y 93% (IC 0,75-0,98) a los 12 meses de seguimiento y de 84% (IC 0,43-0,96) y 70% (IC 0,32-0,89) a los 24 meses de seguimiento respectivamente.

CONCLUSIONES

La Fijación Alta al Ligamento Útero-Sacro (FAUS) con suturas no reabsorbibles es una excelente alternativa para el tratamiento de prolapso apical por vía vaginal, con una alta tasa de éxito anatómico y subjetivo con mejoría en la calidad de vida de las pacientes, con baja tasa de complicaciones (menor al 5%), además de tiempos operatorios y estadías hospitalarias acotadas.

TECNICA DE LEFORT MODIFICADA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO GENITAL FEMENINO A PROPOSITO DE UN CASO

Carballo S¹. Bueno F¹. Avilés E². Marambio M²

1. Unidad de Ginecología. Hospital Regional Antofagasta.

2. Becado especialidad Ginecología y Obstetricia. Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pelvianos (POP) es definido como el descenso de la pared anterior y /o posterior de la vagina y/ o la cúpula o útero a través de la vagina. El POP se ha visto asociado a disfunción del piso pélvico en distinto grado de severidad, deteriorando principalmente la calidad de vida. La cirugía obliterativa de vagina, es una estrategia de tratamiento que se debe considerar en pacientes que ya no deseen conservar su funcionalidad sexual a través de la vagina. El objetivo es realizar una revisión sobre el procedimiento de colpocleisis de LeFort modificada describiendo la técnica quirúrgica, indicaciones, beneficios y complicaciones asociadas como opción de tratamiento quirúrgico en pacientes con prolapso estadio III - IV que se controlan en la unidad de ginecología del Hospital regional de Antofagasta.

MÉTODO

Muchas variaciones de las técnicas obliterativas son descritas en la literatura. Reportamos la técnica detallada de colpocleisis de LeFort modificada realizada en una paciente de 72 años, múltipara 1 parto vaginal 4090 gr, con POP estadio IV con mala respuesta a tratamiento médico conservador y sin actividad sexual. Con el objetivo de reglamentar la técnica para futuros estudios describiremos utilizando un método observacional cualitativo audiovisual la técnica realizada por los autores en nuestro centro.

Técnica Quirúrgica:

- El procedimiento quirúrgico se realizó bajo anestesia general.
- Profilaxis antibiótica
- Posición ginecológica

- Asepsia y antisepsia vagino – perineal.
- Lavado de la cavidad vaginal por arrastre (solución jabonosa).

A continuación, se describe la técnica quirúrgica específica:

Paso 1: Demarcación del área de mucosa vaginal anterior y posterior

Paso 2: Colpectomía y formación de canales bilaterales

Paso 3: Sutura de la fascia anterior y posterior

Paso 4: Corrección de la longitud de la vagina residual

Paso 5: Corrección del cuerpo perineal

RESULTADOS

La técnica obliterativa empleada corrige quirúrgicamente de manera definitiva el prolapso de órganos pélvicos (cura objetiva) logrando también resultados estéticos con elevada satisfacción personal (cura subjetiva).

CONCLUSIONES

La colpocleisis de LeFort modificada es una alternativa eficaz de manejo quirúrgico en pacientes bien seleccionadas, dado su alta tasa satisfacción quirúrgica reportada por la literatura internacional dado por menor tiempo operatorio y morbilidad quirúrgica, menor riesgo de recurrencia, menor incontinencia de orina de Novo e impacto positivo en la calidad de vida.

REPARACIÓN DE LESIÓN OBSTÉTRICA DE ESFÍNTER ANAL GRADO 4 TRAS PARTO VAGINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rojas K.¹, Sarmiento L.², Cifuentes M.³

1 Médica Cirujana, Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso. 2 Interno de Medicina Universidad de Valparaíso
3 Médica Uróloga, Uroginecóloga, Unidad Piso Pélvico Hospital Carlos Van Buren

INTRODUCCIÓN

El trauma obstétrico de esfínter anal ("OASIS" por su sigla en inglés) ocurre en 2 a 6% de los partos vaginales. Se han asociado factores de riesgo tales como la indicación y/o ejecución incorrecta de una episiotomía, la instrumentalización del parto con fórceps o vacuum y paridad de la paciente. La literatura reporta una mayor incidencia cuando el examinador es un operador entrenado. Lo anterior resalta la importancia de mantener capacitado al personal de salud involucrado en la atención del parto vaginal y generar investigación que fortalezca la evidencia para la práctica clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 33 años, multípara de 2 partos vaginales, cursando embarazo de término, ingresa a la maternidad del Hospital Carlos Van Buren por contracciones uterinas. Evoluciona con trabajo de parto precipitado y se constata el diagnóstico de desgarro grado IV en el post parto inmediato. Se realiza la reparación de este en pabellón con anestesia regional y se documenta con fotografías el paso a paso de la técnica quirúrgica. Se utilizó sutura de reabsorción lenta vicryl 2-0, la mucosa anal se repara en puntos separados, se utiliza técnica end to end para esfínter interno, overlap para esfínter externo, se sutura el músculo transverso y perineorrafia con puntos separados.

DISCUSIÓN

Según su extensión, los desgarros perineales asociados al parto vaginal pueden clasificarse en 1º grado cuando hay lesión de piel, 2º grado cuando la lesión incluye sólo piel y músculos perineales, 3º grado cuando hay lesión del esfínter anal; subdividida en 3a, 3b y 3c según su extensión y compromiso

del esfínter interno y 4º grado lesión del esfínter anal que incluye la mucosa rectal. La reparación de la mucosa rectal puede ser con puntos continuos o separados. El esfínter anal interno puede ser reparado junto con una capa de refuerzo que atraviese la muscular de la mucosa rectal o de manera independiente, con técnica "end to end" que afronta de forma directa ambos cabos del esfínter. Para la reparación del esfínter anal externo, puede utilizarse la técnica "end to end" ya mencionada, u "overlap", que sobrepone ambos cabos y está indicada sólo para desgarros grado 4, 3c y 3b en que la rotura sea completa y los extremos sean lo suficientemente largos como para permitir su sobreposición y sutura. El diagnóstico y manejo incorrecto de un OASIS puede determinar morbilidad como incontinencia anal.

CONCLUSIÓN

Se trata de una complicación subdiagnosticada, con importante morbilidad asociada y afectación de la calidad de vida si no se trata, por lo que un diagnóstico y tratamiento óptimos son claves y definen el pronóstico de las pacientes. Tras una reparación de OASIS con la técnica quirúrgica adecuada, un 60-80% de las mujeres serán asintomáticas a los 12 meses postparto. Este reporte documenta con imágenes el paso a paso de la técnica quirúrgica con el fin de contribuir al conocimiento científico del tema para todos los profesionales que participan de la atención del parto vaginal.



XXXVIII CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CONTRIBUCIONES 2021