SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

XXXIX CONGRESO CHILENO

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

SOCHOG 2023

CONTRIBUCIONES 2023

ÍNDICE

CONTRIBUCIONES 2023

ANTICONCEPCIÓN

8 ANTICONCEPCIÓN MASCULINA EMERGENTE: PERCEPCIÓN DE ADULTOS JÓVENES DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO.

9 ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL EN PACIENTE USUARIA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (MIRENA) E INMUNOSUPRESIÓN SECUNDARIA.

CLIMATERIO

11 USO DE LA APLICACIÓN MÓVIL METAMORFOSIS PARA CONTROLAR Y DISMINUIR FACTORES DE RIESGO CLÍNICO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO.

12 CARACTERIZACIÓN DE HÁBITOS DE EJERCICIO EN MUJERES CHILENAS DE MEDIANA EDAD

ÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

14 NATALIDAD DE MADRES EXTRANJERAS EN LA REGION DE TARAPACÁ: EL IMPACTO DEL FENÓMENO MIGRATORIO EN LA ESTRUCTURA POBLACIONAL Y FAMILIA CHILENA

16 BARRERAS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN CHILE (FONDECYT 1200374)

18 PRINCIPALES RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS BARRERAS OBSERVADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES EN CHILE (FONDECYT 1200374)

20 LEY 21.371, DE ACOMPAÑAMIENTO EN CASO DE PÉRDIDA GESTACIONAL O PERINATAL: OPINIÓN DE PROFESIONALES DE MATRONERÍA.

GINECOLOGÍA GENERAL

22 SANGRADO UTERINO ANORMAL EN POBLACION TRANSGENERO: REPORTE DE UN CASO

23 LESIÓN VULVAR COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: REPORTE DE CASO

24 CANCER DE VULVA. RECONSTRUCION VULVO PERINEAL CON COLGAJOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

25 TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO (SACO VITELINO) EN ADOLESCENTE. A PROPOSITO DE UN CASO.

27 ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y CÁNCER DE ENDOMETRIO. UNA REALIDAD EN NUESTRA REGIÓN. 3ERA REGIÓN DE CHILE (ATACAMA)

28 ANTECEDENTE DE TAMIZAJE EN MUJERES CON DX DE CAU EN LA REGIÓN DE ATACAMA.

29 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO REMOTO Y ASINCRÓNICO EN LAPAROSCOPÍA BÁSICA DE RESIDENTES DE GINECOLOGÍA

30 MANEJO DE TUMOR OVÁRICO DE GRAN TAMAÑO, EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

31 PERFIL DE LA PACIENTE MENOR DE 25 AÑOS CON ENDOMETRIOSIS: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE DE LOS ULTIMOS 7 AÑOS

32 TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO COMBINADO CON ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA EN UN EMBARAZO DE 13 SEMANAS CON IMPLANTACIÓN ECTÓPICA TIPO II EN LA CICATRIZ DE CESÁREA, CON EL OBJETIVO DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO Y PRESERVAR EL ÚTERO.

33 HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPÍA EN CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPAS PRECOCES

34 EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE SÍNDROME ADHERENCIAL PÉLVICO MEDIANTE ULTRASONIDO TRANSVAGINAL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

35 COMPARACIÓN DE DISTINTOS MODELOS DE PREDICCIÓN DE MALIGNIDAD DE LESIONES ANEXIALES.

36 RENDIMIENTO DE ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA Y DE MARCADORES TUMORALES EN EL ESTUDIO PREQUIRÚRGICO DE LESIONES ANEXIALES.

37 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON CRITERIOS ECOGRÁFICOS DE ADENOMIOSIS: ESTUDIO PROSPECTIVO.

38 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA EN EL EMBARAZO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

40 DESAFÍOS EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA ACTINOMICOSIS EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO

42 EMBARAZO HETEROTÓPICO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

43 EMBARAZO ECTÓPICO: UNA RARA CAUSA DE EMBARAZO ABDOMINAL, REPORTE DE CASO.

44 MANEJO DE SANGRADO UTERINO ANORMAL SECUNDARIO A MIOMAS UTERINOS, Y ENDOMETRITIS GRANULOMATOSA POR TUBERCULOSIS GENITAL. REPORTE DE UN CASO.

45 CINCO AÑOS DE SOBREVIDA EN CANCER DE CUELLO UTERINO QUIRURGICO, COMPARACION ENTRE HISTERECTOMIA RADICAL ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA

46 HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO COMO PRESENTACIÓN DE UN TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, REPORTE DE CASO

47 DETECCIÓN INTRAOPERATORIA DE METÁSTASIS GANGLIONAR EN CÁNCER CERVICOUTERINO EN ETAPA PRECOZ

48 DETECCIÓN INTRAOPERATORIA DE METÁSTASIS GANGLIONAR EN CÁNCER CERVICOUTERINO EN ETAPA PRECOZ

49 EXPERIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE

HISTEROSCOPÍAS DE OFICINA EN UN CENTRO MÉDICO DOCENTE-ASISTENCIAL DE LA ZONA SUR DE SANTIAGO

51 EMBOLIA AÉREA UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN LAPAROSCOPIA, REPORTE DE CASO.

52 RESECCIÓN HISTEROSCÓPICA DE METAPLASIA ÓSEA CERVICAL EN PACIENTE CON INFERTILIDAD SECUNDARIA. REPORTE DE UN CASO

53 RESECCIÓN HISTEROSCÓPICA DE METAPLASIA ÓSEA CERVICAL EN PACIENTE CON INFERTILIDAD SECUNDARIA. REPORTE DE UN CASO

54 TUMOR LIPOMATOSO ATÍPICO VULVAR GIGANTE, REPORTE DE UN CASO

55 MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA UTERINA SECUNDARIA A ABORTO ESPONTANEO CON RETENCIÓN DE PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN: MANEJO CON RADIOLOGIA INTERVENCIONAL Y CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA. REPORTE DE UN CASO

56 MANEJO DE TUMOR OVÁRICO DE GRAN TAMAÑO, EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

57 REPORTE DE CASO: ABSCESO TUBO-OVARICO PERSISTENTE

MEDICINA MATERNO FETAL

60 AUSENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN 135 EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH, EN TAR; Y CARACTERÍSTICAS DEL SUBGRUPO CON PARTO PREMATURO

61 SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON WHITE Y EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

63 REPARACIÓN ENDOSCÓPICA PRENATAL DE MIELOMENINGOCELE EN UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, CHILE

64 ISOINMUNIZACIÓN POR ANTICUERPOS IRREGULARES, UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN; A PROPÓSITO DE UN CASO

65 INTERACCIONES ENTRE EL HUESPED Y EL MICROBIOMA VAGINAL EN DISTINTOS SUB-TIPOS DE PARTO PREMATURO

66 VENTRICULOMEGALIA FETAL ASOCIADA A HEMORRAGIA INTRACRANEANA GRADO IV: A PROPÓSITO DE UN CASO

67 TOXOPLASMOSIS: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN ANTENATAL

69 IMPACTO DEL DOPPLER MATERNO FETAL Y LA HISTORIA MATERNA EN LA PREDICCIÓN DE RESULTADO PERINATAL ADVERSO EN FETOS AFECTADOS POR RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL TARDÍO.

70 EVALUACIÓN DE MARCADORES CLÍNICOS Y BIOFÍSICOS PREDICTORES DE PREECLAMPSIA TARDÍA ENTRE LAS 35 Y 38 SEMANAS DE GESTACIÓN

71 TUMORES ABDOMINALES FETALES, UN HALLAZGO POCO FRECUENTE EN EL ULTRASONIDO OBSTÉTRICO: EXPERIENCIA CIMAF - HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

73 MANEJO ACTIVO DE PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD ENTRE 34-37 SEMANAS Y MORBILIDAD RESPIRATORIA DE RECIÉN NACIDOS:METAANÁLISIS

75 UNA NUEVA MIRADA A LOS RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN LA ROTURA DE MEMBRANAS ANTES DE LA VIABILIDAD

76 PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL EN EMBARAZOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

77 VALOR DE LA PROTEINURIA DE 24 HORAS EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS MATERNOS ADVERSOS EN EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

79 EMBARAZO A LOS 3 AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, ÚNICO CASO REPORTADO EN LITERATURA CHILENA.

81 ¿ES NECESARIO LA DETERMINACIÓN DE CURVAS LOCALES DE HUESO NASAL PARA LA PREDICCIÓN DE TRISOMÍA 21 EN LA ECOGRAFÍA DE SEGUNDO TRIMESTRE?

82 ÍNDICE DE RESISTENCIA CARDIOVASCULAR PARA LA PREDICCIÓN DE FRACASO A LABETALOL EN EL MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO.

83 UTILIDAD DE NUEVOS MARCADORES CRANEOFACIALES EN ECOGRAFÍA DE CRIBADO DE SEGUNDO TRIMESTRE PARA LA PREDICCIÓN DE TRISOMÍA 21.

84 NUEVO ENFOQUE PARA LA ELABORACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO MULTIVARIADO DE TRISOMÍA 21 ENTRE LAS 20 Y 25 SEMANAS

85 CERCLAJE UTERINO EN EMBARAZO GEMELAR: EXPERIENCIA EN HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO

87 REVISIÓN DE LAS PRINCIPALES GUÍAS CLÍNICAS Y SUS RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA ISOINMUNIZACIÓN POR RH, UN PROBLEMA AUN NO RESUELTO

88 REPORTE DE CASO: COAGULACIÓN DE CORDÓN UMBILICAL GUIADA POR FETOSCOPÍA, EN EMBARAZO TRIPLE CON SECUENCIA DE PERFUSIÓN ARTERIAL REVERSA (TRAP).

MEDICINA REPRODUCTIVA

90 DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA Y DEMOGRÁFICA DE LAS PAREJAS CON INFERTILIDAD DERIVADAS A IDIMI

92 EVALUACIÓN DEL IMC EN PACIENTES QUE INGRESAN A PROGRAMA DE FERTILIZACIÓN IN VITRO EN IDIMI Y DESAFIOS FUTUROS

94 PREVALENCIA DE RESISTENCIA INSULÍNICA E HIPERANDROGENEMIA EN ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES EN EDAD REPRODUCTIVA Y QUE PRESENTAN SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

OBSTETRICIA GENERAL

96 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN EN SIMULACIÓN DE PARTO VAGINAL A TRAVÉS DE REALIDAD AUMENTADA EN ESTUDIANTES DE LA SALUD

97 SINDROME DE VASOCONSTRICICÓN ARTERIAL REVERSIBLE EN EL POSTPARTO, PATOLOGÍA INFRECUENTE: REPORTE DE UN CASO

98 DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO DE TROMBOSIS VENOSA OVÁRICA PUERPERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

100 ENSAYO PILOTO DE TELE-ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

101 BAJA TASA DE CESÁREAS Y ANÁLISIS POR GRUPOS DE ROBSON EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

102 PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD MATERNAS EN POBLACIÓN OBSTÉTRICA NACIONAL Y SUS COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES ASOCIADAS. UN ESTUDIO DE COHORTE

103 INFLUENCIA DEL IMC EN LA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO EN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON RESIDENTE GINECÓLOGO ÚNICO

104 EXPERIENCIA LOCAL DE INDUCCIÓN DEL PARTO EN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON RESIDENTE GINECÓLOGO ÚNICO

105 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMATOMA VAGINAL POSTPARTO: UN ESTUDIO CASO-CONTROL

106 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INDUCCIONES DEL TRABAJO DE PARTO CON PROSTAGLANDINA E2 (PROPESS) EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN DESDE ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2022

107 OBSTRUCCIÓN URINARIA AGUDA EN UNA EMBARAZADA POR LITIASIS VESICAL DEBIDO A UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO

PATOLOGÍA MAMARIA

109 AUTOMATIZACIÓN DE ARTERIAS EPIGÁSTRICAS INFERIORES EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO DEL RECTO ABDOMINAL TRANSVERSO (TRAM). REPORTE DE CASO.

110 GIGANTOMASTIA GESTACIONAL COMPLICADA CON ÚLCERAS HEMORRÁGICAS

PISO PÉLVICO

112 MALLA SUBURETRAL RETROPÚBICA (TVT): EXPERIENCIA CLÍNICA Y ANÁLISIS DE DATOS EN EL HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ

113 MANEJO DE LA HEMORRAGIA DEL PLEXO SACRO CON TEJIDO AUTÓLOGO COMO COMPLICACIÓN DE COLPOSACROPEXIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO.

114 INFILTRACIÓN DE PUNTOS GATILLO PARA MANEJO DEL DOLOR POSTERIOR A HISTEROPEXIA SACROESPINOSA: REPORTE DE UN CASO

115 EFICACIA DEL TRATAMIENTO KINÉSICO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: ANÁLISIS DE DATOS DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE CLÍNICA ALEMANA SANTIAGO.

116 CORRELACIÓN CLINICA-ECOGRÁFICA DEL DAÑO DEL PISO PÉLVICO POSTERIOR A PARTO INSTRUMENTAL

117 SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS SOMETIDAS A REPARACIÓN DE COMPARTIMIENTO APICAL CON TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN DIRECTA DE LIGAMENTO SACROESPINOSO CON VALVAS DE BREISKY.

ANTICONCEPCIÓN

ANTICONCEPCIÓN MASCULINA EMERGENTE: PERCEPCIÓN DE ADULTOS JÓVENES DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO.

Iturrieta-Guaita N1,2, A. Leiva A.1 , López Y.1, Quezada J.1, Zamora N.1, Medina K.1, Briceño P. 1,2

1. Escuela de Obstetricia y Puericultura - Campus San Felipe Universidad de Valparaíso.
2. Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial (CIISTe) - Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar es un conjunto de medios empleados que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Ésta se ha enfocado principalmente en el control de la fecundidad hacia la mujer, quedando el hombre desplazado de su responsabilidad. Los centros de salud entregan una atención integral para la mujer y su pareja, haciendo entrega de métodos anticonceptivos (MAC) cuando éstos son requeridos. Sin embargo, la mayoría son de uso femenino, existiendo opciones limitadas para los hombres. Frente a esto, es necesario explorar cuál es la actitud de los adultos jóvenes de sexo masculino en relación con la anticoncepción masculina emergente.

MÉTODOS

Se empleó el método cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico. Participaron 13 varones adultos jóvenes de entre 18 y 29 años residentes en la Región de Valparaíso (promedio 23,4 años), a quienes se le realizaron entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas por el equipo de investigación utilizando como el análisis de contenido y temático. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Servicio de Salud de Aconcagua.

RESULTADOS

Se destaca como resultado que la gran mayoría de los participantes conocen de MAC femeninos y masculinos (preservativos y vasectomía) y que existe una percepción positiva de ellos. Indican que es vital que el sistema de salud se actualice, destaque el rol de profesionales matronas/es e incorpore a los varones en programas de planificación familiar, para que se desarrollen de manera más autónoma y cumplan un rol protagónico al momento de decidir o no tener hijos/as. Existe interés respecto a los nuevos MAC (RISUG® y VASAGEL®), aunque la mayoría de ellos nunca había escuchado sus nombres, y muy pocos lograron formar una idea general. Con una orientación a los productos, se demuestran expectantes, interesados y que experimentarían con estos MAC emergentes, estando dispuestos a pagar en promedio CLP$100.000.

CONCLUSIONES

Esta investigación revela un creciente interés por parte de la población masculina de ser partícipes en su SSR, destacándose su interés en tener un rol más activo y de tomar decisiones de manera informada, generando espacios que los incluya como personas únicas y no como una extensión de la mujer. Esto permitiría compensar la deuda que tiene el sistema de salud hacia los varones, no solo para beneficio de estos, sino también para subir un peldaño en la equidad de género.

ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL EN PACIENTE USUARIA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (MIRENA) E INMUNOSUPRESIÓN SECUNDARIA.

Goity C.1, Barros A.2, , Sabat S.1, Benitez S.1, Valenzuela I.1

1 Ginecóloga Infanto-juvenil, Clínica Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
2 Ginecóloga Obstetra, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
3 Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los procesos inflamatorios pelvianos (PIP) en un 85% se debe a infecciones de transmisión sexual, principalmente gonorrea y chlamydia. Es menos frecuente que la causa sean bacterias facultativas como la Gardnerella vaginalis, Streptococcus, Escherichia coli y Haemophylus influenzae. Sin embargo, se debe consideradar polimicrobiana. El objetivo de este caso clínico es mostrar una etiología poco frecuente en una paciente inmunosuprimida.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, nuligesta, con antecedente de esclerosis múltiple en tratamiento con ocrelizumab (anti CD 20) desde el año 2019. Usuaria de dispositivo intrauterino (DIU tipo Mirena) hace 2 años. Consultó el 2022 por cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal periumbilical asociado a flujo vaginal de mal olor. Al examen físico hemodinamia estable y febril hasta 38.1 °C. Abdomen destaca timpánico. A la especuloscopía leucorrea amarillenta de mal olor. Tacto vaginal con dolor a la movilización cervical. Se realiza ecografía transvaginal, donde se objetiva DIU in situ, en ovario izquierdo lesión heterogénea de 50x41 mm y en ovario derecho lesión heterogénea de 31x13 mm. En exámenes destaca leucocitosis (19.800 uL) y PCR en 97 mg/L. Ingresa con diagnóstico de absceso tuboovárico bilateral. Se inician antibióticos endovenosos (ceftriaxona y metronidazol) y se solicitan exámenes de patógenos cervicovaginales, resultando positivos para Ureaplsama (parvum y ureliticum) y Gardnerella vaginalis. Evoluciona tórpidamente, y por persistencia de fiebre se realiza aseo quirúrgico vía laparoscópica y retiro de DIU. Se objetiva pelvis sellada, se logra liberar y drenar ambos abscesos. Se toma muestra intrapabellón de cultivos y gram que resultan negativos. Inicialmente evoluciona favorablemente, pero presenta peak febril. Scanner de abdomen y pelvis objetiva colección pélvica de 52 x 50 x 50 mm. Se escala tratamiento antibiótico a Ampicilina - Sulbactam. Se solicitan inmunoglobulinas, resultando todas bajo niveles normales (IgM, IgG e IgA). Evoluciona con mejoría clínica evidente, se realiza traslape a amoxicilina - ácido clavulánico. Se da de alta 4 días después en buenas condiciones. Al control de los 6 meses post alta, paciente clínicamente bien.

DISCUSIÓN

Los PIP requieren de una alta sospecha diagnóstica para poder manejarlos adecuadamente, ya que implican consecuencias a largo plazo para la mujer. Muchas veces responden de forma favorable a tratamiento médico, sin embargo, existen factores que pueden entorpecer la respuesta y requiere de manejo quirúrgico.

CONCLUSIONES

Es importante tener un bajo umbral de sospecha en pacientes usuarias de dispositivos
intrauterino la posibilidad de un PIP, y si este ocurre en pacientes inmunosuprimidas, tener en
cuenta que este puede desencadenarse incluso por bacterias facultativas.

CLIMATERIO

USO DE LA APLICACIÓN MÓVIL METAMORFOSIS PARA CONTROLAR Y DISMINUIR FACTORES DE RIESGO CLÍNICO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN MUJERES DURANTE EL CLIMATERIO.

Salazar A.1, Riofrío S.2, Vílchez V.3, Albrecht S.

1 Universidad de Concepción,
2 Universidad Central del Ecuador
3 Universidad de Costa Rica

INTRODUCCIÓN

A pesar del gran potencial de las intervenciones de eHealth y de la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones basadas en tecnología, son pocas las herramientas tecnológicas que abordan el autocuidado de las mujeres durante el climaterio e incluyen los factores de riesgo de Síndrome Metabólico.
Objetivo: Explorar el uso de Metamorfosis, una aplicación móvil para controlar y disminuir
factores de riesgo clínico del Síndrome Metabólico (SM) en mujeres en etapa de climaterio.

MÉTODOS

Estudio piloto que abordó el uso del prototipo de la aplicación móvil Metamorfosis como complemento a una Intervención de enfermería en mujeres con factores de riesgo clínico del SM en el climaterio, de 12 semanas de duración. Participaron 40 mujeres entre 40-59 años de un centro de salud de primer nivel en Quito, Ecuador. Se instaló ' Metamorfosis' en los teléfonos celulares de las participantes de la Intervención de enfermería en factores de riesgo clínico del SM y calidad de vida en el climaterio. Todos los procedimientos se llevaron a cabo siguiendo las consideraciones éticas de E. Emanuel.

RESULTADOS

Todas las mujeres utilizaron la aplicación para completar el Menopause Rating Scale. 32 mujeres registraron información respecto de cambios experimentados en esta etapa. 38 participantes incorporaron compromisos respecto a actividades a realizar para mejorar su condición. 15 mujeres participaron en la mitad de las 36 sesiones de actividad física programadas en línea e ingresaron mediciones de presión arterial antes y después de cada sesión. Al final de la intervención, participantes mejoraron significativamente el número de pasos semanales registrados ($p<0.05$). Las mujeres refirieron haber aumentado su autoconocimiento, modificado hábitos y aumentado el cuidado de su salud con el uso de la aplicación.

CONCLUSIONES

El estudio piloto proporcionó información sobre el uso de la app móvil Metamorfosis. Las mujeres utilizaron la aplicación para evaluar sus síntomas, registrar comentarios, comunicar sus necesidades de información e incorporar compromisos. Futuros estudios deberán evaluar el impacto de su uso en condiciones reales.

CARACTERIZACIÓN DE HÁBITOS DE EJERCICIO EN MUJERES CHILENAS DE MEDIANA EDAD

Estrada V1, Vélez N1, Miranda V2.Valenzuela P2.

1. Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Departamento de Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La menopausia se asocia a cambios metabólicos que predisponen a la obesidad y a un mayor riesgo cardiovascular. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar entre 150-300 minutos de ejercicio moderado o entre 75-150 minutos de ejercicio intenso a la semana en este grupo etario. La Encuesta Nacional de Salud 2016-17 (ENS) muestra que el 90% de las mujeres chilenas son sedentarias. Nuestro estudio busca caracterizar los hábitos de actividad física en mujeres chilenas de mediana edad con el objetivo de concientizar a la comunidad médica y facilitar el desarrollo de estrategias de promoción de salud.

MÉTODO

Corresponde a un estudio transversal. Se incluyeron mujeres entre 45 y 60 años atendidas en el policlínico de menopausia de la Red de Salud UC Christus, quienes respondieron el cuestionario International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), validado en población de habla hispana y completaron el cuestionario autoadministrable para síntomas menopáusicos Menopause Rating Scale (MRS). El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico R.

RESULTADOS

De las 60 mujeres incluidas se observó que un 65% (39) de las mujeres trabaja fuera de casa; una (1,7%) y 6 (10%) de ellas realiza actividad vigorosa y moderada en el trabajo respectivamente. Excluyendo la caminata al trabajo 38 mujeres (63,3%) caminaron al menos un día a la semana para ir de un lugar a otro por un tiempo promedio de 78,8 minutos semanales. Veinticinco (41,7%) de las mujeres caminaron al menos un día a la semana en su tiempo libre por un tiempo promedio de 46,8 minutos semanales. En cuanto a la actividad física en el tiempo libre 18/60 (30%) y 10/60 (16,7%) hicieron actividad física vigorosa y moderada al menos un día a la semana durante su tiempo libre respectivamente. En las mujeres que realizaron actividad física en su tiempo libre el promedio de tiempo para actividad vigorosa y moderada fue de 60,3 y 29,4 minutos semanales respectivamente. Descontando la actividad física realizada en relación al trabajo y quehaceres del hogar 23/60 (38,3%) mujeres realizaron al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana. No observamos relación entre la cantidad de tiempo de actividad física y la presencia e intensidad de síntomas menopáusicos, tampoco con el índice de masa corporal, ni con la presencia de comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia y trastornos del ánimo.

CONCLUSIONES

Sólo un 38,3 por ciento de las mujeres participantes en el estudio cumple con las recomendaciones de actividad física de la OMS, si bien está sobre el promedio nacional para este grupo etario es aún un porcentaje bajo. Dentro de las fortalezas de este estudio destaca la utilización de una encuesta validada en español para evaluar la realización de actividad y la información detallada que permite identificar los principales facilitadores y limitantes para realizar actividad física en esta población. Dentro de las debilidades del estudio está el aún bajo número de pacientes participantes; es posible que aumentando el tamaño de la muestra se evidencien relaciones que con este tamaño muestral no fueron estadísticamente significativas.

ÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

NATALIDAD DE MADRES EXTRANJERAS EN LA REGION DE TARAPACÁ: EL IMPACTO DEL FENÓMENO MIGRATORIO EN LA ESTRUCTURA POBLACIONAL Y FAMILIA CHILENA

Snitzes, G1, Araya, C1, Hormazábal, E1, Kaune, H2, Zegers-Hochschild F2.

1 Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.
2 Programa de Ética y Políticas Públicas en Reproducción Humana, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

INTRODUCCIÓN

En Chile, la población migrante en el año 2021 fue de 1.482.390 personas, de las cuales 551.316 son mujeres en edad reproductiva (37,2%). Los últimos datos del anuario de estadísticas vitales del 2020, muestran que, en promedio, el 16,5% de los nacidos en el país son de madres extranjeras (ME), destacando la región de Tarapacá donde representan un 39,2% de los nacidos. Considerando la tendencia decreciente de la tasa de natalidad nacional, los nacimientos de ME son cada vez más relevantes para la renovación de nuestra población. Adicionalmente, la encuesta CASEN 2022 muestra que un 29,8% de la población migrante se encuentra en pobreza multidimensional. En esta línea estudios publicados recientemente en migrantes, demuestran que a pesar de la precariedad, en general los hijos/hijas nacidas de ME no presentan mayor morbilidad perinatal que los nacidos de chilenas. Sin embargo, es relevante examinar el impacto de la vulnerabilidad de las familias en el desarrollo posnatal de los niños/niñas nacidas en condiciones tan carenciales. Esto es de importancia en el desarrollo de políticas públicas y en el proceso de educación de profesionales de la salud, que les permitirá atender a la población considerando la diversidad étnica y cultural de manera eficiente, respetuosa y acogedora.

MÉTODOS

Debido a la alta prevalencia de nacimientos de ME en la región de Tarapacá, concentramos este estudio en esta región. Se analizó información obtenida del Departamento de Estadísticas en Salud (DEIS) y estimaciones de población extranjera en Chile del INE para el período 2018-2021. A su vez, se realizó el cálculo de tasa de natalidad de ME. A estas variables se incorporó información relativa a pobreza multidimensional obtenida de la encuesta CASEN 2022 y su impacto en el crecimiento y desarrollo de sus hijas e hijos, a través del reporte mensual del Servicio de salud Tarapacá del año 2022.

RESULTADOS

En Tarapacá, la tasa de natalidad de la población extranjera supera 2,2 veces la de los nacionales (16,8% y 7,6% respectivamente). Sobre el acceso a los servicios de salud, la población migrante parece ejercer una presión adicional a los servicios públicos, ya que por ejemplo, cuando evaluamos el acceso a planificación familiar, las mujeres migrantes acceden a través del sistema público en una proporción mayor a las chilenas (16% y 0,19%, respectivamente). En cuanto al desarrollo de los niños, los migrantes presentan una mayor prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición: 2,92% y 6,33%, respectivamente,comparado con 0,87% y 4,44% de las niñas/niñas de madres chilenas, (OR: de 2,67-IC:1,69-4,23).

CONCLUSIONES

El aumento de la proporción de nacimientos de ME y la condición de vulnerabilidad de estas y sus familias representa un desafío transversal que requiere de políticas públicas específicas. El estado nutricional de los niños migrantes una vez traspasada la barrera intrauterina se ve

altamente perjudicada, lo que afectará su desarrollo educacional y laboral. Al enfrentarse a la población migrante debemos tener en cuenta los determinantes sociales de la salud de este grupo y su impacto con el objetivo de establecer medidas tanto a nivel de salud pública como en su manejo biomédico y social.

BARRERAS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS EN CHILE (FONDECYT 1200374)

Montero A1, Ramírez – Pereira M2, Robledo P3, Vivaldi L4.

1. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, Universidad de Chile; 2. Departamento de Enfermería, Universidad de Chile; 3. Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil, Hospital La Florida; 4. Departamento Ciencias del Derecho, Universidad Alberto Hurtado.

INTRODUCCIÓN

El 14/09/2017 se promulga la Ley 21.030 que autoriza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales: riesgo vital de la mujer (causal 1); inviabilidad fetal letal (causal 2) y embarazo por violación (causal 3). La experiencia en varios países, revela que el acceso a la interrupción legal del embarazo está limitada por restricciones de la propia legislación; el acceso a servicios no adecuados a las necesidades y demandas de las mujeres; la objeción de conciencia y el estigma al aborto. Objetivo: describir y analizar las principales barreras observadas
en las instituciones de salud públicas y privadas durante la implementación de la ley IVE en Chile.

METODOLOGÍA

Diseño cualitativo, con enfoque post positivista. Se utilizó un muestreo según técnica en cadena, incorporando informantes clave directamente vinculados/as con la IVE. Se realizó entrevista semiestructurada y análisis según Teoría Fundada. Se cumplieron los criterios de rigor metodológico de transferibilidad, dependencia, credibilidad, auditabilidad y adecuación teóricometodológica. Se contó con la aprobación de un Comité de Ética Científico acreditado.

RESULTADOS

Derivan del proyecto Fondecyt Regular 1200374. Entre enero 2021 y junio 2023 se realizaron 74 entrevistas semiestructuradas a informantes clave de 12 establecimientos de salud públicos, 5 instituciones de salud privadas y 2 instituciones de la sociedad civil. Hubo 24 funcionarios/as con cargos directivos; 21 integrantes del equipo biomédico, 20 integrantes del equipo de acompañamiento psicosocial (duplas); 5 usuarias y 4 representantes de la sociedad civil. Hubo 28 gineco obstetras;13 matronas/es; 11 psicólogos/as; 11 trabajores sociales; 2 pediatras; 2 Tens; 1 salubrista; 1 anestesista; 1 abogada; 1 profesora; 1 trabajadora casa particular; 1 dueña de casa; 1 vendedora. La mediana de edad fue 40 años; 70% fueron mujeres y 55% no reportan vinculación religiosa. En las instituciones públicas, existe falta de capacitación de los equipos, falta de difusión de la ley, desconocimiento e interpretación restrictiva del marco legal, insuficiente horario laboral de las duplas, infraestructura inadecuada para garantizar privacidad a la mujer, requisitos extras para constituir causal, comités de expertos obstaculizadores, efecto pandemia, paternalismo clínico, relaciones de poder, estigma al aborto, religiosidad, objeción de conciencia obstaculizadora, falta de empatía hacia la mujer, temor de la mujer al maltrato, obligatoriedad de la denuncia, falta de fiscalización ministerial. En las instituciones privadas, la mayoría de los casos corresponden a causal 2. Se identifican problemas con la capacitación y en la consulta médica ambulatoria, constatándose retrospectivamente la no constitución de la causal. Existe falta de información de la mujer, con temor al juicio valórico y al cuestionamiento del relato. Aun cuando se describe una baja proporción de objetores de conciencia, hay instancias donde objetores en el sector público no lo son en el sector privado. El equipo de acompañamiento psicosocial es suplido por psicóloga/o, con costo económico a la mujer. Hay dificultades para implementar la cadena de custodia, acceder a mifepristona y falta de fiscalización por el Ministerio de Salud.

CONCLUSIONES

Las barreras observadas explicarían el menor número de casos que los proyectados, obstaculizando total o parcialmente la autonomía y el ejercicio del derecho de la mujer para decidiry acceder a las prestaciones de manera segura y legal. Debemos promover las buenas prácticas de atención, incorporando la perspectiva de género y derechos en la capacitación de los equipos y en la formación de futuros profesionales. Debe existir un monitoreo eficaz y permanente del Estado en la implementación de esta política pública.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE DE LAS BARRERAS OBSERVADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES EN CHILE (FONDECYT 1200374)

Montero A1, Ramírez – Pereira M2, Robledo P3, Vivaldi L4.

1. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, Universidad de Chile; 2. Departamento de Enfermería, Universidad de Chile; 3. Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil, Hospital La Florida; 4. Departamento Ciencias del Derecho, Universidad Alberto Hurtado.

INTRODUCCIÓN

Después de 28 años de criminalización absoluta del aborto, se promulga la Ley 21.030, que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres situaciones específicas. Sin embargo, desde el primer trimestre de la implementación de esta política pública, fue posible advertir la existencia de barreras, que vulneraban los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes que se encontraban en algunas de las tres causales.

OBJETIVO

Describir las principales recomendaciones para abordar las barreras que obstaculizan la implementación y acceso eficiente a las prestaciones garantizadas en la ley 21.030, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención en las instituciones de salud públicas y privadas en Chile.

METODOLOGÍA

Diseño cualitativo, con enfoque post positivista. Se utilizó un muestreo según técnica en cadena, para incorporar informantes clave directamente vinculados/as con la IVE. Se realizó entrevista semiestructurada y análisis según Teoría Fundada. Se cumplió con los criterios de rigor metodológico de transferibilidad, dependencia, credibilidad, auditabilidad y adecuación teóricometodológica. Se contó con la aprobación de un Comité de Ética Científico acreditado.

RESULTADOS

Derivan del proyecto Fondecyt Regular 1200374. Entre enero 2021 y junio 2023 se realizaron 74 entrevistas semiestructuradas a informantes clave provenientes de 12 establecimientos de salud públicos, 5 instituciones de salud privadas y 2 instituciones de la sociedad civil. Hubo 24 funcionarios/as con cargos directivos; 21 integrantes del equipo biomédico, 20 integrantes del equipo de acompañamiento psicosocial (duplas); 5 usuarias y 4 representantes de la sociedad civil. Según profesión hubo 28 gineco obstetras;13 matronas/es; 11 psicólogos/as; 11 trabajores sociales; 2 pediatras; 2 Tens; 1 salubrista; 1 anestesista; 1 abogada; 1 profesora; 1 trabajadora casa particular; 1 dueña de casa; 1 vendedora. La mediana de edad fue 40 años (22 – 68 años); 70% fueron mujeres y 55% no reportan alguna vinculación religiosa. Las principales recomendaciones de las/los participantes fueron: Difundir la ley a la población; Capacitación transversal a integrantes de los equipos de salud, que directa o indirectamente participen en la IVE, abordando temas como interculturalidad, estigma, objeción de conciencia, duelo gestacional, violencia de género; Ampliar el horario laboral de la dupla de acompañamiento psicosocial y facilitar la implementación de este acompañamiento en el sector privado sin costo para la mujer; Promover el autocuidado de la dupla; Mejorar la infraestructura, garantizando la privacidad durante el acompañamiento y hospitalización, evitando contacto con embarazadas y personas recién nacidas; Promover una atención empática y sin prejuicios, que respete la autonomía y autodeterminación de la mujer; Trabajar coordinadamente entre los 3 niveles de atención; Revisar y replantear la objeción de conciencia individual e institucional; Realizar diagnóstico temprano en causal 2, mejorando recursos humanos y tecnológicos; Implementar laboratorios de

citogenética y telemedicina en hospitales públicos; Acceso transversal a mifepristona y AMEU; Formación profesional con perspectiva de género y derechos; Evaluación local de la implementación de la ley y monitoreo permanente por la autoridad sanitaria; Avanzar hacia IVE sin causales.

CONCLUSIONES

Las recomendaciones están orientadas a solucionar las múltiples barreras observadas en la implementación de la ley IVE, como una forma de garantizar un acceso equitativo a las prestaciones establecidas en la norma legal para las mujeres del sector público y privado.

LEY 21.371, DE ACOMPAÑAMIENTO EN CASO DE PÉRDIDA GESTACIONAL O PERINATAL: OPINIÓN DE PROFESIONALES DE MATRONERÍA.

Olivares-Hurtado L.1,2, Arancibia J.1, Donoso D.1, Guerra J.1, Jeria A.1, León M.1, López L.1, Iturrieta-Guaita N1,2

1. Escuela de Obstetricia y Puericultura - Campus San Felipe Universidad de Valparaíso.
2. Centro Interdisciplinario de Investigación en Salud Territorial (CIISTe) - Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

La ley 21.371 conocida como ' Ley Dominga' (2021), tiene como objetivo establecer un manejo estándar tanto clínico como de acompañamiento a las familias que hayan sido afectadas por una pérdida gestacional o perinatal en los servicios de atención clínica del país. Pese a la incidencia no muy alta de muertes perinatales, su manejo requiere un cuidado particular, debido al impacto emocional para las personas involucradas en el proceso. Por tanto, el objetivo de esta investigación es describir la percepción de los profesionales de matronería de la Región de Valparaíso acerca de esta nueva ley.

MÉTODOS

Investigación con enfoque cualitativo. Recolección de datos a través de entrevistas semiestructuradas aplicadas de manera presencial y/o remota, a 10 matrones (as) de los Servicios de Neonatología y Gineco-obstetricia de centros hospitalarios de alta y mediana complejidad, que se hayan enfrentado a situaciones de duelo perinatal, de la Región de Valparaíso. Los datos fueron transcritos textualmente y codificados por miembros del equipo. Para el análisis se utilizó la técnica de análisis temático y de contenido.

RESULTADOS

El promedio de edad de los profesionales participantes fue de 32 años. Dentro de los temas destacados se encuentran, el que existen diferencias en el conocimiento de la existencia de protocolo de duelo en profesionales de un mismo centro de salud. Reconocen que es esencial el contar con apoyo psicológico, tanto para quienes viven el proceso de atención de duelo perinatal o gestacional como para los profesionales involucrados, por ejemplo, acceder a asistencia telefónica 24/7. Por otro lado, existen diferencias en cuanto a infraestructura en hospitales de mayor y menor complejidad para la implementación de la ley.

CONCLUSIONES

El acompañamiento inadecuado o insuficiente del duelo gestacional y/o perinatal puede ser una fuente de estrés significativo para los padres, la familia y los equipos de salud. Por lo que contar con información local que refleje las realidades de los servicios de salud de la región contribuirá al proceso de implementación que se está llevando a cabo con esta nueva ley para todos los actores involucrados.

GINECOLOGÍA GENERAL

SANGRADO UTERINO ANORMAL EN POBLACION TRANSGENERO: REPORTE DE UN CASO

Barros J, Cayazzo MD
Unidad de ginecología Obstetricia. Centro Médico SANASALUD, Santiago

INTRODUCCIÓN

En la población transgénero (trans) masculino se espera que entre los 6 y 12 meses de inicio de tratamiento hormonal se consiga la amenorrea. Se define como sangrado uterino anormal (SUA) en este grupo de pacientes aquel que se persiste o debuta luego de 6-12 meses con niveles hormonales diana logrados y adecuada adherencia a tratamiento (estradiol menor a 30, testosterona entre 400 y 700 ng/dL y LH y FSH suprimidas). El estudio de sus causas es fundamental ya que la evidencia avala que la patología (estructural o no estructural) se presentaría en proporción similar a su contraparte cisgénero (personas que su género concuerda con aquel asignado al nacer). Cabe mencionar que no existe evidencia de aumento de riesgo de malignidad endometrial por uso de testosterona.

CASO CLÍNICO

Paciente transgénero masculino de 27 años con ciclos regulares previos al inicio de tratamiento hormonal cruzado, con imágenes al inicio de tratamiento sin hallazgos. Logra amenorrea a los 6 meses de tratamiento e inicia dolores pélvicos 3 meses después de este hito. Seis meses después se suma SUA a pesar de niveles hormonales en rango terapéutico. Se solicita ecografía ginecológica, que se realiza vía vaginal en la que se evidencia endometrio de 9mm tipo II y hacia OCI imagen heterogénea de 57 x 40 mm, impresiona pediculado (Obs. pólipo endometrial). Se completa estudio con histerosonografía que evidencia Imagen nodular de 84 x 44 x 72mm con endometrio homogéneo limites regulares en bicapa de 1 +1mm. Luego de discutir riesgos v/s beneficios en conjunto, vías de abordaje y opciones de resolución quirúrgica, paciente decide realizar Histerectomía laparoscópica.

DISCUSIÓN

En personas que desean inicio de transición hormonal es fundamental el estudio imagenológico y de laboratorio previo para descartar patologías orgánicas y/o funcionales ya que las etiologías asociadas a SUA se presentan en la misma proporción a la población cis y estas podrían influenciar en conseguir el objetivo de la amenorrea. Dadas las condiciones particulares de la atención en la población trans muchas veces el diagnóstico es tardío. Es fundamental discutir las vías de abordaje del estudio ya que la ecografía transvaginal es motivo de disforia, la cual puede ser manejada con adecuada consejería y premedicación. Además, es importante la discusión de los diferentes tipos de resolución en caso de patología orgánica y de lo que implica (capacidad de gestar, riesgo de recidiva, riesgos asociados al procedimiento, etc) dado que, no todos los pacientes trans desean histerectomía.

LESIÓN VULVAR COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA: REPORTE DE CASO

Carvajal S. (1) Del Valle C. (1) Herrera E. (1) Valencia K. (1) Morales P. (2) Rivas M. (3)

1. Interno/as de Medicina, Universidad de Valparaíso - Campus San Felipe
2. Ginecólogo, Hospital San Camilo, San Felipe
3. Cirujano General, Becado de Mastología, USS-FALP

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de paget extramamaria (EPEM) es una forma rara de adenocarcinoma intraepitelial que generalmente se desarrolla en áreas que contienen glándulas apocrinas como la vulva, escroto y pene. La afectación vulvar representa 1-10% de todos los casos. Clínicamente se caracteriza por un eccema mal definido y prurito intenso, síntoma presente en varios diagnósticos diferenciales dermatológicos e infecciosos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 80 años, autovalente, con antecedentes de linfoma no hodgkin tratado y usuaria de marcapaso. Sin uso de terapia reemplazo hormonal. Derivada desde atención primaria por prurito en zona vulvar persistente pese a tratamiento médico, que se exacerba y aumenta de intensidad en los últimos 3 meses. Sin otros síntomas asociados. Al examen físico se observa placa eritematosa-blanquecina ulcerada en labio mayor derecho. Se realiza biopsia con biotomo, la cual informa epidermis vulvar infiltrada por neoplasia maligna compatible con EPEM. A la tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, colonoscopía, mamografía y ecotomografía mamaria, sin evidencias de diseminación. Se presenta a comité oncológico para decidir manejo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Aunque la EPEM es una enfermedad maligna rara, su amplia gama de diagnósticos diferenciales requieren de una sospecha clínica alta, especialmente frente a lesiones y síntomas persistentes que no responden a tratamiento médico convencional. Debido a su infrecuencia, el tratamiento no está estandarizado, por lo que el manejo debe ser individualizado de acuerdo a la situación clínica de cada paciente.

REFERENCIAS

1. Scarbrough, C. A., Vrable, A., & Carr, D. R. (2019). Definition, Association with Malignancy, Biologic Behavior, and Treatment of Ectopic Extramammary Paget's Disease: A Review of the Literature. The Journal of clinical and aesthetic dermatology, 12(8), 40–44.

2. Ogueta Isabel, Hermosilla Nicolás, Muñoz Daniel, Gonzalez Sergio. Enfermedad de Paget extramamaria de la vulva: a propósito de un caso clínico. Rev. Chil. Obstet. Ginecol; 82(6): 633-638.

CANCER DE VULVA. RECONSTRUCION VULVO PERINEAL CON COLGAJOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Cervantes P. (1), Poque K. (2), Borchert R. (2), Cortes B. (3), Santander M.(3)

1.Ginecólogo Oncólogo del Hospital Regional Copiapó.
2.Ginecólogo General del Hospital Regional Copiapó.
3.Matrona de la Unidad de Ginecología Oncológica.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vulva es una neoplasia maligna, poco frecuente, que representa 1 a 5% de todos los cánceres ginecológicos. El defecto de cobertura que provoca el tratamiento quirúrgico de la patología premaligna o maligna de la vulva resulta un desafío al momento de su reconstrucción que en ocasiones no pueden resolverse con un cierre primario. Cabe agregar el efecto psicológico que conlleva un mal resultado funcional y estético de la región vulvoperineal. Dentro del arsenal para la reconstrucción disponemos diferentes tipos de colgajos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 67 años, multípara de 2 partos vaginales y 1 cesárea, menopausia a los 53 años, ultimo papanicolaou un año antes de su diagnóstico normal, con antecedentes de Hipertensión arterial, tabaquismo desde los 32 años 5 al día, consulta por prurito vulvar de un año de evolución, al examen físico presenta lesión verrugosa de color de predominio negro en tercio inferior de vulva, ovalada de bordes irregulares de más o menos 4 cms que compromete porción inferior de labio mayor derecho hacia vestíbulo con lesión ulcerada de más o menos 2 cms, borde superior de ano y porción inferior de labio mayor izquierdo, sin lesiones en canal vaginal y cérvix. Se toma biopsia que informa carcinoma escamoso in situ con invasión inicial por carcinoma escamoso moderadamente diferenciado G1-2 de borders. Estudio de diseminación informa sin sospecha de metástasis.

Se realiza cirugía Hemivulvectomia posterior con reparación de colgajos V-Y bilateral, con reconstrucción de esfínter anal externo y linfadenectomía inguinal bilateral. La biopsia definitiva informa carcinoma escamoso invasor moderadamente diferenciado queratinizante asociado a VPH infiltrante desarrollado sobre VIN III. Tamaño del tumor: 1,6 x 0,9 cm de superficie y 0,6 cms de invasión estromal. Bordes quirúrgicos alejados del componente infiltrante: Lateral a 1,3 cms, Opuesto al lateral 2,1 cms, superior 1,8 cm, inferior 2.7 cm y profundo a 1 cm. Invasión linfovascular negativa. Ganglios inguinales derechos 4 e izquierdos 4, todos negativos.

DISCUSIÓN

El tratamiento del cáncer de vulva generalmente implica cirugía para extirpar el cáncer y una pequeña cantidad de tejido sano circundante. Posterior a la cirugía la paciente fue presentada a comité gineco - oncológico de la zona norte quedando con diagnóstico de Cáncer de Vulva Figo IB escamoso y seguimiento cada 3 o 4 meses.

CONCLUSIÓN

Con diagnósticos tempranos menos probable es que se necesite una cirugía extensa para el tratamiento. Nuevas técnicas de reconstrucción plástica proporcionan márgenes negativos con más seguridad, menor tasa de complicaciones, inicio temprano del tratamiento coadyuvante; y excelentes resultados cosméticos, con menor morbilidad funcional, psicológica y sexual.

TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO (SACO VITELINO) EN ADOLESCENTE. A PROPOSITO DE UN CASO.

Vargas C. (1), Cervantes P. (2), Poque K. (2), Cortes B. (3). Pizarro E. (3).

1) Ginecóloga General del Hospital Regional Copiapó.
2) Ginecólogo Oncólogo del Hospital Regional Copiapó.
3) Matrona de la Unidad de Ginecología Oncológica.

INTRODUCCIÓN

El tumor de seno endodérmico es una neoplasia ovárica maligna muy infrecuente (<1:10.000 mujeres) con pocas publicaciones a nivel nacional. Se presenta principalmente en adolescentes y se caracteriza por una masa de crecimiento rápido asociado a dolor abdominal. Su pesquisa se realiza mediante la clínica, exámenes de imágenes y marcadores tumorales, donde suelen elevar los valores plasmáticos de la alfafetoproteína (AFP). El diagnóstico es histológico y se debe considerar el deseo de fertilidad en su planificación quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años, nuligesta, con antecedente de Epilepsia y discapacidad intelectual moderada, consulta por dolor abdominal asociado a tumor abdominal. Al examen físico se describe un tumor abdómino pélvico moderadamente fijo, de superficie regular, de difícil evaluación por resistencia abdominal asociada al dolor a la palpación. Se realiza ecografía abdominal que muestra lesión sólido-quística ocupando toda la cavidad, con al menos 14 lóculos de contenido mixto. En su interior cuatro proyecciones papilares, la mayor de 9.7 x 7 x 7 mm de diámetros, con escaso flujo al Doppler color que en su totalidad mide 195 x 90 x 173 mm. Riesgo de malignidad según ADNEX: 63% (Ca. 125: 143 U/ml). Se solicitan marcadores tumorales: Antígeno carcinoembrionario: 2,75 ng/mL; AFP: 520 ng/ml; Gonadotrofina coriónica: < 2,39; y Scanner de tórax, abdomen y pelvis: lesión quística compleja derecha de 37 x 20 mm y voluminosa masa quística compleja izquierda de aspecto neoplásico de 169 x 96 x 217 mm con adenopatías metastásicas retroperitoneales paraaórticas izquierdas de 23 x 20 mm y 22 x 15 mm y signos sugerentes de carcinomatosis peritoneal. Se realiza cirugía de citorreducción: tumorectomía con biopsia intraoperatoria: positivo para malignidad, tumor maligno extensamente necrótico con cápsula rota. Se realiza resección de implantes peritoneales, citología de líquido peritoneal, omentectomía y linfadenectomía selectiva paraaórtica con masa residual cero, conservación de útero y anexo izquierdo.
La biopsia diferida informa: Tumor ovárico: Aspecto germinal mixto, tumor saco vitelino (99%) y teratoma (1%). Invasión linfovascular positiva. Infiltración por tumor maligno pobremente diferenciado en: placas peritoneales, nódulos linfáticos y epiplón. Con diagnóstico de Cáncer de ovario estadío Figo IIIC. Tumor de saco vitelino.

DISCUSIÓN

El tumor del seno endodérmico es uno de los tumores de células germinales con diseminación más agresiva. En el caso presentado, la paciente consulta a urgencias por dolor abdominal y masa palpable de gran tamaño, la que ya se encontraba diseminada imposibilitando el diagnóstico y manejo precoz del cáncer, aunque permitiendo aun la conservación del útero y ovario contralateral adaptados a los deseos de la paciente y su pronóstico.

CONCLUSIÓN

Entre los estadios de presentación más frecuentes se encuentran el I (55 %), seguido del III (25-30 %). La

supervivencia es inversamente proporcional al estadío, es fundamental el diagnóstico y manejo precoz, dejando claras los deseos de la paciente de fertilidad y las expectativas en cuanto a lo plausible de ésta, que suelen ser favorables.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y CÁNCER DE ENDOMETRIO. UNA REALIDAD EN NUESTRA REGIÓN. 3ERA REGIÓN DE CHILE (ATACAMA)

Cervantes P. (1), Poque K. (2), Borchert R. (2), Cortes B. (3), Santander M.(3) , Alaniz E. (4), Donoso A. (4)

1. Ginecólogo Oncólogo del Hospital Regional Copiapó.
2. Ginecólogo General del Hospital Regional Copiapó.
3. Matrona de la Unidad de Ginecología Oncológica.
4. Estudiantes de internado de medicina de la Universidad de Atacama

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es el 6to cáncer más común en mujeres en todo el mundo y la neoplasia maligna ginecológica más común en el mundo desarrollado. Uno de los principales factores de riesgos relacionados es el sobrepeso y la obesidad. El objetivo de este estudio es correlacionar los datos de las pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio y su índice de masa corporal. Sabiendo que en nuestra región según los datos del Instituto de salud pública tenemos una prevalencia de un 35.33 % de obesidad en nuestra población.

MÉTODO

Revisión retrospectiva con análisis de base de datos estadísticos utilizando: registros clínicos, protocolos, biopsias y registros del comité ginecológico-oncológico de pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio entre noviembre de 2020 y julio 2023. Se utilizo el índice de masa corporal (IMC) según la organización mundial de la salud (OMS), < 25 como peso normal, >25 y <30 como sobrepeso, > 30 y < 35 kg/m2 como obesidad y > 35 kg/m2 obesidad grave.

RESULTADOS

De 225 paciente presentados a comité de ginecología oncología con diferentes canceres ginecológicos entre nov del 2020 y junio 2023. 41 fueron cáncer de endometrio 37 con reciente diagnóstico, con una edad promedio 65 años: 13,5% (5) <25, 8 % (3) >25 y <30, 27% (10) > 30 y < 35; 51% (19) >35. 86,5 % (32) pacientes con histología endometrioide, 3 serosos y 1 de células claras.

CONCLUSIÓN

Al igual que en la literatura internacional, demostramos que el 86 % de los canceres de endometrio en nuestra región se presentan en pacientes con algún grado de sobrepeso y obesidad. El tipo histológico más frecuente fue el endometrioide, histología directamente relacionada con estimulo hormonal generado por el tejido adiposo.

ANTECEDENTE DE TAMIZAJE EN MUJERES CON DX DE CAU EN LA REGIÓN DE ATACAMA.

Cervantes P. (1), Poque K. (2), Borchert R. (2), Cortes B. (3), Santander M.(3) , González F.(4), Bazignan I. (4).

1. Ginecólogo Oncólogo del Hospital Regional Copiapó.
2. Ginecólogo General del Hospital Regional Copiapó.
3. Matrona de la Unidad de Ginecología Oncológica.
4. Estudiantes de internado de medicina de la Universidad de Atacama.

INTRODUCCIÓN

La metodología para tamizaje de cáncer cérvico uterino más utilizada a nivel mundial es la prueba de Papanicolaou (PAP), la cual consiste en una citología exfoliativa del cérvix. Chile tiene un programa de tamizaje organizado para cáncer cervicouterino, pero no ha alcanzado el porcentaje de cobertura objetivo, que corresponde a un 80%.

MÉTODO

Revisión retrospectiva con análisis de base de datos estadísticos utilizando: registros clínicos, protocolos, biopsias y registros del comité ginecológico-oncológico de pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix desde noviembre del 2020 a julio 2023.

RESULTADOS

Se encontraron 89 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, 21 (23.6%) sin PAP previo, 42 (47 %) sin PAP vigente (atrasado), 26 (29%) con PAP vigente y de estos 16 PAP vigente positivo, 10 PAP vigente negativo.

CONCLUSIONES

76 % de los pactes diagnosticados con cáncer cervicouterino en la región atacama no tenían un PAP al día o nunca se lo realizaron, además el 38 % de los pactes diagnosticados tenían un falso negativo.

Ante este resultado es de vital importancia implementar un nuevo examen de screening para el diagnóstico temprano de la enfermedad. Además de concientizar tanto al personal de salud como a la comunidad de estos resultados.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO REMOTO Y ASINCRÓNICO EN LAPAROSCOPÍA BÁSICA DE RESIDENTES DE GINECOLOGÍA

Cruz. E.1, Figueroa. U.1, Selman. R.1, Miguieles. M.1, Jarry. C.1, Poblete. J.2, Zamboni. M.2,Varas. J.1

1. Centro de Simulación y Cirugía Experimental UC.
2. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El entrenamiento con simulación es un método válido para adquirir habilidades laparoscópicas en ginecología. Sin embargo, la disponibilidad limitada de instructores dificulta la retroalimentación cara a cara y la interacción profesor-alumno. Debido a esto, han emergido plataformas que permiten retroalimentación remota y asincrónica. El objetivo de este estudio era validar la implementación de un curso básico de laparoscopia para ginecólogos mediante la retroalimentación remota y asincrónica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasiexperimental de retroalimentación presencial versus grupo intervenido entrenado a distancia. El curso de laparoscopía básica incluye una serie de videos docentes y 11 ejercicios progresivos en modelo simulado. Se registra inicialmente el tiempo de una pre-evaluación de cada ejercicio para proceder a entrenar con feedback por profesores expertos hasta realizar una evaluación final. Se incluyeron residentes de ginecología de El Salvador que requieren capacitarse en laparoscopía básica. El grupo intervenido, se entrenó utilizando la plataforma ' CIDO1 LAPP' , plataforma que permite la visualización de videos tutoriales, la video-grabación de los alumnos y recibir inputs de una red docente formada en el curso y en feedback para mejorar su desempeño. El grupo control, conformado por residentes Chilenos, realizó el curso de laparoscopía básica recibiendo retroalimentación presencial por el mismo grupo docente. Se registraron los tiempos basales de pre-evaluación y de evaluación final en cada ejercicio, se calculó la reducción de tiempo de cada ejercicio para posteriormente comparar y analizar entre ambos grupos utilizando estadística no paramétrica.

RESULTADOS

10 residentes se formaron a través del CIDO1 LAPP, y 13 residentes completaron el curso presencial. Todos los participantes aprobaron el curso. El rendimiento del grupo LAPP demostró una reducción de tiempo comparable al grupo presencial, sin encontrar diferencias significativas.

CONCLUSIÓN

La formación en simulación laparoscópica para residentes de ginecología utilizando una plataforma de feedback digital a distancia se ha validado como un método eficaz comparable a la presencial. La implementación de la retroalimentación a distancia por ' CIDO1 LAPP' demostró un rendimiento comparable en la reducción del tiempo de los ejercicios, apoyando su viabilidad y eficacia. Se concluye que la formación en simulación laparoscópica a distancia con feedback remoto y asincrónico resulta comparable a la enseñanza presencial tradicional, permitiendo una mayor implementación y accesibilidad a la formación en habilidades laparoscópicas básicas.

MANEJO DE TUMOR OVÁRICO DE GRAN TAMAÑO, EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Rivera CI, Espinoza P2, Pomés CI, Celle CI, Zamboni MI

1 Cirugía Mínimamente Invasiva, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2 Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

En la vida, una de cada diez mujeres presentará un tumor ovárico, siendo la mayoría de carácter benigno. Para diferenciar entre un tumor benigno o maligno y así orientar al tratamiento adecuado, hay que tener en cuenta las características de la paciente, edad, síntomas, hallazgos en el examen físico, el estudio imagenológico y los niveles de marcadores séricos. El O-RADS es un sistema de clasificación que engloba todas las categorías de riesgo, entregando recomendaciones de manejo para cada categoría. Dentro de los factores que determinan el manejo, está el tamaño. Es limitada la bibliografía respecto a la forma de abordaje de los tumores mayores o iguales ( ) a 10 cm.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de tumor ovárico operadas en la unidad de Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad Católica y de la Clínica San Carlos de Apoquindo, desde el año 2016 al año 2022. Se construyó una base de datos que incluyó variables como edad de la paciente, fórmula obstétrica, fecha de última regla (FUR), motivo de consulta, características del tumor en el estudio con imágenes, valor de los marcadores tumorales, protocolo quirúrgico, tamaño del tumor anexial, histología (tanto biopsia rápida como diferida) y complicaciones intra o post operatorias. Finalmente se realizó una revisión de la literatura disponible en base de datos PubMed, Cochrane y Epistemónikos.

RESULTADOS

Tras excluir las patologías extra ováricas, se identificaron 774 pacientes operadas con diagnóstico de tumor ovárico. En 146 (18,9%) se evidenció un tumor ovárico a 10 cm. De éstas, 85 (58,2%) se encontraban en edad fértil y 61 (41,8%) eran postmenopáusicas. 54,1% consultaron por dolor abdominal y 37% por hallazgo en imágenes, asintomáticas. Dentro del estudio preoperatorio, en 17,1% se evidencia elevación de Ca 125. En 87 (59,6%) pacientes se prefirió realizar una laparotomía, mientras que en 56 (38,4%) de éstas, se abordó por laparoscopía. En 16 (11%) hubo rotura de la cápsula del tumor ovárico, de las cuales fueron 6 realizadas por laparotomía y 10 por laparoscopía. En los resultados anatomo-patológico, resultó benigno un 71.9%, maligno en 13.1% y borderline en un 15%. Por último, se presentaron complicaciones en 10 (6,2%) pacientes, 8 fueron por laparotomía y 1 por laparoscopia.

CONCLUSIÓN

El tumor ovárico es una de las patologías ginecológicas más frecuentes. El riesgo global de malignidad es bajo, por lo que en la mayoría de los casos va a ser posible ofrecerles una cirugía conservadora. Hoy en día el tamaño de un tumor ovárico ha dejado de ser una limitante para la cirugía laparoscópica, que además de demostrar más beneficios, la tasa de complicaciones por esta vía es significativamente menor al compararla con una laparotomía. Para conclusiones definitivas, es necesario realizar mayores estudios, y así poder crear un protocolo de manejo único que establezca la técnica laparoscópica más adecuada a utilizar al momento de enfrentarnos a un tumor ovárico de gran tamaño.

PERFIL DE LA PACIENTE MENOR DE 25 AÑOS CON ENDOMETRIOSIS: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE DE LOS ULTIMOS 7 AÑOS

Rivera CI, Zamboni MI, Pomés CI, Espinoza P2, Celle CI

1 irugía Mínimamente Invasiva, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2 Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad que se caracteriza por la proliferación de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina. Su prevalencia en adolescentes que consultan por dolor pélvico crónico es de un 25-49%, y hasta un 50-75% no responde a tratamiento médico o se somete a laparoscopía. Existe un retraso en su diagnóstico de 4 a 11 años, generando importantes consecuencias en calidad de vida y fertilidad futura. El objetivo de este trabajo es describir el perfil y manejo de adolescentes con sospecha de endometriosis del Hospital Clínico de la Universidad Católica.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes menores de 25 años operadas entre 2015 a 2022, en la unidad de Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad Católica, por sospecha o hallazgo intraoperatorio de endometriosis. Se construyó una base de datos que incluyó datos sociodemográficos, clínicos, imagenológicos y operatorios. Finalmente se realizó una revisión de la literatura en base de datos Pubmed, Cochrane y Epistemónikos.

RESULTADOS

Se identificaron 41 pacientes operadas por sospecha o hallazgo intraoperatorio de endometriosis. Edad promedio diagnóstico fue 22 años, y el promedio al inicio de los síntomas fue 20 (rango: 13-24). Consultaron al menos una vez 68.18%. El principal motivo de consulta fue dismenorrea (43.9%). El 100% era nuligesta. Presentaban dismenorrea 75.6%, disquexia 24.3% y dispareunia profunda 26.8%. A 59.52% se solicitó Ecografía Transvaginal, 69% Resonancia Magnética de pelvis. Un 53.6% recibió tratamiento médico previo a cirugía: 27,7% antiinflamatorio, 72.2% ACO combinado y 4.5% con ambas. La sospecha de endometriosis previo a cirugía fue 75.6 %. El hallazgo intraoperatorio más común fue endometriosis peritoneal en 75.6%, 43.9% se encontró endometriosis profunda. En 36 pacientes la indicación postoperatoria de tratamiento incluyó anticoncepción (87.8%). Se tomó biopsia en un 87.8%, evidenciándose endometriosis en 85.3%.

CONCLUSIÓN

La práctica común en el manejo de la endometriosis determina un retraso prolongado entre inicio de síntomas y diagnóstico pues requiere de la confirmación diagnóstica por laparoscopia para iniciar tratamiento. La ACOG y otras sociedades internacionales respaldan iniciar tratamiento empírico precoz. Esto fue aplicado por nuestro centro, en donde se observa que la mayoría de las pacientes recibió tratamiento con Antiinflamatorios y/o ACO prequirúrgico, sin embargo, en ninguno de ellos se consigna que hubiese respuesta terapéutica. Por ende, se puede inferir que en dichos casos la cirugía se fundamentó en fracaso del tratamiento médico. El 68.18% de las pacientes tuvo al menos una consulta previa al diagnóstico y hasta un 4.5% de éstas, hasta 4. Cabe destacar la importancia del diagnóstico precoz y la derivación oportuna, para optimizar los tiempos, el uso de recursos y evitar la progresión de la enfermedad. Nuestro manejo se aproxima bastante a las recomendaciones internacionales, sin embargo, sería recomendable establecer un algoritmo nacional de manejo para nuestra población.

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO COMBINADO CON ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA EN UN EMBARAZO DE 13 SEMANAS CON IMPLANTACIÓN ECTÓPICA TIPO II EN LA CICATRIZ DE CESÁREA, CON EL OBJETIVO DE INTERRUMPIR EL EMBARAZO Y PRESERVAR EL ÚTERO.

Pinto L, Raúl. Veloso M, Daniel. Herrera V, Andrés. Jatip A, Omar. Rojas L, Alejandro.
Hospital San Pablo de Coquimbo.

La implantación de un embarazo en la cicatriz de cesárea (CSEP) es una condición poco frecuente, cuyo diagnóstico se ha incrementado en la última década debido a un aumento de partos por cesárea, el mayor uso de la ecotomografía en el diagnóstico precoz del embarazo y un mejor entrenamiento de los equipos de salud. Vial Y y col. (2000) describen dos tipos de CSEP, Tipo I, donde el saco gestacional se implanta en la cicatriz, con crecimiento del embarazo en el espacio cérvico ístmico y hacia la cavidad uterina, Tipo II, la implantación en la cicatriz crece profundamente hacia fuera de la cavidad, cumpliendo los siguientes criterios ecotomográficos: (i), el trofoblasto debe estar principalmente localizado entre la vejiga y la pared anterior del útero, (ii) no debe haber partes fetales visibles en la cavidad uterina y (iii), en un corte sagital del útero, pasando por el saco amniótico, se debe identificar una pérdida de continuidad en la pared anterior del útero.
Una vez que el diagnóstico de CSEP implantado profundamente en la cicatriz, el tratamiento expectante no es recomendado por la mayoría de las publicaciones. Para interrumpir el embarazo se han descrito tratamientos médico, quirúrgico o una combinación de ellos. Huan-Ying Wang y col. (2013) publicaron una serie exitosa de 11 casos tratados con laparoscopía combinada con manejo vaginal en CSEP tipo II, logrando preservar el útero. La edad gestacional máxima de esta serie fue de 11+1 semanas de gestación. No encontramos en la literatura tratamientos exitosos que lograran la interrupción del embarazo y la preservación del útero con gestaciones mayores o iguales a 12 semanas con CSEP tipo II.

Presentamos el caso de M.N.H, paciente de 32 años, G1P1, con una cicatriz de cesárea, que se diagnosticó con CSEP tipo II a las 12 semanas de gestación. (fig. 1 y 2). Después de una minuciosa consejería con un equipo multidisciplinario se acordó con la pareja interrumpir el embarazo e intentar preservar el útero y la fertilidad.

A las 13 semanas, bajo anestesia general y visión ecotomográfica, se realizó por vía abdominal la punción del corazón fetal donde se instilaron 8 mEq de cloruro de potasio, observando el cese inmediato de la actividad cardíaca fetal. En el mismo procedimiento se realizó amniodrenaje de 25 ml de líquido amniótico, que se repuso con igual volumen de Metotrexato, 25 mg.

Se planificó la resolución quirúrgica para 10 días después. Antes del procedimiento se administraron 400 mg. de misoprostol vaginal. Por videolaparoscopía se observó un abultamiento bajo la serosa del útero a nivel del fondo de saco vesicouterino.

Con coagulación bipolar se sellaron ambas arterias uterinas.(fig 3 y 4) A continuación, por vía vaginal con AMEU y acompañamiento ecográfico abdominal, se realizaron aspiraciones sucesivas del contenido donde se identificó restos ovulares y fetales. Por laparoscopía se abrió el defecto uterino, aspirado y resección de su contenido, ligadura bipolar de los bordes sangrantes, resección del torfoblasto y sutura endoscópica. (fig 5 y 6).
Después de 4 meses de seguimiento, la paciente se encuentra con ciclos regularares por uso de anticonceptivos combinados, persistiendo con un istmocele significativo. (fig 7 y 8).

HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPÍA EN CANCER CERVICOUTERINO EN ETAPAS PRECOCES

Montecinos S., Bravo E., Cartagena J., Núñez F., Urbina C., Sagredo M.
Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Gustavo Fricke Viña del Mar

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino sigue siendo una importante causa de muerte en mujeres y su tratamiento quirúrgico estándar en etapas precoces es la Histerectomía Radical con linfadenectomía pélvica sistemática o Radioterapia con igual resultado oncológico, existiendo diferentes vías de abordaje dependiendo de la experiencia del equipo quirúrgico. El presente comunicado describe la experiencia de un equipo en histerectomía radical por vía vaginal asistida por laparoscopía en cáncer cervicouterino en etapa precoz en el hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde abril de 2008 hasta noviembre de 2018 se reclutaron pacientes con cáncer cervicouterino en etapa precoz (FIGO IA2, IB1 y IIA1) para realizarse Histerectomía Radical Vaginal asistida por Videolaparoscopía con linfadenectomía pelviana sistemática laparoscópica, en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, Chile. El diagnóstico fue realizado en la Unidad de Patología Cervical y se efectuó evaluación clínica en el Comité de Ginecología oncológico institucional. En todas las pacientes se realizó Tomografía Axial Computarizada y la cirugía se planificó según los protocolos locales, previa firma de consentimiento informado. Se realizó seguimiento de las pacientes y se analizaron factores epidemiológicos, quirúrgicos, anatomopatológicos y el pronóstico oncológico. La sobrevida libre de enfermedad se definió como el tiempo entre el fin del tratamiento y aparición de recurrencia local o metástasis. La sobrevida global fue evaluada como el tiempo entre el final de la terapia y el fallecimiento o último control.

RESULTADOS

147 histerectomías radicales vaginales asistidas se realizaron en el período descrito. La edad promedio fue de 44 años. El tipo histológico es 69,2% Carcinoma Escamoso y el 27,7% fueron adenocarcinomas. El estadio fue IB1 en el 91,8%. La terapia coadyudante (Radioquimioterapia) fue necesaria en 42 pacientes (28,5%). Los días de estadía en promedio fueron 3,5. Un 0,6% requirió de transfusión sanguínea (una paciente). Hubo un 14,6% de complicaciones (14 intraoperatorias y 9 postoperatorias). 31 pacientes (19.5%) presentaban un tamaño tumoral de 2 o más cm. El compromiso ganglionar se evidenció en un 16,4% (31 pacientes). Hubo un total de 12 recurrencias (7.6%) y 8 muertes (5.06%). La sobrevida global a 5 años fue de un 95% y la sobrevida libre de enfermedad a 5 años es un 91%.

CONCLUSIÓN

La histerectomía Radical Vaginal asistida es una buena alternativa para el tratamiento quirúrgico del cáncer cervicouterino en etapas precoces.

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE SÍNDROME ADHERENCIAL PÉLVICO MEDIANTE ULTRASONIDO TRANSVAGINAL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Morales, C.1; Crovo, E1; Morales,S 2; Hinojosa, C.2; Borquez, V.2

(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios.
(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Las adherencias pélvicas son una causa frecuente de dolor pélvico e infertilidad. Pueden afectar tanto la región anexial como al útero, generando eventualmente obliteración del fondo de saco de Douglas. Las adherencias son un factor a considerar en la planificación de cirugías.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo para evaluar la precisión diagnóstica de la ecografía en identificar adherencias pélvicas. Se incluyó pacientes que fueron sometidas a una cirugía laparoscópica (LPC) por causa benigna entre Diciembre 2021 y Diciembre 2022 en el Hospital San Juan de Dios, a las cuales se les realizó una ecografía transvaginal en los 30 días previos a la cirugía en la que se evaluó la movilidad uterina, movilidad ovárica y la presencia de adherencias laxas. Durante la cirugía, se le pidió al cirujano que describiera los hallazgos intraoperatorios para su posterior comparación.

RESULTADOS

Durante el periodo descrito, se sometieron a LPC 250 pacientes, de las cuales 202 cumplieron los criterios de inclusión. El promedio de edad fue 36 años (rango 20 a 80 años); el 87% (n=176) eran multíparas; un 24% (n=49) refería dolor pélvico crónico; un 10% (n=20) refería historia de infertilidad y un 11% (n=22) endometriosis previa a la cirugía. Un 46% (n=94) presentaba laparotomías (LPT) previas y 10% (n=20) LPC previas. El motivo de la cirugía fue: 63% (n=127) esterilización quirúrgica, 17% (n=35) por tumor anexial, 14% (n=27) por endometriosis y 6% (n=13) por laparoscopía exploratoria. El hallazgo de obliteración de fondo de saco de Douglas fue de 8% y la ecografía logró detectarlo con una sensibilidad de 65% y especificidad de 96%, utilizando Sliding Sign, con un VPN de 97% para descartar la obliteración. Se observó adherencias ováricas en un 16%, con una sensibilidad y especificidad de 59 y 94% para detectarlas con ecografía, con VPN de 92%. La prevalencia de adherencias laxas fue 28%, con una sensibilidad de 16% y especificidad de 97% para su detección con ecografía. De las pacientes con laparotomías previas, un 38% (n=36) tenía adherencias intraabdominales, a diferencia de un 15% (n=3) de las pacientes sometidas sólo a laparoscopía previamente.

DISCUSIÓN

La evaluación ecográfica de las estructuras pélvicas no debe sólo remitirse a la descripción morfológica, si no que también debemos informar sobre su posición y movilidad. Tanto el Sliding Sign para el útero, como la evaluación de la movilidad ovárica, tienen un alto valor predictivo negativo lo que se traduce en la ausencia de adherencias de dichas estructuras. El antecedente de LPT previa aumenta en dos veces la probabilidad de presentar adherencias abdominales comparada con la LPC.

COMPARACIÓN DE DISTINTOS MODELOS DE PREDICCIÓN DE MALIGNIDAD DE LESIONES ANEXIALES.

Morales, C.1; Crovo, E1; Borquez, V. 2

(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios.
(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El ultrasonido se considera como el primer paso para la evaluación de una paciente con una lesión anexial. Ser capaces de estimar el riesgo de malignidad de dicha lesión es fundamental para decidir el adecuado manejo de la paciente y se han descrito múltiples modelos de predicción para su diagnóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron 279 tumores anexiales operados entre 2019 y 2022 en el Hospital San Juan de Dios y que tuvieran una ecografía transvaginal o transabdominal, al menos, 6 meses previos a la cirugía. De forma prospectiva se obtuvo una impresión subjetiva de la lesión y de forma retrospectiva se aplicaron los distintos modelos descritos (Simple Rules, Simple Rules Risk, ADNEX, ORADS, GI-RADS). Para Simple Rules Risk y ADNEX, se consideró una lesión maligna sobre el 10% de riesgo. Se compararon los resultados con la histología final y se calcularon los indicadores de desempeño.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes evaluadas fue de 47 años, (rango 14 a 86 años), siendo un 52,7% (n=147) premenopáusicas. La prevalencia de malignidad de las lesiones fue de un 26,5% (n=74). De las lesiones benignas, las más frecuentes fueron Cistoadenomas serosos en un 20%, teratomas en un 20% y quistes endometriósicos en un 16%. De las lesiones malignas, un 31% correspondía a lesiones tipo Borderline.

Con respecto a los distintos modelos de predicción, la evaluación subjetiva obtuvo una sensibilidad de 82% y una especificidad de 86%. Al aplicar Simple Rules, se obtuvo una sensibilidad de 75% con una especificidad de 98%, con un total de 12% (n=31) lesiones que no pudieron ser clasificadas por este modelo. Si estas lesiones no clasificables las incluimos en el grupo de malignas, la sensibilidad sube al 82% y la especificidad baja al 94%. Cuando aplicamos los modelos que entregan un porcentaje de riesgo de las lesiones anexiales, en el caso de Simple Rules Risk, se obtuvo una sensibilidad de 88% con un 78% de especificidad. Por otro lado, ADNEX obtuvo una sensibilidad de 89% y una especificidad de 76%. En los modelos que clasifican las lesiones en grupos de riesgo, se consideran malignas los grupos 4 y 5. Para ORADS, la sensibilidad fue de 88% y su especificidad de 77%. Para GI-RADS, se obtuvo una sensibilidad de 82% con una especificidad de 81%.

CONCLUSIONES

Todos los modelos estudiados tuvieron un buen desempeño para lograr identificar correctamente las lesiones malignas, destacando entre ellos la impresión subjetiva y las Simples Rules, con un buen equilibrio entre sensibilidad y especificidad. La impresión subjetiva es el Gold Estándar para evaluación de lesiones anexiales, pero requiere de operadores entrenados. El modelo SR tiene la ventaja de poder ser aplicado por operadores no expertos identificando ciertas características ecográficas que fueron definidas por el grupo IOTA. La mejor sensibilidad se obtuvo con el modelo ADNEX pero asociado a una baja especificidad lo se traduce en un aumento de falsos positivos.

RENDIMIENTO DE ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA Y DE MARCADORES TUMORALES EN EL ESTUDIO PREQUIRÚRGICO DE LESIONES ANEXIALES.

Morales, C.1; Pérez, J. 2
(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios.
(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los marcadores tumorales corresponden a proteínas que se han estudiado como apoyo diagnóstico frente a lesiones anexiales de presunto origen maligno. La más estudiada es Ca-125 que también se eleva en endometriosis, embarazo, enfermedades inflamatorias pélvicas y cáncer de origen no ginecológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 320 lesiones anexiales operadas en el Hospital San Juan de Dios entre 2019 y 2022 que tuvieran ecografía transvaginal y niveles plasmáticos de al menos un marcador tumoral en los 6 meses previos a la cirugía. El diagnóstico ecográfico se clasificó como ' benigno o maligno' mediante el uso de impresión subjetiva. Se consideró como positivo los siguientes valores en marcadores tumorales: Ca125 >200 U/ml en premenopáusicas y >35 U/ml en postmenopáusicas; Ca19-9> 37 U/ml; AFP > 10 ng/ml; CEA 5 ng/ml; LDH >220 U/L; BHCG >5 mUI/ml. Se comparó los resultados con el estudio histológico que se catalogó como benigno o maligno y se calcularon indicadores de desempeño.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes fue de 49 años, siendo 54% postmenopáusicas. La prevalencia de malignidad fue de 33%. El marcador tumoral más solicitado fue el Ca125 en 316 casos, luego CEA en 251; Ca19-9 en 167; AFP en 143; LDH en 23 y BHCG en 17. Con respecto a la evaluación subjetiva mediante ecografía, se obtuvo una sensibilidad y especificidad global de 90% y 80%, respectivamente. En el caso del Ca125, para el diagnóstico de lesiones malignas en pacientes premenopáusicas, se obtuvo una sensibilidad de 32% y especificidad de 82%; y en pacientes post menopáusicas una sensibilidad de 68% y especificidad de 75%. Para CEA, se obtuvo una sensibilidad de 70% y especificidad de 67%; y para Ca19-9, una sensibilidad de 46% y especificidad de 67%. En el caso de AFP, solamente 2 pacientes tuvieron niveles positivos y ambas resultaron corresponder a lesiones benignas. Para BHCG y LDH, 1 paciente tuvo niveles positivos y se trataba de un tumor germinal mixto. Del total de pacientes, hubo 10 falsos negativos de la ecografía sugiriendo benignidad y que finalmente resultaron lesiones malignas, y solamente 3 de esas pacientes presentaban elevación de Ca125.

DISCUSIÓN

La evaluación ecográfica mediante impresión subjetiva tiene un buen rendimiento para clasificar correctamente las lesiones anexiales. El uso de marcadores tumorales tiene bajo rendimiento, especialmente en pacientes premenopáusicas, con un elevado número de falsos positivos y negativos. El estudio mediante marcadores tumorales debiese solicitarse posterior al estudio ecográfico, frente a una duda diagnóstica o en situaciones clínicas específicas y no de rutina para todas las lesiones anexiales.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON CRITERIOS ECOGRÁFICOS DE ADENOMIOSIS: ESTUDIO PROSPECTIVO.

Morales, C.1; Crovo, E1; Joublan, P. 2; Concha, P.2; Ebner, P. 2
(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios.
(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La adenomiosis es una patología ginecológica definida por la presencia de glándulas y estroma endometriales en el miometrio. Se presenta clínicamente como sangrado uterino anormal acompañado o no de dismenorrea. Si bien el gold estándar para el diagnóstico es el estudio histológico mediante histerectomía, hay múltiples signos ecográficos que nos permiten realizar un diagnóstico prequirúrgico con un nivel adecuado de precisión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo desde diciembre de 2022 hasta junio 2023 que incluyó a pacientes que presentaron, al menos, un signo ecográfico directo o indirecto de adenomiosis durante la evaluación por ultrasonido transvaginal en la Unidad de Ecografía Ginecológica del Hospital San Juan de Dios, independiente del motivo de consulta. Se analizaron las características clínicas y demográficas de las pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron 270 pacientes siendo el promedio de edad de 45 años, (rango 26 a 84 años), siendo un 85,5% (n=230) premenopáusicas. El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio fue 31,4 kg/cm2 (rango de 18-48 kg/cm2). El 90,7% (n=244) de las pacientes presentó IMC >25 kg/cm2, y un 62% (n=167) IMC>30kg/cm2. Un 91,8% (n=247) de las pacientes eran multíparas. Con respecto a la sintomatología, un 69,8% (n=188) presentaba sangrado uterino anormal (SUA), 63,5% (n=171) dismenorrea y 26,7% (n=72) dolor pélvico crónico. De las pacientes con SUA, el 95,5% (n=180) refería mayor cuantía del sangrado menstrual, el 56,3% (n=106) refería duración del sangrado > 7 días, 11,1% (n=21) sangrado intermenstrual y 6,3% (n=12) de las pacientes tenía ciclos de <21 días. De los criterios diagnósticos evaluados, los más frecuentes fueron: miometrio heterogéneo 98,5% (n=265), estrías y líneas hiperecogénicas 79,5% (n=214), zona de unión endometrio-miometrial irregular 60,2% (n=162), quistes miometriales 55,7% (n=150) y útero globuloso 46,4% (n=125). Las características ecográficas menos frecuentes fueron: Question Mark Sign 18,2% (n=49), vascularización intralesional 19,7% (n=53) e islotes hiperecogénicos 23% (n=62). Se observó un volumen uterino promedio de 106 cc (rango 14 a 767cc), y un 58% (n=156) presentó un volumen mayor a 80cc. Se observó que un 42% (n=113) presentaba también miomas.

CONCLUSIONES

En nuestra población, las pacientes con al menos un signo ecográfico de adenomiosis se caracterizaron por ser, en su mayoría, premenopáusicas, con sobrepeso u obesidad, y presentar sangrado uterino anormal caracterizado por aumento en el flujo menstrual y en su duración. La ecografía es una herramienta ampliamente disponible y de bajo costo. Existen distintos signos ecográficos que permiten realizar una sospecha diagnóstica de adenomiosis, siendo los más frecuentemente encontrados el miometrio heterogéneo, las estrías hiperecogénicas y los quistes miometriales.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA EN EL EMBARAZO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Soto R2, Muñoz EI, Ehrmantraut VI, Carvajal J2.
Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Departamento de Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una patología frecuente durante el embarazo. En algunos casos es un desafío lograr clasificar el síndrome hipertensivo que presenta la paciente. Clásicamente se ha definido a la preeclampsia como la hipertensión de novo o que se presenta desde las 20 semanas de embarazo asociado a proteinuria. En pacientes con Hipertensión Arterial Crónica de difícil manejo es importante plantear una causa secundaria subyacente que requiera un manejo multidisciplinario. Presentamos un caso clínico de una paciente con Hipertensión secundaria a un Hiperaldosteronismo primario que desarrolla una preeclampsia sobreagregada antes de las 20 semanas de gestación. 1,2.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de una paciente de 45 años, embarazada de 18+5 semanas mediante fecundación in vitro (FIV), con antecedente de mutación heterocigota del gen de la protrombina, con dos abortos previos (un aborto químico y un aborto del primer trimestre con trisomía 16). La paciente fue hospitalizada debido a una crisis hipertensiva con cifras de presión arterial elevadas, llegando hasta 210/135 mmHg, acompañada de dolor en el hombro izquierdo irradiado hacia el brazo ipsilateral. La ecografía obstétrica mostró la presencia de un feto vivo de 18+5 semanas, sin malformaciones, biometría acorde y una placenta de normoinserta. Requirió tratamiento farmacológico escalonado para el manejo de sus presiones. Se descartó una patología aórtica aguda, un tromboembolismo pulmonar y un síndrome coronario. Debido al difícil manejo de sus cifras tensionales se decidió estudiar causas secundarias. La pesquisa etiológica incluyó pruebas de anticuerpos ANA, perfil ENA, estudio de SAAF, niveles de complemento, Doppler renal, AngioTAC de vasos de cuello, índice renina, aldosterona y marcadores angiogénicos, destacándose una baja relación renina/aldosterona, sugerente de un hiperaldosteronismo primario, una proteinuria en 2.5 g en 24 horas y un ratio sFlt-1/PLGF de 74 (riesgo moderado de preeclampsia). Se pesquisa en una ecografía de control a las 19+4 semanas, la ausencia de latidos fetales. Se induce trabajo de aborto sin incidentes. En el puerperio presenta presiones elevadas persistentes por lo que se optimiza el manejo antihipertensivo y se deriva a endocrinología al alta.

DISCUSIÓN

La hipertensión secundaria es una causa infrecuente de síndrome hipertensivo del embarazo, es importante la sospecha inicial de esta ante casos de inicio precoz, en pacientes sin factores de riesgo para hipertensión, hipertensión severa (>180/110 mmHg), hipertensión resistente (definida como >140/90 a pesar de tres antihipertensivos)3 . Se debe hacer un estudio precoz amplio, incluyendo un amplio diagnóstico diferencial, con el fin de poder realizar tratamientos dirigidos a la patología específica, así logrando mejores controles de la presión. El hiperaldosteronismo primario corresponde al 8 a 20% de las hipertensiones secundarias, siendo la causa más frecuente luego de la patología renovascular. Es un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una mayor secreción de aldosterona, baja actividad de la renina plasmática y HTA. Corresponde al 0,6-0,8% embarazos. Dentro del manejo

sintomático la eplerenona es de elección ya que no tiene efectos antiandrogénicos y es categoría B. La adrenalectomía se reserva para casos refractarios.Por último, es importante considerar dentro del diagnóstico diferencial, una preeclampsia atípica, para lo cual los marcadores angiogénicos mostraron ser de utilidad para la consejería futura de esta paciente, lo cual es cada vez más respaldado por la evidencia disponible.4

CONCLUSIONES

La detección temprana y precisa de hipertensión secundaria durante el embarazo es fundamental para un manejo adecuado, multidisciplinario, que mejore el pronóstico materno y fetal. Sin embargo, la pesquisa etiológica puede ser compleja, en casos en que la presentación es inhabitual como una proteinuria antes de las 20 semanas.5,6 Hoy en día existen nuevos exámenes como los marcadores angiogénicos que pueden ayudar en esta tarea, los que están cada vez más disponibles en la práctica clínica.7 Es relevante hacer un estudio acabado y exhaustivo, sin embargo, debe siempre ser orientado por una sospecha clínica para optimizar el uso de recursos y propiciar un enfrentamiento escalonado para mejorar el desenlace del embarazo actual y reducir las complicaciones perinatales asociadas a este síndrome.

1. Garovic VD, Dechend R, Easterling TR, Karumanchi SA, Baird SM, Magee LA, et al. Hypertension in Pregnancy: diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: A scientific statement from the American Heart Association. Hypertension [Internet]. 2022 Feb 1;79(2). Available from: https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000208

2. Saudan P, Brown M, Buddle ML, Jones MP. Does gestational hypertension become pre-eclampsia? Bjog: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology [Internet]. 1 de noviembre de 1998;105(11):1177-84. Disponible en: https://doi.org/10.111DeCherney AH, Keith L, Creinin MD. Gestational Hypertension: Definition, Diagnosis, and Management. UpToDate. Updated: Feb 16, 2023.1/j.1471-0528.1998.tb09971.x

3. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Eur Heart J. 2014 May 14;35(19):1245-54. doi: 10.1093/eurheartj/eht534. Epub 2013 Dec 23. PMID: 24366917.

4. NICE. Overview | PLGF-based testing to help diagnose suspected preterm pre-eclampsia | Guidance | NICE [Internet]. 2022. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/dg49

5. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. J Am Coll Cardiol 2018;71:e127–248.

6. De Cherney AH, Keith L, Creinin MD. Gestational Hypertension: Definition, Diagnosis, and Management. UpToDate. Updated: Feb 16, 2023. Disponible en: https://medilib.ir/uptodate/show/6805

7. Thadhani R, Lemoine ER, Rana S, Costantine MM, Calsavara VF, Boggess K, et al. Circulating angiogenic factor levels in hypertensive disorders of pregnancy. NEJM evidence [Internet]. 22 de noviembre de 2022;1(12). Disponible en: https://doi.org/10.1056/evidoa2200161

DESAFÍOS EN EL ENFRENTAMIENTO DE LA ACTINOMICOSIS EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO

Muñoz EI, Dueñas L, Ehrmantraut VI, Viñuela FI, Soto R2

(1) Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile y Hospital Sótero del Río

INTRODUCCIÓN

La infección por Actinomyces spp es una enfermedad poco frecuente de carácter subagudo o crónico. (4). En general da lugar a infecciones en la zona cervicofacial, siendo más rara su presentación en pulmones, abdomen o a nivel urogenital. El compromiso de la región pélvica se describe en 10 al 15% de los casos (5) y en general se asocia a disrupciones de la mucosa urogenital que ocurren durante el trauma, cirugías abdominopélvicas, procedimientos ginecológicos, procesos inflamatorios pélvicos y la implantación de un dispositivo intrauterino (DIU), siendo este último, el factor de riesgo típicamente descrito. Presentamos el caso de una paciente sin factores de riesgo conocidos, que presenta un proceso inflamatorio pélvico (PIP) por Actinomyces spp.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 45 años, nulípara, con un deterioro cognitivo severo, tiene el antecedente reciente de histerectomía total más salpingectomía bilateral por miomatosis uterina vía abdominal. Cuatro días después de la cirugía, la paciente reconsulta en urgencias por absceso de cúpula vaginal, que se manejo con 14 días de antibiótico endovenoso de amplio espectro. A las 72 horas posterior al término del esquema antibiótico, consulta nuevamente al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso de 48 horas de evolución. Al examen físico, se encontraba febril, taquicárdica, normotensa, sin signos de irritación peritoneal. No se observaron signos de infección en la herida operatoria. Destacaba un flujo genital patológico. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis y parámetros inflamatorios elevados, sin otras alteraciones. La ecografía abdominal reveló una colección sobre la cúpula vaginal confirmado mediante tomografía computada de pelvis, con localización adyacente a los vasos ilíacos derechos, con dimensiones de 3.8 x 3.2 cm. En el cultivo de la colección se aisló Actinomyces spp con sensibilidad demostrada al antibiograma. Se decidió un manejo multidisciplinario y se realizó un drenaje percutáneo bajo control tomográfico por el equipo de radiología intervencional asociado a un esquema antibiótico de segunda línea. La paciente presentó una evolución clínica y radiológica favorable, siendo dada de alta a los 6 días para completar tratamiento antibiótico y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

La actinomicosis es una infección bacteriana crónica que puede presentarse de forma aguda o subaguda, y es causada principalmente por Actinomyces israelii y otras especies de Actinomyces.. La infección por Actinomyces spp. es una entidad infrecuente dentro de la enfermedad infecciosa pelviana, representando solo el 1 a 16% de los casos. Su asociación con el uso de dispositivos intrauterinos es bien conocida, pero otros factores de riesgo también se han descrito, como la actividad sexual, trauma abdominal, necrosis intestinal, entre otros. La presentación clínica es variable, pudiendo simular procesos inflamatorios pélvicos y neoplasias malignas, representando un desafío diagnóstico en muchas ocasiones. Sólo un 10% de los casos se diagnostican en el preoperatorio, siendo la mayoría un hallazgo en el informe histopatológico (7). La aparición de esta infección en estos casos ha sido poco documentada en la literatura y supone un desafío ya que

presentan una rápida evolución y mala respuesta a tratamiento empírico de infecciones del tracto genitourinario. En nuestra paciente sin inicio de actividad sexual, con una cirugía reciente de menos de un mes, se hacía poco probable una presentación clásica de una pelvis sellada. La radiología intervencional ha demostrado en los últimos años ser efectiva en acortar el período de tratamiento de los abscesos tuboováricos y la evolución favorable de nuestra paciente hace pensar que podría ser una buena herramienta en estos casos.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico resalta lo inhabitual de esta etiología infecciosa en una paciente sin factores de riesgo aparentes, lo que plantea la necesidad de sospechar una infección por Actinomyces en el diagnóstico diferencial de pacientes con abscesos pélvicos, incluso en ausencia de factores de riesgo convencionales. El reconocimiento temprano y el manejo adecuado de estas infecciones son esenciales para lograr una mejor pronóstico, evitando complicaciones o estadías hospitalarias prolongadas. Se requieren más estudios para recomendar la radiología intervencional como pilar de tratamiento en estas infecciones pero sin duda tenemos la experiencia para considerarla en casos bien seleccionados.

(1) Westhoff, Carolyn. ‘ IUDs and colonization or infection with Actinomyces.’ Contraception 75.6 (2007): S48-S50.

(2) Kim, Yeo Joo, et al. ‘ Actinomyces-like organisms in cervical smears: the association with intrauterine devices and pelvic inflammatory diseases.’ Obstetrics & Gynecology Science 57.5 (2014): 393-396.

(3) Lippes, Jack. ‘ Pelvic actinomycosis: a review and preliminary look at prevalence.’ American journal of obstetrics and gynecology 180.2 (1999): 265-269.

(4) Regino, Carlos A., et al. ‘ Abdominopelvic Actinomycosis Mimicking a Malignant Ovarian Neoplasia: Case Report and Review of Literature.’ Cureus 12.12 (2020).

(5) Urbina, Sergio, Hernando Ruiz, and Sofia Parejas. ‘ Pelvic actynomyces infection: report of two cases occurred in the Hospital of San José.’ Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology 2006 (2006).

(6) Daniels, Paulina, Eduardo Correa, and Cecilia Goity. ‘ Actinomicosis pelviana: caso clínico.’ Revista chilena de obstetricia y ginecología 78.1 (2013): 48-50. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000100008

(7) Regino, Carlos A., et al. ‘ Abdominopelvic Actinomycosis Mimicking a Malignant Ovarian Neoplasia: Case Report and Review of Literature.’ Cureus 12.12 (2020)

EMBARAZO HETEROTÓPICO: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Numi C., García D., Moroso C., Norambuena C., López T., Avilés R.
Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada - Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es la ocurrencia de un embarazo intrauterino de manera simultánea a un embarazo ectópico. Presentamos un caso raro de embarazo heterotópico con gestación intrauterina no viable y hemoperitoneo moderado en concepción natural.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 29 años, con diagnóstico de aborto retenido confirmado, en manejo expectante, consulta a servicio de urgencias tras presentar dolor hipogástrico asociado a sangrado genital. Al ingreso, paciente hemodinamicamente estable; al examen físico, signos de irritación peritoneal positivo en fosa iliaca izquierda, con escaso sangrado genital. Ecografía transvaginal informa saco gestacional intrauterino de 37x27x21 mm con embrión sin actividad cardiaca. Abundante liquido libre en fondo de saco que sobrepasa la línea uterina, asociado a imagen sugerente de cuerpo lúteo roto en ovario izquierdo vs embarazo ectópico izquierdo de 19 mm. Se decide ingreso hospitalario para manejo quirúrgico. Posteriormente, se recibe resultado de biopsia intraoperatoria que informa restos gestacionales de primer trimestre y embarazo tubario complicado; se confirma diagnóstico de embarazo heterotópico.

DISCUSIÓN

El embarazo heterotópico tiene como gran dificultad su diagnóstico oportuno y que el tratamiento, en caso de un embarazo intrauterino viable, no afecte la gestación en curso. Se ha visto un aumento en la incidencia asociado a las técnicas de fertilización asistidas. Los signos y síntomas comunes en pacientes con embarazo heterotópico son inespecíficos y pueden confundirse con otras manifestaciones del embarazo. Una gestación intrauterina hace que la concentración de B hCG aumente adecuadamente y la ecografía transvaginal temprana sigue siendo difícil debido al embarazo intrauterino y el cuerpo lúteo hemorrágico concomitante. De esta forma, es importante tener en consideración los factores de riesgo, datos que deben generar sospecha y justifican mayor estudio en pacientes con un cuadro clínico sugerente. El manejo incluye métodos mínimamente invasivos para la interrupción del embarazo extrauterino mientras se toman medidas para preservar el intrauterino, considerando que se documentó una mayor tasa de aborto en pacientes sometidas a tratamiento médico versus quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La importancia del diagnóstico y manejo temprano del embarazo heterotópico recae en sus repercusiones tanto en la morbimortalidad materna como la fetal. Aunque es un evento raro en pacientes con concepción natural, el grado de sospecha de los profesionales es el punto clave que marcará la diferencia, haciendo énfasis en pacientes que presentan dolor abdominal agudo, sensibilidad abdominal o liquido libre en cavidad abdominal concomitante a un embarazo intrauterino.

EMBARAZO ECTÓPICO: UNA RARA CAUSA DE EMBARAZO ABDOMINAL, REPORTE DE CASO.

Dra. Opazo MI.; Dr. Palominos J2.; Dra. Oyaneder M3.; Dra. Poblete A3.; Dr. Sáez J3

1. Becada Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Borja Arriarán. Santiago de Chile. Universidad de Chile. 2. Estudiante de medicina. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Padre Hurtado. Santiago de Chile. Universidad del Desarrollo. 3. Ginecólogo en Unidad de Medicina Materno Fetal. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Borja Arriarán. Santiago de Chile. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es aquel donde existe implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. Esta entidad a pesar de ser poco frecuente (1.3% a 2.4% de todos los embarazos), es la primera causa de muerte materna durante el primer trimestre con una incidencia que va en aumento en los últimos 20 años. El 90% de los embarazos ectópicos se presenta en las tubas uterinas mientras que los restantes ocurren en el cérvix, ovarios, miometrio y otros sitios. El cuadro clínico más común es sangrado vaginal durante el primer trimestre. El diagnóstico se confirma con la visualización de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina. El manejo es la interrupción del embarazo, ya sea farmacológica o quirúrgica. A continuación, presentamos el caso de una paciente de 30 años con un embarazo ectópico tubárico-abdominal de 12 semanas de gestación ocurrido en el Hospital San Borja Arriarán.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte de un caso clínico, retrospectivo.

RESULTADO/CASO

Paciente de 30 años, sin antecedentes mórbidos. Derivada al servicio de urgencia por embarazo ectópico complicado. A su ingreso hemodinámicamente estable, sin dolor abdominal, ni sangrado genital. Estudio inicial sin anemia. Ultrasonografía (US) transvaginal demuestra útero en anteversoflexión aumentado de tamaño, endometrio ecogénico de 20 mm., sin gestación intrauterina. Con relación al anexo izquierdo se observa saco gestacional con flujo sanguíneo y feto con LCN de 59 mm compatible a 12 semanas de gestación en su interior con LCF presentes. Resonancia abdominal evidencia saco gestacional a nivel parauterino izquierdo en relación con tuba u ovario izquierdo. Evoluciona en dos días con ausencia de latidos. US informa saco gestacional en fondo de saco, por lo que se realiza laparotomía exploradora, encontrándose mínimo hemoperitoneo y feto sin latidos, libre en cavidad peritoneal. Se logra sección de cordón y extracción de feto sin incidentes. Se completa salpingectomía izquierda y legrado. Evoluciona de manera favorable, en condiciones de alta al segundo día postoperatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los embarazos ectópicos son entidades poco frecuentes y más aún, el subtipo de embarazo ectópico abdominal con <0,1% del total de casos, pero con complicaciones con alta mortalidad. La derivación, la sospecha, el diagnóstico oportuno y manejo estandarizado son esenciales para obtener mejores resultados.

MANEJO DE SANGRADO UTERINO ANORMAL SECUNDARIO A MIOMAS UTERINOS, Y ENDOMETRITIS GRANULOMATOSA POR TUBERCULOSIS GENITAL. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Ponce P. (1), Segovia A. (2)

(1) Especialista en Obstetricia y Ginecología, Unidad de Ginecología General, Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). (2) Becado Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile, Sede Centro HCSBA, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad producida por el Mycobacterium tuberculosis. En la mayoría de los casos se presenta como una infección pulmonar, pero puede afectar a cualquier órgano del cuerpo. La TBC genital es poco frecuente, con una incidencia entre 1 – 19% de los casos. Entre sus manifestaciones clínicas se encuentran las alteraciones del ciclo menstrual (metrorragia, amenorrea), infertilidad y dolor pélvico crónico. El diagnóstico se realiza con el cultivo de micobacterias, siendo útiles también la Prueba de tuberculina (PPD) y el examen histológico que muestre el típico granuloma tuberculoso.

MÉTODOS

Se presenta caso de paciente con sangrado uterino anormal (SUA) en contexto de miomas uterinos y endometritis granulomatosa por TBC genital. Caso Clínico: Paciente de 46 años, nuligesta, HTA crónica, consulta por cuadro de 8 meses, caracterizado por sangrado vaginal persistente, dolor pélvico y baja de peso. Al examen físico abdomen poco depresible y doloroso, útero aumentado de tamaño y fondo de saco posterior con masa indurada. Ecografía transvaginal informa miomas uterinos (2 miomas pared posterior FIGO 2-5, de 107 x 85 x 90 mm y 59 x 49 x 50 mm). Se realiza biopsia endometrial con cánula Pipelle, que informa endometritis crónica granulomatosa. TC de tórax abdomen y pelvis, con miomas uterinos, ascitis loculada, alteraciones peritoneales sugerentes de carcinomatosis peritoneal, tórax normal. RNM abdomen y pelvis confirma hallazgos, pero informa ovarios de aspecto normal, sugiriendo origen no neoplásico. En contexto de hallazgos histológicos y sospecha clínica de TBC genital, se solicita PPD la cual resulta en 25 mm, apoyando el diagnóstico. Estudio complementario destaca VIH negativo. Dado escenario clínico se decide manejo médico de SUA con Acetato Medroxiprogesterona de depósito (DMPA) 150 mg im. trimestral, y manejo de TBC genital con antibióticos (ATB) antituberculosos por 6 meses (rifampicina, isoniacida, etambutol y pirazinamida). A los 2 meses de tratamiento, cursa con cuadro sugerente de peritonitis tuberculosa, TC abdomen y pelvis informa peritonitis crónica esclerosante, colección pélvica de 132x82x36 mm, drenada por radiología intervencional, con estudio de líquido negativo para BAAR, cultivo de Bacilo de Koch negativo. Paciente mantiene SUA con episodios de metrorragia abundante, por lo que completando tratamiento ATB, se decide manejo quirúrgico. Se realiza laparotomía exploradora, con síndrome adherencial severo, adherensiolisis, histerectomía total y salpingectomía bilateral. Se envía muestra de peritoneo a estudio de PCR GeneXpert MTB/RIF, resultado positivo para trazas de Mycobacterium. Paciente evoluciona satisfactoriamente con resolución de cuadro de SUA e infección abdominopélvica.

CONCLUSIÓN

La tuberculosis genital es una enfermedad con baja incidencia, pero que se debe tener en cuenta, realizando un acucioso diagnóstico diferencial, para un diagnóstico precoz y temprano tratamiento.

Palabras clave: Tuberculosis genital, Prueba de tuberculina, Endometritis granulomatosa, Sangrado uterino anormal. Miomas uterinos.

CINCO AÑOS DE SOBREVIDA EN CANCER DE CUELLO UTERINO QUIRURGICO, COMPARACION ENTRE HISTERECTOMIA RADICAL ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA

Drs. Sagredo Y, Retamales J, Perez MV, Puga O
Unidad de Ginecología Oncológica Hospital Dr Sótero del Rio, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del cáncer de cuello uterino invasor en etapas iniciales es quirúrgico, siendo la histerectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral la recomendación habitual. La realización de esta cirugía podía ser por laparotomía o por vía minimamente invasiva hasta la publicación de LACC en el año 2018, donde se concluye que la cirugía por laparatomia tiene una mejor sobrevida que la mínimante invasaiva, lo cual hizo cambiar la vía de nuestras cirugía radicales abandonando la cirugía laparocópica Objetivos: Comparar la eficacia, seguridad y sobrevida a largo plazo entre la cirugía radical de cáncer de cuello uterino por vía laparoscópica y abierta. Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y análisis estadístico de fichas clínica y reportes de anatomía de patológica, de las pacientes con indicación quirúrgica de cáncer cérvico uterino entre 2012 y 2018 en la Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital Dr Sótero de Rio.

RESULTADOS

Durante el periodo evaluado, se indicaron 116 cirugías radicales de cuello uterino, en 4 pacientes embarazadas se realizó cesárea seguida de histerectomía radical, 4 traquelectomías radicales laparoscópicas, en 7 pacientes por hallazgo de ganglios positivos pelvianos intraoperatorio se realizó linfadenectomía para aórtica y no se realizó la histerectomía. En 5 pacientes no se encontraron registros. Se analizaron 96 casos clínicos, 47 cirugía abierta y 49 laparoscópicas. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, patología asociada, tipo histológico y estadio clínico. En dos pacientes se requirió conversión a laparotomía. No hubo diferencias estadísticas al analizar la sobrevida global a 5 años, 87 % para el grupo de laparatomía versus 90% para el día de laparoscopía. Los índices de masa corporal, el número de ganglios resecados (17 vs 16) y el tiempo operatorio no demostraron diferencias estadísticas. La indicación de terapia adyuvante fue similar 36 vs 42%. Las complicaciones debidas a la cirugía fueron similares, 2 lesiones de vía urinaria, una de intestino y un hematoma infectado para el grupo de laparoscopía. Tres lesiones de vía urinaria, 3 infecciones de herida operatoria, dos dehiscencias de herida operatoria y una lesión de nervio obturador para el grupo de laparotomía. Las pacientes operadas por vía mínimamente invasiva recibieron menos analgésicos opioides y la recuperación fue más rápida. Hubo diferencias significativas en la estimación de pérdida sanguínea al comparar cirugía laparoscópica y abierta 136 vs 326 ml (p = 0.001) y el tiempo de estadía post operatoria 90 vs 127 horas (p = 0,001).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia local la cirugía radical de cuello uterino por vía laparoscópica es eficaz, segura, presentando la misma sobrevida a 5 años al compararla con la cirugía por laparatomía. La cirugía laparoscópica además presenta beneficios estadísticamente significativos como una menor pérdida sanguínea intraoperatoria y menor estadía hospitalaria. Nuestros porcentajes de sobrevida difieren de los publicados en el estudio LAAC, donde el análisis de sobrevida fue hasta 3 años, esto puede deberse a que el número muestral es pequeño o bien porque todas las cirugías se realizaron en el mismo centro, donde el equipo de cirujanos tiene estandarizada la técnica quirúrgica. Es necesario más estudios randomizados que comparen las dos vías quirúrgicas para poder evaluar si la cirugía mínimanente invasiva tiene los mismos resultados oncológicos.

HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO COMO PRESENTACIÓN DE UN TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA, REPORTE DE CASO

Sabat S.1, Jensen R.2, Valenzuela I.1, Podariu A.1, San Martin C.1

1 Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
2 Ginecólogo Oncólogo, Clínica Dávila, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

Los tumores germinales de ovario corresponden al 20-30% de las neoplasias ováricas y los de la granulosa al 3-5% de estas. Tienen sintomatología variada debido a la producción tanto de estrógenos como de andrógenos. Al examen físico destaca el hallazgo de una masa palpable en un 85-97% de las pacientes. El objetivo de este caso clínico es mostrar una forma poco frecuente de presentación y manejo de este tipo de tumores estromales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 55 años multípara de uno, antecedente de cono leep por neoplasia intraepitelial de alto grado e hipertensa en tratamiento. Consulta a urgencia adulto por cuadro de tres horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de inicio súbito asociado a distensión abdominal y náuseas. Al examen físico se encontraba normotensa, taquicárdica, afebril, abdomen distendido por una masa hipogástrica hasta nivel umbilical, sensible de forma difusa sin signos categóricos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio destacan hemoglobina 7.6 g/dl, hematocrito 22.6%, leucocitos 16.900 uL segmentados 80.7%, plaquetas 180.000 uL, BHCG negativa. Scanner informa masa quística abdominopelviana de 13,9 x 14,2 x 10,5 cm de contenido heterogéneo denso. Realizan interconsulta a ginecología y a la palpación abdominal destaca blumberg positivo y una masa de consistencia aumentada. En la ecografía transvaginal se observa una lesión pélvica de 13x10x12 cm con abundante liquido libre. Ingresa con diagnóstico de un tumor anexial complicado para una laparotomía exploradora. En el intraoperatorio se evidencia hemoperitoneo masivo y tumor anexial complejo derecho roto con un hematoma retroperitoneal. Se realiza anexectomía bilateral. Marcadores tumorales destaca Ca 125 434 U/ml, resto normal. La biopsia informa tumor de la células de la granulosa tipo adulto de predominio sólido FIGO IC2. Se discute en comité oncológico y se decide re etapificación quirúrgica. Doce meses post tratamiento no se encuentra evidencia clínica de enfermedad.

DISCUSIÓN

Los tumores de la granulosa generalmente tienen buen pronóstico, se pueden diagnosticar en etapas precoces, sin embargo, requieren de un alto índice de sospecha. Dentro de los exámenes iniciales debemos incluir niveles hormonales y marcadores tumorales. En general la sobrevida en estadios I y II es de alrededor un 95%, a pesar que un 20-30% pueden presentar recaídas hasta 20-30 años después. El tratamiento adyuvante aún es controversial.

CONCLUSIÓN

Es importante considerar como diagnóstico diferencial lesiones anexiales de ovario cuando mujeres consultan por dolor y distensión abdominal asociado a una masa abdominal palpable. Diagnosticarlo en etapas precoces, muchas veces es determinante para que las pacientes tengan un pronóstico favorable.

DETECCIÓN INTRAOPERATORIA DE METÁSTASIS GANGLIONAR EN CÁNCER CERVICOUTERINO EN ETAPA PRECOZ

Sagredo M, Bravo E, Cartagena J, Núñez F, Urbina C, Montecinos S.
Área de la mujer Hospital Gustavo Fricke

INTRODUCCIÓN

El tratamiento estandar del cáncer cervicouterino (CaCu) en estadios precoces (IA1 con invasión linfovascular, IA2, IB1 y IIA 1, FIGO 2009) es la histerectomía radical o la radioquimioterapia, ambos con similares resultados. Se considera la linfadenectomía pélvica (LP) por ser la principal ruta de diseminación metastásica y el principal factor de pronóstico. El compromiso ganglionar disminuye la sobrevida de 95% a 50% a 5 años, lo que obliga a terapia adyuvante aumentando la morbilidad terapéutica. Es deseable evitar la cirugía radical seguida de radioquimioterapia adyuvante, de este modo la detección mediante imágenes (RNM, TAC, Ultrasonido) o intraoperatoria con técnica de ganglio centinela (GC) más evaluación macroscópica ganglionar (EMG) de metástasis es capital en el tratamiento quirúrgico. Frente a un ganglio positivo intraoperatorio se debe abandonar el tratamiento quirúrgico, realizar muestreo lumboaórtico y derivar a radioquimioterapia definitiva. El rol de las micrometástasis en el cáncer cervicouterino es incierto, sin embargo, los estudios sugieren disminución tanto en sobrevida general como libre de enfermedad. El GC fue diseñado para evitar la LP sistemática y sus comorbilidades, aunque no hay evidencia en seguridad oncológica que apoye esta conducta. Por otro lado, su sensibilidad es limitada con una tasa de falsos negativos cercana al 50%. El objetivo de este trabajo es describir la detección intraoperatoria de metástasis ganglionar en CaCu en estadios precoces en nuestras pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico. Métodos: entre abril 2008 y marzo de 2020 fueron reclutadas prospectivamente pacientes con CaCu en estadio precoz con indicación de cirugía radical (traquelectomía radical, Histerectomía simple vaginal o abdominal, Histerectomía vaginal radical) más linfadenectomía pélvica asistida por laparoscopía excluyendo sospecha imagenológica de compromiso ganglionar. En todas se realizó técnica de ganglio centinela mediante azul patente y biopsia contemporánea. Además, se incluyó el estudio patológico de ganglios con sospecha de compromiso macroscópico.

RESULTADOS

De un total de 298 pacientes sometidas al tratamiento descrito un 12,8% (30) presentaron compromiso ganglionar, de las cuales el 70% (21) fue detectado intraoperatorio y 30% (9) postoperatorio. Los tipos histológicos fueron carcinoma escamoso en 24 pacientes, adenocarcinoma en 5 y carcinoma adenoescamoso en una. El compromiso ganglionar se detectó por GC en 13 pacientes, 10 intraoperatorio y 3 postoperatorio; por EMG intraoperatoria 11 y muestreo lumboaórtico postoperatorio no centinela en 6 pacientes, lo que suma una detección intraoperatoria del 70% y postoperatoria de 30%. Hubo ganglio positivo en 30 pacientes con micrometástasis presente en 7 pacientes intraoperatorio y 6 postoperatorio mientras que macrometástasis en 14 pacientes intraoperatorio versus 3 postoperatorio. La tasa de sobrevida global se acerca al 89% a los 5 años para las pacientes con ganglio positivo.

CONCLUSIÓN

El uso combinado de GC con azul patente, realizando un número mayor de cortes ganglionares en la biopsia por congelamiento, más EMG intraoperatoria con biopsia contemporáneo permite detectar un mayor número de ganglios metastásicos en estas pacientes, evitando realizar doble tratamiento.

DETECCIÓN INTRAOPERATORIA DE METÁSTASIS GANGLIONAR EN CÁNCER CERVICOUTERINO EN ETAPA PRECOZ

Sagredo M, Bravo E, Cartagena J, Núñez F, Urbina C, Montecinos S.
Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Gustavo Gustavo Fricke Viña del Mar

INTRODUCCIÓN

El tratamiento estandar del cáncer cervicouterino (CaCu) en estadios precoces (IA1 con invasión linfovascular, IA2, IB1 y IIA 1, FIGO 2009) es la histerectomía radical o la radioquimioterapia, ambos con similares resultados. Se considera la linfadenectomía pélvica (LP) por ser la principal ruta de diseminación metastásica y el principal factor de pronóstico. El compromiso ganglionar disminuye la sobrevida de 95% a 50% a 5 años, lo que obliga a terapia adyuvante aumentando la morbilidad terapéutica. Es deseable evitar la cirugía radical seguida de radioquimioterapia adyuvante, de este modo la detección mediante imágenes (RNM, TAC, Ultrasonido) o intraoperatoria con técnica de ganglio centinela (GC) más evaluación macroscópica ganglionar (EMG) de metástasis es capital en el tratamiento quirúrgico. Frente a un ganglio positivo intraoperatorio se debe abandonar el tratamiento quirúrgico, realizar muestreo lumboaórtico y derivar a radioquimioterapia definitiva. El rol de las micrometástasis en el cáncer cervicouterino es incierto, sin embargo, los estudios sugieren disminución tanto en sobrevida general como libre de enfermedad. El GC fue diseñado para evitar la LP sistemática y sus comorbilidades, aunque no hay evidencia en seguridad oncológica que apoye esta conducta. Por otro lado, su sensibilidad es limitada con una tasa de falsos negativos cercana al 50%. El objetivo de este trabajo es describir la detección intraoperatoria de metástasis ganglionar en CaCu en estadios precoces en nuestras pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico.

MÉTODOS

Entre abril 2008 y marzo de 2020 fueron reclutadas prospectivamente pacientes con CaCu en estadio precoz con indicación de cirugía radical (traquelectomía radical, Histerectomía simple vaginal o abdominal, Histerectomía vaginal radical) más linfadenectomía pélvica asistida por laparoscopía excluyendo sospecha imagenológica de compromiso ganglionar. En todas se realizó técnica de ganglio centinela mediante azul patente y biopsia contemporánea. Además, se incluyó el estudio patológico de ganglios con sospecha de compromiso macroscópico.

RESULTADOS

De un total de 298 pacientes sometidas al tratamiento descrito un 12,8% (30) presentaron compromiso ganglionar, de las cuales el 70% (21) fue detectado intraoperatorio y 30% (9) postoperatorio. Los tipos histológicos fueron carcinoma escamoso en 24 pacientes, adenocarcinoma en 5 y carcinoma adenoescamoso en una. El compromiso ganglionar se detectó por GC en 13 pacientes, 10 intraoperatorio y 3 postoperatorio; por EMG intraoperatoria 11 y muestreo lumboaórtico postoperatorio no centinela en 6 pacientes, lo que suma una detección intraoperatoria del 70% y postoperatoria de 30%. Hubo ganglio positivo en 30 pacientes con micrometástasis presente en 7 pacientes intraoperatorio y 6 postoperatorio mientras que macrometástasis en 14 pacientes intraoperatorio versus 3 postoperatorio. La tasa de sobrevida global se acerca al 89% a los 5 años para las pacientes con ganglio positivo.

RESULTADOS

El uso combinado de GC con azul patente, realizando un número mayor de cortes ganglionares en la biopsia por congelamiento, más EMG intraoperatoria con biopsia contemporáneo permite detectar un mayor número de ganglios metastásicos en estas pacientes, evitando realizar doble tratamiento.

EXPERIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE HISTEROSCOPÍAS DE OFICINA EN UN CENTRO MÉDICO DOCENTE-ASISTENCIAL DE LA ZONA SUR DE SANTIAGO

Soffía M.1, Bustos B.2 , Donoso M2.

1 Escuela de Medicina, Universidad de los Andes
2 Ginecólogos, docentes Universidad de los Andes y Hospital Parroquial San Bernardo

INTRODUCCIÓN

La histeroscopia diagnóstica o ' de oficina' es un procedimiento que permite un abordaje mínimamente invasivo de la cavidad uterina, sin necesidad de anestesia y que puede realizarse en una consulta adecuadamente preparada. La posibilidad de tomar biopsias mediante visualización directa, la convierte en la técnica de elección para estudiar patologías endometriales, principalmente las focales.1
Sus principales complicaciones, de muy baja incidencia, son el dolor, sangrado, infecciones y reacciones vasovagales.2,3. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia en su implementación en un Centro de Salud en la zona sur de Santiago, describiendo sus indicaciones, conclusiones diagnósticas, medición del dolor durante el procedimiento, correlación ecográfico-histeroscópica, resultados de anatomía patológica y complicaciones presentadas.

MÉTODOS - RESULTADOS

Estudio descriptivo prospectivo de las histeroscopias diagnósticas realizadas en 6 años en el Centro de Salud de la Universidad de los Andes en San Bernardo. Se revisó una base de datos creada para este fin, en conjunto con la revisión de fichas clínicas y registros ecográficos. Las pacientes firmaron un consentimiento informado para el procedimiento, entregando sus datos de manera voluntaria. Los datos fueron conocidos y analizados sólo por los investigadores. Se tomó una población de 129 mujeres, su edad promedio fue de 51 años, con un 55% de pacientes menopáusicas. Un 76.7% de la población tenía sobrepeso u obesidad. La principal indicación fue estudio de engrosamiento endometrial ecográfico. Se realizaron 129 histeroscopías, de las cuales 115 (89,1%) fueron exitosas (con visualización completa de la cavidad uterina). La principal causa de fracaso fueron las sinequias cervicales infranqueables (50%). De las 115 exitosas, en el 67,82% de los casos hubo concordancia entre diagnóstico ecográfico e histeroscópico. En 66 pacientes se encontró formaciones intracavitarias (FIC) y se realizó 11 extracciones de FIC. Se realizaron un total de 44 biopsias (38,2%), dentro de las cuales ninguna correspondió a una lesión maligna. En un caso, se indicó resección de una lesión en pabellón, la cual finalmente correspondió a una lesión maligna. Adicionalmente, se realizó la extracción de 2 dispositivos intrauterinos (DIU). El EVA promedio objetivado por las pacientes fue de 3,96 en el grupo de pacientes con histeroscopia exitosa y de 5,5 en las no exitosas. Se registraron 3 complicaciones leves: 2 reacciones vasovagales que cedieron a los pocos minutos (pero con imposibilidad de terminar el procedimiento en un caso) y en una oportunidad no se logró extraer un DIU por adherencias y dolor de la paciente.

CONCLUSIONES

La histeroscopia de oficina es una herramienta diagnóstica y terapéutica muy útil, bien tolerada por las pacientes y representa una gran alternativa para el estudio de la cavidad uterina y la realización de procedimientos simples, disminuyendo las intervenciones en pabellón, y reduciendo tiempos de espera, costos en salud y mejorando la recuperabilidad de las pacientes. Las principales limitaciones corresponden a alteraciones anatómicas que aumentan el dolor percibido y la imposibilidad técnica de realizar el procedimiento. Sin embargo, como está descrito en la

literatura y como pudimos confirmar con nuestra experiencia, en la mayoría de las pacientes es un proceso bien tolerado con un dolor aceptable y que presenta una tasa baja de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angioni, S., Loddo, A., Milano, F., Piras, B., Minerba, L., & Melis, G. B. (2008). Detection of Benign Intracavitary Lesions in Postmenopausal Women with Abnormal Uterine Bleeding: A Prospective Comparative Study on Outpatient Hysteroscopy and Blind Biopsy. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 15(1), 87-91. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2007.10.014

2. Rodriguez, S., Haimovich, S., Vitale, S. G., Alonso, L., & Carugno, J. (2022). Vasovagal Syncope during O ce Hysteroscopy—A Frequently Overlooked Unpleasant Complication. Medicina, 58(11), 1626. https://doi.org/10.3390/medicina58111626

3. Agostini, A., Bretelle, F., Ronda, I., Roger, V., Cravello, L., & Blanc, B. (2004). Risk of Vasovagal Syndrome During Outpatient Hysteroscopy. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists, 11(2), 245-247. https://doi.org/10.1016/S1074-3804(05)60207-1

EMBOLIA AÉREA UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN LAPAROSCOPIA, REPORTE DE CASO.

Valenzuela I(2), Brunman E(2), Sabat S(2), Vergara V, Quezada B(1), Tapia J(1)
(1)Residente Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes.
(2)Ginecología y Obstetricia Clínica Dávila.

INTRODUCCIÓN

La embolia aérea por dióxido de carbono (EA) es una complicación infrecuente, con una incidencia de 0,15%. (1) Se describe principalmente en cirugías neurológicas y cateterismo venoso central, existiendo escasos reportes de caso de cirugías laparoscópicas.

RESUMEN DEL CASO

Paciente femenina, 49 años, con historia de larga data de hipermenorrea, miomas uterinos y anemia sintomática, sin respuesta a manejo médico. Ingresa para histerectomía laparoscópica. Tras el acceso a cavidad abdominal por aguja de veress e insuflación del neumoperitoneo, evoluciona con colapso hemodinámico y disociación electrocardiográfica. Se logra estabilidad hemodinámica tras soporte cardiovascular avanzado, masaje y adrenalina. Se realiza conversión a laparotomía media supra e infraumbilical descartando hemoperitoneo. Ecografía transesofágica evidencia presencia de embolia aérea en 4 cavidades cardiacas. Con diagnóstico de EA, se completa histerectomía sin incidentes. Tras extubación se pesquisa trastorno de habla y deglución que es precozmente manejado por fonoaudiología. Evolución posterior favorable, paciente actualmente asintomática.

DISCUSIÓN

EA es una complicación infrecuente de cirugías laparoscópicas, potencialmente letal, con una mortalidad reportada de hasta 28%.(1) El 60% de los casos ocurre durante la insuflación inicial, generalmente en los primeros 5 minutos tras dicho evento quirúrgico, sospechando ante disminución repentina del CO2, deterioro hemodinámico, disociación electrocardiográfica o paro cardíaco durante la cirugía laparoscópica (3). Su diagnóstico es por ecografía transtorácica o transesofágica, siendo esta última el gold standard.(2) El manejo consiste en desinsuflar el neumoperitoneo, medidas de soporte, hiperventilación, administración de oxígeno al 100%, manejo arritmia y/o paro cardiorespiratorio y el posicionamiento precoz del paciente en trendelemburg lateral izquierdo (posición de Durant). De pronóstico incierto, destaca la presencia de complicaciones neurológicas, secundaria a embolia gaseosa paradojal o una embolia arterial por comunicaciones anatómicas entre cavidades cardiacas derechas e izquierdas.(2)

CONCLUSIONES

Actualmente, la histerectomía por vía laparoscópica constituye uno de los abordajes de preferencia. No obstante, pese a sus múltiples beneficios sobre otras técnicas, no está exenta de riesgos. La EA durante una laparoscopia ginecológica es una complicación infrecuente, no obstante, presenta una elevada morbimortalidad. Se debe tener un alto índice de sospecha con un adecuado manejo multidisciplinario.

Referencias:
1) Embolia de dióxido de carbono, Köhnenkampf, Rev Chil Anest 2020; 49: 473-480
2) Mirski MA, Lele AV, Fitzsimmons L, Toung TJ. Diagnosis and treatment of vascular air embolism. Anesthesiology 2007; 106:164.
3) Smith HJ. Carbon dioxide embolism during pneumoperitoneum for laparoscopic surgery: a case report. AANA J 2011; 79:371

RESECCIÓN HISTEROSCÓPICA DE METAPLASIA ÓSEA CERVICAL EN PACIENTE CON INFERTILIDAD SECUNDARIA. REPORTE DE UN CASO

Valenzuela I (1), Benítez S (1), Sabat S (1), Vergara V (1), Bader D (2), Meier RM (3), Pavlovic M (2,4)

(1) Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes.
(2) Unidad de Cirugía Endoscópica Ginecológica, Clínica Dávila.
(3) Clínica de Reproducción Asistida y Fertilidad IVI Santiago de Chile.
(4) Unidad de Endometriosis, Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La Metaplasia Ósea (MO) es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia de tejido óseo en la cavidad uterina. Tiene una incidencia estimada de 0.3 por 1.000 mujeres (1). Su presentación clínica es variable, pudiendo ocasionar irregularidad menstrual, dismenorrea, sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico, leucorrea, infertilidad o expulsión de material óseo durante la menstruación (1,2). Presentamos un caso clínico de manejo histeroscópico de MO en cérvix uterino asociada a infertilidad secundaria.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad con diagnóstico de infertilidad secundaria. Es derivada por intento frustro de transferencia embrionaria, dada la presencia de cuerpo extraño en canal cervical. La ecografía transvaginal sugiere la presencia de MO en el cérvix uterino. Se realiza histeroscopía quirúrgica con histeroscopio de Bettocchi, en la cual se identifican múltiples fragmentos sólidos sugerentes de tejido óseo que se encuentran incrustados en las paredes del canal cervical, impidiendo el paso a la cavidad uterina. Se realiza extracción con pinza histeroscópica de todos los fragmentos, permitiendo el ingreso a la cavidad uterina sin dificultad. El resultado de la biopsia de los fragmentos extraídos es compatible con MO. La paciente presenta una evolución post-operatoria favorable. Se realiza una prueba de cánula de transferencia embrionaria un mes después de la cirugía, la cual es exitosa.

DISCUSIÓN

Existen menos de 100 casos reportados de MO en la literatura (2). La MO se describe principalmente en mujeres con antecedente de aborto de segundo trimestre, existiendo también reportes en pacientes nuligestas. La teoría que explica la entidad, sería una metaplasia de células endometriales estromales a células osteoblásticas productoras (2). La MO actuaría como cuerpo extraño, produciendo una respuesta inflamatoria local con aumento de la producción de prostaglandinas, mecanismo similar al de un dispositivo intrauterino de cobre, lo que explicaría su asociación con algia pélvica e infertilidad (1,2). El diagnóstico de MO se puede realizar mediante ecografía transvaginal, tomografía axial computarizada, histerosalpingografía, resonancia magnética e histeroscopía. La histeroscopía es el método de elección para confirmación diagnóstica y tratamiento de la MO, permitiendo su extracción bajo visión directa (1). Se ha reportado una tasa de embarazo espontáneo de hasta un 52% posterior al tratamiento de la MO (2).

CONCLUSIÓN

La MO es una entidad infrecuente que puede asociarse con infertilidad. Un alto índice de sospecha es fundamental para su diagnóstico y tratamiento, el cual tiene un impacto positivo en la fertilidad futura de la paciente. La recomendación actual, es la extracción precoz del cuerpo extraño por histeroscopia, procedimiento ambulatorio y accesible en nuestro medio.

RESECCIÓN HISTEROSCÓPICA DE METAPLASIA ÓSEA CERVICAL EN PACIENTE CON INFERTILIDAD SECUNDARIA. REPORTE DE UN CASO

Valenzuela I (1), Benítez S (1), Sabat S (1), Vergara V (1), Bader D (2), Meier RM (3), Pavlovic M (2,4)

(1) Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes.
(2) Unidad de Cirugía Endoscópica Ginecológica, Clínica Dávila.
(3) Clínica de Reproducción Asistida y Fertilidad IVI Santiago de Chile.
(4) Unidad de Endometriosis, Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La Metaplasia Ósea (MO) es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia de tejido óseo en la cavidad uterina. Tiene una incidencia estimada de 0.3 por 1.000 mujeres (1). Su presentación clínica es variable, pudiendo ocasionar irregularidad menstrual, dismenorrea, sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico, leucorrea, infertilidad o expulsión de material óseo durante la menstruación (1,2). Presentamos un caso clínico de manejo histeroscópico de MO en cérvix uterino asociada a infertilidad secundaria.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad con diagnóstico de infertilidad secundaria. Es derivada por intento frustro de transferencia embrionaria, dada la presencia de cuerpo extraño en canal cervical. La ecografía transvaginal sugiere la presencia de MO en el cérvix uterino. Se realiza histeroscopía quirúrgica con histeroscopio de Bettocchi, en la cual se identifican múltiples fragmentos sólidos sugerentes de tejido óseo que se encuentran incrustados en las paredes del canal cervical, impidiendo el paso a la cavidad uterina. Se realiza extracción con pinza histeroscópica de todos los fragmentos, permitiendo el ingreso a la cavidad uterina sin dificultad. El resultado de la biopsia de los fragmentos extraídos es compatible con MO. La paciente presenta una evolución post-operatoria favorable. Se realiza una prueba de cánula de transferencia embrionaria un mes después de la cirugía, la cual es exitosa.

DISCUSIÓN

Existen menos de 100 casos reportados de MO en la literatura (2). La MO se describe principalmente en mujeres con antecedente de aborto de segundo trimestre, existiendo también reportes en pacientes nuligestas. La teoría que explica la entidad, sería una metaplasia de células endometriales estromales a células osteoblásticas productoras (2). La MO actuaría como cuerpo extraño, produciendo una respuesta inflamatoria local con aumento de la producción de prostaglandinas, mecanismo similar al de un dispositivo intrauterino de cobre, lo que explicaría su asociación con algia pélvica e infertilidad (1,2). El diagnóstico de MO se puede realizar mediante ecografía transvaginal, tomografía axial computarizada, histerosalpingografía, resonancia magnética e histeroscopía. La histeroscopía es el método de elección para confirmación diagnóstica y tratamiento de la MO, permitiendo su extracción bajo visión directa (1). Se ha reportado una tasa de embarazo espontáneo de hasta un 52% posterior al tratamiento de la MO (2).

CONCLUSIÓN

La MO es una entidad infrecuente que puede asociarse con infertilidad. Un alto índice de sospecha es fundamental para su diagnóstico y tratamiento, el cual tiene un impacto positivo en la fertilidad futura de la paciente. La recomendación actual, es la extracción precoz del cuerpo extraño por histeroscopia, procedimiento ambulatorio y accesible en nuestro medio.

TUMOR LIPOMATOSO ATÍPICO VULVAR GIGANTE, REPORTE DE UN CASO

Vallejos C. 1, Salinas M. 2, Montecinos M. 2, Doren A. 3, Leiva J. 3

(1) Becada Ginecología y Obstetricia Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca.
(2) Interna de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca.
(3) Médico Gineco-Obstetra, Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, docente Universidad Católica del Maule.

INTRODUCCIÓN

El tumor lipomatoso atípico (ALT, por sus siglas en inglés) se diferencia de los lipomas típicos debido a sus particularidades histológicas y comportamiento clínico singular, mostrando un patrón de crecimiento progresivo y en ocasiones áreas de atipia, pudiendo ocasionalmente metastatizar a otras áreas del organismo. Por definición los ALT se localizan en zonas superficiales del cuerpo como las extremidades, haciendo factible la extirpación quirúrgica completa. Sin embargo, si no se logra una resección total y el tumor compromete tejidos más profundos, éstos se clasifican como liposarcomas bien diferenciados.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años, nuligesta, con antecedentes diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo y obesidad tipo III. Acude al Servicio de Urgencia por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por fiebre de hasta 39.2°C, dolor vulvar intenso, asociado a inapetencia y compromiso del estado general. Al examen físico se constata un tumor pediculado se superficie lisa de 50 x 30 x 15 cm, dependiente de toda la región vulvar que se extiende hasta la rodilla, con presencia de secreción purulenta y cambios de coloración en su superficie. La paciente refería 8 años desde la aparición de la lesión, sin haber consultado previamente. Se hospitaliza con el diagnóstico de sepsis con posible foco en tumor de vulva para tratamiento antibiótico. Ecografía de partes blandas informa masa exofítica pelviana de aspecto adiposo sin colecciones en su espesor.

Equipo de oncología ginecológica realiza una vulvectomía con resección completa de la lesión, constatando que ésta comprometía además la pared inferior del abdomen, Monte de Venus y labios mayores. La paciente evoluciona favorablemente. La biopsia informa ‘ tumor lipomatoso atípico’ con bordes negativos.

CONCLUSIÓN

Los ALT representan una variante poco frecuente de los lipomas, lo cual puede ocasionar dificultades en su diagnóstico inicial generando retrasos en el abordaje adecuado. Existe poca información en la literatura respecto al seguimiento y pronóstico a largo plazo. La presentación de este caso nos permite conocer este de tipo de lesiones, de modo de no pasar por alto su diagnóstico para proporcionar un tratamiento oportuno.

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA UTERINA SECUNDARIA A ABORTO ESPONTANEO CON RETENCIÓN DE PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN: MANEJO CON RADIOLOGIA INTERVENCIONAL Y CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA. REPORTE DE UN CASO

Autores: Ponce P. (1), Vergara A. (2)

(1) Especialista en Obstetricia y Ginecología, Unidad de Ginecología General, Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Borja Arriaran (HCSBA), Santiago, Chile.
(2) Becada Obstetricia y Ginecología Escuela de postgrado Universidad de Chile, Sede Centro HCSBA, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las causas de sangrado uterino severo y/o persistente post aborto, son poco frecuentes. Entre ellas se encuentra la malformación arteriovenosa (MAV) uterina, una rara condición donde los senos venosos se integran en el miometrio, en algunos casos, como resultado de un trauma uterino, lo que permite la formación de conexiones anormales entre el suministro arterial y venoso. Por otra parte, se encuentra la retención de productos de la concepción (RPC), que corresponde a la persistencia de tejido trofoblástico intrauterino posterior a la interrupción del embarazo. Ambas son consideradas entidades distintas en su pronóstico y manejo, sin embargo, pueden coexistir, complejizando las decisiones terapéuticas.

MÉTODOS

Se presenta caso de una MAV uterina secundaria a aborto espontáneo con RPC, manejada con radiología intervencional y cirugía mínimamente invasiva. Se realiza una revisión de la literatura de ambas patologías y manejos actuales.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 31 años, multípara de 2 partos vaginales, antecedente de 2 abortos espontáneos completos, el último en Octubre del año 2022. Evoluciona con cuadro de 3 meses caracterizado por episodios de metrorragia abundante episódica autolimitados, con 3 consultas en Urgencia Maternidad HCSBA entre Enero y Marzo 2023, asociado a niveles positivos de gonadotropina coriónica humana (BHCG), con indicación de manejo ambulatorio. Nuevamente consulta el 14 de abril 2023 por metrorragia severa, donde se evidencia ultrasonografía transvaginal que demostró un engrosamiento endometrial heterogéneo con vascularización al Doppler color, y AngioTac de abdomen y pelvis con hallazgos compatibles con MAV uterina. Paciente con deseo de preservación de fertilidad. Se realiza manejo con embolización de gran MAV con 2 nidos provenientes de cada arteria uterina, e histeroscopia ambulatoria (Bettocchi®) con extracción de tejido irregular tipo RPC. Posterior a histeroscopia, paciente evoluciona con normalización de su patrón de sangrado uterino, negativización de BHCG. Biopsia diferida: tejido trofoblástico.

CONCLUSIÓN

La hemorragia uterina secundaria a una MAV es una condición infrecuente, pero que pone en riesgo la vida de la mujer. Su coexistencia con RPC es una condición aún más rara, con casos aislados reportados a nivel internacional. El cuadro clínico, apoyado por los estudios imagenológicos descritos, permiten establecer la hipótesis diagnóstica con cierta certeza. Actualmente la radiología intervencional, con embolización vascular, constituye una terapia segura y efectiva para el manejo de una MAV, que junto a la histeroscopia para el manejo de PRC, constituyen un manejo menos invasivo, y que permite la preservación de útero y fertilidad. Palabras clave: Malformación arteriovenosa, retención de productos de la concepción, embolización de arterias uterinas, histeroscopia ambulatoria.

MANEJO DE TUMOR OVÁRICO DE GRAN TAMAÑO, EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Rivera CI, Espinoza P2, Pomés CI, Celle CI, Zamboni MI

I Cirugía Mínimamente Invasiva, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
2 Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

En la vida, una de cada diez mujeres presentará un tumor ovárico, siendo la mayoría de carácter benigno. Para diferenciar entre un tumor benigno o maligno y así orientar al tratamiento adecuado, hay que tener en cuenta las características de la paciente, edad, síntomas, hallazgos en el examen físico, el estudio imagenológico y los niveles de marcadores séricos. El O-RADS es un sistema de clasificación que engloba todas las categorías de riesgo, entregando recomendaciones de manejo para cada categoría. Dentro de los factores que determinan el manejo, está el tamaño. Es limitada la bibliografía respecto a la forma de abordaje de los tumores mayores o iguales ( ) a 10 cm.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo en pacientes con diagnóstico de tumor ovárico operadas en la unidad de Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad Católica y de la Clínica San Carlos de Apoquindo, desde el año 2016 al año 2022. Se construyó una base de datos que incluyó variables como edad de la paciente, fórmula obstétrica, fecha de última regla (FUR), motivo de consulta, características del tumor en el estudio con imágenes, valor de los marcadores tumorales, protocolo quirúrgico, tamaño del tumor anexial, histología (tanto biopsia rápida como diferida) y complicaciones intra o post operatorias. Finalmente se realizó una revisión de la literatura disponible en base de datos PubMed, Cochrane y Epistemónikos.

RESULTADOS

Tras excluir las patologías extra ováricas, se identificaron 774 pacientes operadas con diagnóstico de tumor ovárico. En 146 (18,9%) se evidenció un tumor ovárico a 10 cm. De éstas, 85 (58,2%) se encontraban en edad fértil y 61 (41,8%) eran postmenopáusicas. 54,1% consultaron por dolor abdominal y 37% por hallazgo en imágenes, asintomáticas. Dentro del estudio preoperatorio, en 17,1% se evidencia elevación de Ca 125. En 87 (59,6%) pacientes se prefirió realizar una laparotomía, mientras que en 56 (38,4%) de éstas, se abordó por laparoscopía. En 16 (11%) hubo rotura de la cápsula del tumor ovárico, de las cuales fueron 6 realizadas por laparotomía y 10 por laparoscopía. En los resultados anatomo-patológico, resultó benigno un 71.9%, maligno en 13.1% y borderline en un 15%. Por último, se presentaron complicaciones en 10 (6,2%) pacientes, 8 fueron por laparotomía y 1 por laparoscopia.

CONCLUSIÓN

El tumor ovárico es una de las patologías ginecológicas más frecuentes. El riesgo global de malignidad es bajo, por lo que en la mayoría de los casos va a ser posible ofrecerles una cirugía conservadora. Hoy en día el tamaño de un tumor ovárico ha dejado de ser una limitante para la cirugía laparoscópica, que además de demostrar más beneficios, la tasa de complicaciones por esta vía es significativamente menor al compararla con una laparotomía. Para conclusiones definitivas, es necesario realizar mayores estudios, y así poder crear un protocolo de manejo único que establezca la técnica laparoscópica más adecuada a utilizar al momento de enfrentarnos a un tumor ovárico de gran tamaño.

REPORTE DE CASO: ABSCESO TUBO-OVARICO PERSISTENTE

Oviedo J.1., Salvo I2.
1 Interna de medicina Universidad San Sebastián
2Ginecobstetra Hospital Puerto Montt - Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) es una enfermedad infecciosa común en pacientes femeninas en edad reproductiva de predominio entre los 22 y 44 años siendo el Absceso tubo – ovárico (ATO) una complicación importante que requiere manejo hospitalario ocurriendo en un 30% de todos las EIP hospitalizados y con una incidencia aproximada de 1,5 casos por mes al año promedio.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años, multípara de 1, con antecedentes de cervicitis a repetición con automedicación antibiótica de distintas familias (macrólidos, penicilinas y cefalosporinas) y extracción de tumor benigno ovárico derecho en 2008, vía abierta. Acude a urgencias por cuadro de 6 días de evolución caracterizado por dolor abdominal intenso en región hipogástrica, fiebre y flujo vaginal de mal olor. Al examen ginecológico con masa anexial izquierda palpable y dolorosa, exámenes de laboratorios con aumento de parámetros inflamatorios, a la ecografía masa anexial derecha de 15 x 10 mm, se interpreta cuadro como ATO izquierdo. Ingresa a laparotomía exploradora donde se evidencia ATO anexial izquierdo de 15 mm, adherido a fosa iliaca y útero, que impresiona endometrioma infectado, se realiza drenaje y aseo quirúrgico. Posterior a cirugía se mantiene con tratamiento antibiótico según recomendación CDC 2021 Ceftriaxona, Metronidazol y Doxiciclina, evolucionando con dolor, febril y con elevación de parámetros inflamatorios al 4to y 5to día de hospitalización, con ecografía que muestra imagen unilocular de 40 x 50 mm paraovarica.

En contexto de probable ATO persistente, al 6to día de hospitalización ingresa a segunda laparotomía, se observa pelvis sellada y se logra identificar ATO izquierdo por lo que se realiza anexectomía izquierda. Al cuarto día posterior a segunda intervención quirúrgica, en control imagenológico se evidencian colecciones en receso presacro y espacio peritoneal. En días posteriores evoluciona con compromiso hemodinámico, febril, persistencia de parámetros inflamatorios elevados y anemia severa, con posterior transfusión e ingreso a unidad de paciente critico. A los 17 días de hospitalización, tras evolución tórpida, se escala a tratamiento antibiótico con imipenem e ingresa a nuevo aseo quirúrgico, se evidencia ATO derecho, se procede a debridación digital, con salida de material purulento por puntos de anexectomía izquierda, con hematoma anexial izquierdo sin signos de infección, realizando extracción manual de coágulos. Dado adherencias de cervix a recto, se realiza histerectomía subtotal. Por cuadro persistente, se siguiere continuar tratamiento antibiótico, pero paciente decide alta voluntaria al 27 día de hospitalización. Estudio etiológico con hemocultivos negativos, cultivo de herida operatoria negativo, VDRL no reactivo, VHB, VHC, cultivo de torulado vaginal y PCR bordetella negativos. 3 días después, reingresa febril, con dolor hipogastrico y taquicárdica, ecografía transvaginal y TAC con colección sugerente de hematoma infectado a nivel paracecal izquierdo – retrocervical de 100 mm. Se hospitaliza, retoma tratamiento antibiótico con imipenem y se realiza drenaje vía vaginal en pabellón, con cultivo de secreción que resulta negativo a los 5 días. Paciente evoluciona de forma favorable, afebril y con disminución de parámetros

inflamatorios, se suspende terapia antibiótica tras completar 34 días con imipenem. En días posteriores mantiene estabilidad clínica, por lo que se decide alta médica.

DISCUSIÓN

Pese al manejo con tratamiento antibiótico recomendado por la CDC, no se logró controlar la enfermedad inicialmente. El uso indiscriminado de automedicación constituye un factor de riesgo para desarrollar infecciones de etiologías multirresistentes, con un manejo inicial inadecuado, retraso en el diagnóstico y evolución tórpida del cuadro clínico.

MEDICINA MATERNO FETAL

AUSENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL EN 135 EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH, EN TAR; Y CARACTERÍSTICAS DEL SUBGRUPO CON PARTO PREMATURO

(1) Dr Fernando Abarzua, (2, 4) Dra Carolina Cerda (2) EU Vany Sanchez, (3) TM Claudia Cifuentes, (1) Mat Carol Erices, (4) AL Alejandra Alvestegui, (4) Al Aline Piffaut,, (2, 4) Dra Carolina Chahin

(1) Servicio Medicina Materno Fetal, (2) Unidad de Infectología, (3) Laboratorio; del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile. (4) Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones farmacológicas y obstétricas han logrado reducir la transmisión vertical (TV) de VIH en el mundo. Sin embargo, estas embarazadas siguen siendo un grupo de alto riesgo de complicaciones perinatales, como el parto prematuro (PP), siendo la principal causa de mortalidad perinatal. Se presenta la experiencia de más de dos décadas con las embarazadas tratadas con TAR (terapia antirretroviral) en un Hospital público.
OBJETIVOS: 1. Describir las características y resultados obstétricos en gestantes con diagnóstico de VIH en TAR. 2.Caracterizar coinfecciones en el grupo estudiado. 3. Determinar riesgo de parto prematuro en relación con población general y su asociación a TAR. 4. Evaluar presencia de transmisión vertical de VIH. OBJETIVOS: 1. Describir las características y resultados obstétricos en gestantes con diagnóstico de VIH en TAR. 2.Caracterizar coinfecciones en el grupo estudiado. 3. Determinar riesgo de parto prematuro en relación con población general y su asociación a TAR. 4. Evaluar presencia de transmisión vertical de VIH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, de todas las embarazadas con infección VIH, que recibieron TAR entre enero 2001 y abril 2023, atendidas por un equipo multidisciplinario. Se revisaron sus antecedentes obstétricos, coinfecciones, TAR recibida, carga viral, edad gestacional y vía al parto, así como también complicaciones perinatales, TV y mortalidad perinatal.

RESULTADOS

En el periodo de estudio hubo 135 partos de embarazadas con diagnóstico de VIH bajo TAR. De las 135 pacientes totales, en 13,3% ocurrió parto prematuro (18/135). No hubo diferencias entre grupo con o sin Lopinavir/ritonavir : 13,7% (7/51) y 13,1% (11/84). En 13 de 18 partos de pretérmino, se identificó origen: de ellos, 61% fue por indicación médica y 39% espontáneo. De los por indicación médica, la principal causa fue insuficiencia placentaria (HELLP, RCF, DPPNI). El 73% eran prematuros tardíos. No hubo prematuros menores a 32 semanas. El 86% (13/15) de los PP fueron por cesárea. En 1/15 (5,5%) se presentó infección puerperal. En los 135 binomios se aplicó protocolo prevención de TV postparto y se suspendió lactancia materna. **No hubo casos de transmisión vertical (0 %) ni mortalidad perinatal en esta cohorte.**

CONCLUSIÓN

El riesgo de transmisión vertical de VIH se ha reducido dramáticamente gracias a manejo interdisciplinario, TAR combinadas, medición carga viral y vía de parto según antecedentes. En nuestra serie no hay RN infectados. Sin embargo, el parto prematuro sigue siendo una complicación más frecuente que en la población general (9% en nuestro país). La infección por Chlamydia tiene el doble de frecuencia que en embarazadas no-VIH: 16% vs 8%. En nuestra cohorte, el uso de Lop/rit no aumentó riesgo de prematurez, a diferencia de lo reportado internacionalmente. La insuficiencia placentaria fue la principal causa. Por ello, estas pacientes requieren control en Unidades Especializadas Infectológicas y Materno fetales.

SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON WHITE Y EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Ahumada C.1, Parker J. 1, Cabrera P. 1, Silva S. 2, Zúñiga P.1,3, López S.1,3,4

1Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. 2Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Casa Central. 3Hospital San Camilo, San Felipe. 4Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Wolff-Parkinson White es un defecto congénito del sistema de conducción cardiaca poco frecuente, en donde existe proliferación de vías accesorias de conducción eléctrica que pueden desencadenar episodios paroxísticos recurrentes de taquicardia supraventricular y muerte súbita cardiaca. Son pocos los reportes de caso de esta patología durante el embarazo, por lo que la elección de tratamiento es un desafío multidisciplinario. En población no gestante, el tratamiento de primera línea para prevenir arritmias recurrentes es la ablación con catéter de la vía accesoria; en caso de contraindicación o rechazo de dicho manejo, la elección es terapia farmacológica con antiarrítmicos como flecainida y con betabloqueadores. Dentro de los betabloqueadores más utilizados para la prevención de dichas arritmias se encuentra atenolol, cuyo uso durante la gestación se ha asociado a riesgo de Restricción de Crecimiento Fetal (RCF), por reducción del gasto cardiaco materno, afectando consecuentemente a la perfusión placentaria.

MÉTODOS

Se realiza reporte de un caso clínico sugerente de debut de síndrome de WolffParkinson-White durante el embarazo, manejado en el Hospital San Camilo de San Felipe, región de Valparaíso.

RESULTADOS

Primigesta de 29 años, nacionalidad venezolana, quien cursando embarazo de 12 semanas de gestación acude a Servicio de Urgencia por cuadro de dolor torácico y palpitaciones. A su ingreso se solicita electrocardiograma el cual fue compatible con Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV). Se indica cardioversión farmacológica escalonada con Adenosina, Verapamilo y luego Amiodarona. Durante hospitalización cursa nuevo episodio de TPSV, ante lo cual se realizó seguimiento electrocardiográfico seriado. Evaluada por cardiología, impresiona síndrome Wolff-Parkinson-White, por lo que se decide inicio de tratamiento con Atenolol 25 mg cada 12 horas y ablación cardiaca diferida tras término de gestación. Posterior a alta hospitalaria, paciente cursó con nuevos episodios de taquicardia, por lo que se decidió aumentar dosis de atenolol a 50 mg cada 12 horas y agregar flecainida 100 mg cada 12 horas. Evoluciona a las 31 semanas con un crecimiento fetal bajo percentil 2.5 (OMS), con vasodilatación cerebral, por lo que se convoca a un comité clínico-multidisciplinario (comité perinatal) y se decide suspender atenolol y aumentar flecainida 100 mg cada 8 horas. Se mantiene en observación seriada, sin nuevos episodios de palpitaciones. Debido a RCF, se decide interrupción a las 37 semanas de gestación. Peso de nacimiento 2045 g, Talla 44 cm, APGAR 8-9. Se decide ingreso a neonatología para observación siendo dado de alta posteriormente sin complicaciones. Madre evoluciona durante el puerperio sin nuevos episodios de arritmia, a la espera de completar estudio.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso de debut de arritmia durante el embarazo sugerente de síndrome de Wolff-Parkinson-White

con múltiples episodios sintomáticos, que fue manejada con atenolol para control de la arritmia y que tuvo como consecuencia una restricción de crecimiento fetal. Se recalca la importancia de la discusión multidisciplinaria que permita identificar y manejar las potenciales consecuencias fetales de las terapias maternas, para buscar el mejor desenlace posible.

REPARACIÓN ENDOSCÓPICA PRENATAL DE MIELOMENINGOCELE EN UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, CHILE

Brunman E(1), Vergara V(1), Morgan M(1), Moyano F(2), Figueroa H(1), Biancardi S(3), RojasF(3), Lapa D(3), Yamamoto M(1).

(1) Departamento de Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción. Universidad de Los Andes. (2) Servicio de Neurocirugía. Clínica Universidad de los Andes. (3) Servicio de Anestesiología. Clínica Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN

La reparación endoscópica ha ganado gran popularidad por el perfil de seguridad materno con resultados perinatales similares a la cirugía abierta. El presente trabajo resume los resultados obtenidos.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de casos, desde el primer caso en 2018 hasta 2022.

RESULTADOS

27 embarazadas han sido operadas en nuestra institución hasta la fecha, pero para efectos de este trabajo se considerarán los 24 casos operados hasta 2022. Las primeras 22 fueron operadas con la técnica SAFER, las últimas 2 tuvieron una minilaparotomía para la inserción de un trócar de 5mm de óptica directa en el útero con posterior sutura de la incisión. No hubo mortalidad fetal ni perinatal. En 2 casos, la cirugía no pudo completarse por falta de acceso al defecto. En 3 ocasiones hubo un pneumoperitoneo que requirió drenaje con aguja de Verres o minilaparotomía periumbilical. La duración de la cirugía fue de 164 minutos (95-300) y la edad gestacional promedio al momento de la cirugía fue de 27 semanas. Se requirió de una derivación ventrículoperitoneal en 6 casos (25%), uno de estos fue en una cirugía que no se pudo completar. El seguimiento del desarrollo neurológico es adecuado, no obstante, aún no lo suficientemente prolongado para muchos niños. En esta serie de casos no se reportaron transfusiones sanguíneas maternas y tampoco hospitalización en UCI. La rotura prematura de membranas se observó en 10 casos y 8 tuvieron un parto prematuro bajo las 32 semanas de edad gestacional.

CONCLUSIÓN

La reparación endoscópica en nuestra institución es llevada a cabo de manera segura, sin morbilidad materna. El resultado neonatal en relación con la derivación ventrículoperitoneal es similar a la de la cirugía abierta.

ISOINMUNIZACIÓN POR ANTICUERPOS IRREGULARES, UNA FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN; A PROPÓSITO DE UN CASO

Cerda A 1, Honorato M1, Novoa J1

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

INTRODUCCIÓN

La incompatibilidad de grupo sanguíneo feto-materna puede generar una respuesta inmune de la madre mediada por inmunoglobulinas, donde se generan anticuerpos maternos contra antígenos presentes en los glóbulos rojos fetales, los cuales pueden generar hemolisis de los glóbulos rojos portadores del antígeno con riesgo de desarrollar enfermedad hemolítica perinatal (EHP). Su principal causa es la incompatibilidad del grupo ABO, seguida por el grupo Rh (Dd, Ee y Cc).

CASO CLÍNICO

Paciente haitiana de 39 años multípara de 2 partos vaginales, derivada a controles al Policlínico del Alto Riesgo Obstétrico a las 18 semanas de embarazo en contexto de isoinmunización a anticuerpos irregulares, con Coombs indirecto de ingreso a control prenatal con anticuerpo irregulares Anti D 1/1, sensibilizada en su último embarazo, con resultado de RN de grupo O, RhD (+) y test de Coombs directo (+++), y madre con grupo O, RhD (-), anticuerpos irregulares positivo anti D positivo 1/32. A las 29+4 semanas de embarazo en su control ecográfico se pesquisa una alteración del Doppler de la ACM con una PVS de 65.7 cm/seg, MoM 1.67, sugerente de anemia fetal severa, sin signos de hidrops fetal, por lo que se hospitaliza para eventual transfusión fetal intrauterina, se administran 2 dosis de Betametasona 12 mg IM por riesgos de prematurez asociados a patología y eventual procedimiento, se rescata resultado de Coombs indirecto donde se identifican anticuerpos irregulares AntiD en título 1/512 altamente sensibilizada y AntiE en titulo 1/64. Se evaluó de forma diaria el Doppler de la ACM, por diferentes operadores, el cual mostró resultados intermitentes de anemia, con valores de MoM que iban desde 1.16 (sin anemia fetal), hasta valores de 1.62 (anemia fetal moderada). Se decide realizar cordocentesis y medición directa de hemoglobina fetal, dando resultado una Hb fetal de 12.3 g/dl, suspendiéndose la transfusión intrauterina, quedando la paciente en controles ecográficos semanales ambulatorios para evaluar signos sugerentes de anemia fetal durante el resto del embarazo. La paciente reingresa a las 38+4 semanas, citada para inducción del trabajo de parto, la cual se realiza sin incidentes, logrando como resultado un parto vaginal eutócico, con RN femenino de 3220g. El recién nacido evoluciona con leve aumento de bilirrubina llegando a valores máximos de 15.43 mg/dl, asociado a una disminución progresiva del hematocrito desde 53% a 39%, con aumento de reticulocitos que ascienden hasta 5.5%, con requerimientos de fototerapia, sin necesidad de transfusión, logrando una buena evolución clínica. Se rescata grupo de RN OIV, Rh (+), Coombs directo (+).

CONCLUSIÓN

Este caso muestra una forma atipica de presentació para tan alta sensibilización y la importancia del seguimiento y detección precoz de pacientes con isoinmunización eritrocitaria previo al embarazo, para prevenir el desarrollo de la EHP, pero también evidencia el posible aumento de casos como el presentado por el aumento de la migración y las diferentes medidas de salud para la prevención de esta patología.

INTERACCIONES ENTRE EL HUESPED Y EL MICROBIOMA VAGINAL EN DISTINTOS SUB-TIPOS DE PARTO PREMATURO

Galaz J1,2,3, Romero R2, Greenberg JM2,3, Theis KR2,3, Arenas-Hernandez M2,3, Xu Y2,3, Farias-Jofre I,2,3, Miller D2,3, Kanninen T2,3, Garcia-Flores V2,3, Gomez-Lopez N2,3

1 Division de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; Santiago, Chile; 2 Pregnancy Research Branch, NICHD/NIH/DHHS; Detroit, Michigan, and Bethesda, Maryland, USA; 3 Department of Obstetrics and Gynecology, Wayne State University School of Medicine; Detroit, Michigan, USA.

INTRODUCCIÓN

La inflamación intra-amniótica puede ser causada por microorganismos (infección intra-amniótica), o por alarminas (inflamación intra-amniótica estéril). Uno de cada cuatro partos prematuros es causado por inflamación intra-amniótica, y por lo tanto, la investigación de los mecanismos moleculares involucrados es crucial. Aunque se ha descrito que alteraciones del microbioma vaginal se asocian a inflamación intra-amniótica, aun no se ha demostrado causalidad. En este estudio, utilizamos modelos animales de trabajo de parto prematuro (TPP) para investigar si la inflamación intra-amniótica microbiana o estéril altera el microbioma vaginal y la respuesta inmunológica local en el cervix y la vagina durante el TPP. Además, investigamos si el TPP facilita el ascenso de bacterias desde la vagina hacia la cavidad amniótica.

MÉTODOS

Ratonas embarazadas fueron inyectadas intra-amnióticamente bajo visión ecográfica con LPS (lipopolisacárido de E. coli) como modelo de infección intra-amniótica, con la alarmina IL-1a simulando inflamación estéril, o con solución salina como control. Adicionalmente, se incluyó un modelo de parto prematuro no inflamatorio a través de inyección subcutánea de Mifepristona (RU-486), o DMSO como control. La longitud cervical medida vía ecográfica fue usada como indicador de TPP. En un segundo grupo, se recolectó el cervix para estudiar invasión tisular por leucocitos durante el TPP (fase temprana y fase activa). En un tercer grupo se recogieron hisopos vaginales para la secuenciación y la caracterización del microbioma vaginal antes y durante el TPP. En un cuarto grupo, E. coli fluorescente fue administrada en la vagina, para estudiar si el TPP facilita el ascenso de bacterias intra-vaginales.

RESULTADOS

La administración de LPS indujo una potente reacción inflamatoria en el líquido amniótico y en el microambiente vaginal, causando alteraciones en el microbioma y signos de fase activa del TPP. La inyección intra-amniótica de IL-1a causó una respuesta inflamatoria moderada en la cavidad amniótica, pero una inflamación sostenida en el canal cervico-vaginal. Además, esta alarmina indujo cambios en el microbioma vaginal y signos de fase activa del TPP. Por otro lado, Mifepristona indujo una respuesta inflamatoria local en el cervix y la vagina, y signos de fase activa del TPP; sin embargo, no generó cambios en el microbioma vaginal. No hubo cambios en el microbioma vaginal en la fase temprana del TPP en ninguno de los tres modelos. Finalmente, el trabajo de parto prematuro facilitó el ascenso bacteriano desde la vagina hacia la cavidad amniótica, independiente del estímulo utilizado.

CONCLUSIONES

Este estudio proporciona nuevos hallazgos acerca de la compleja fisiopatología del trabajo de parto prematuro y la relación entre el hospedero y el microbioma vaginal. Además, muestra por primera vez evidencia directa que el trabajo de parto prematuro puede inducir un ascenso de bacterias desde la vagina hacia la cavidad amniótica.

VENTRICULOMEGALIA FETAL ASOCIADA A HEMORRAGIA INTRACRANEANA GRADO IV: A PROPÓSITO DE UN CASO

Collingwood-Selby A., Perez, J., Joublan P., Ahumada P.

Hospital San Juan de Dios (HSJDD)

INTRODUCCIÓN

La ventriculomegalia (VMG) fetal es definida por un diámetro atrial >10 mm a la ecografía. Puede ser generada por pérdida de parénquima cerebral, obstrucción del sistema ventricular, o por producción excesiva de Liquido CéfaloRaquídeo (LCR). Su estudio etiológico incluye la búsqueda de infecciones, análisis genéticos, neurosonografía fetal avanzada y resonancia magnética fetal (RMN), siendo estos dos últimos operador-dependientes. Una de las posibles etiologías ante una VMG de rápida progresión, es la estenosis del acueducto de Silvio, que puede ser causada por hemorragia intracraneal (HIC). La HIC es una entidad poco frecuente, que puede ser detectada por una neurosonografía, y se clasifica en cuatro grados según su severidad. Dentro del estudio de la HIC, se deben considerar tanto factores maternos como fetales, sin embargo, en la mayoría de los casos, su etiología no se logra precisar. **Métodos**: Revisión bibliográfica y reporte de caso clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente multípara de 1, de 27 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. En seguimiento por la Unidad de Ecografía Obstétrica del HSJDD por insuficiencia tricuspídea, sin repercusión funcional ni otras anomalías. A las 29 semanas de gestación, se evidencia VMG severa, bilateral y asimétrica de 35mm a izquierda y 25mm a derecha. Además, destaca una velocidad de peak sistólico de arteria cerebral media > 1,5 MoM. Ante estos hallazgos, se realiza una neurosonografía fetal avanzada en la que se observa VMG triventricular severa, imágenes sugerentes de HIC grado III-IV y probable obstrucción de acueducto de Silvio. La RMN fetal cerebral realizada a las 30 semanas coincide en los hallazgos. Una segunda neurosonografía realizada por el mismo operador durante las 35 semanas de gestación informa progresión de la VMG, macrocefalia, sin visualizar signos sugerentes de HIC en esta exploración. El screening infeccioso, y los anticuerpos antiplaquetarios en sangre materna y paterna resultan negativos. Se realiza cesárea corporal a las 38 semanas, obteniéndose recién nacido de 3680 gr., APGAR 8-8, pH normal, sin otras complicaciones. Durante el periodo postnatal se confirma macrocefalia y VMG, aún sin etiología precisada. Actualmente, se encuentra en seguimiento por neurocirugía, a la espera de un drenaje ventrículo peritoneal.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso poco frecuente de VMG severa y de rápida progresión. La neurosonografía fetal avanzada cuando es realizada por un operador experto, otorga información detallada para orientar el posible diagnóstico y pronóstico, además es una herramienta útil para evaluar la evolución del cuadro clínico. A pesar de la baja prevalencia de la HIC, debe ser considerada como causa ante una VMG con características clínicas similares a las presentadas en este caso, dado su mal pronóstico a corto y largo plazo, y su relevancia en el manejo del parto.

TOXOPLASMOSIS: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN ANTENATAL

López S.1,2,3, Cortés D.1,2, Ahumada C.2, Parker J.2, Zúñiga P. 1,2

1Hospital San Camilo, San Felipe 2Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe 3Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es la zoonosis parasitaria de mayor prevalencia. Con múltiples mecanismos de transmisión, destaca la vertical por vía transplacentaria. El riesgo de transmisión vertical y la severidad son variables, relacionados con la edad gestacional. La manifestación clínica materna es una enfermedad tipo influenza, destacando linfoadenopatías, pero suele ser asintomática. Las manifestaciones fetales son inespecíficas, destacando calcificaciones intracraneales, dilatación ventricular, microcefalia, RCIU, hepatoesplenomegalia, intestino ecogénico, hidrops fetal entre otras manifestaciones.

Métodos: Se presentan dos casos de Toxoplasmosis fetal durante el embarazo, pesquisados en el Hospital San Camilo de San Felipe, región de Valparaíso.

RESULTADOS

Caso 1: Primigesta de 24 años, quien cursando embarazo de 16+6 semanas debutó con adenopatías submandibulares bilaterales dolorosas. Se solicita serología para TORCH, resultando IgM e IgG positivas para toxoplasmosis, con un test de avidez bajo. En ecografía fetal se detectaron calcificaciones cerebrales periventriculares y peritalámicas, además de sospecha de calcificaciones periportales. Se realiza amniocentesis, detectando mediante RCP Toxoplasma gondii. Se decide inicio de pirimetamina, sulfadiazina y ácido folínico, administrando cotrimoxazol durante 2 meses por falta de disponibilidad esquema primera línea. Requirió múltiples hospitalizaciones por vómitos, secundarios a intolerancia a fármacos. Mantiene controles en Medicina Materno Fetal, evolucionando con trabajo de parto activo a las 38 + 2 semanas. PN 3.160 g, T: 49 cms, CC: 34.5 cms. Destaca ausencia de lesiones en RM encéfalo, con coriorretinitis crónica ojo derecho y DSM normal. Completa el esquema terapéutico durante un año, con buena tolerancia y sin incidentes. Caso 2: Primigesta de 22 años, quien cursando embarazo de 31+2 semanas, fue derivada por hidrops fetal. Al interrogatorio dirigido, antecedente de adenopatías cervicales dolorosas hace 1 mes, no estudiadas. Del estudio TORCH destacan IgM e IgG positivas para Citomegalovirus y Toxoplasma gondii. En ecografía obstétrica no se observan malformaciones, se visualiza edema de piel, ascitis, hidropericardio y aumento significativo de la velocidad de la A. cerebral media y ductus venoso sobre p95. Se decide realizar cordocentesis, con hemoglobina fetal de 8.7% (anemia leve), ejecutándose transfusión intrauterina, sin incidentes. Mejoría transitoria de ductus venoso, el que vuelve a alterarse a las 32+1 semanas de gestación, decidiéndose interrupción vía cesárea. PN:2.523, GEG, APGAR 3,7 y 8. Presenta EMH, con diagnóstico de DBP O2 dependiente. Evoluciona con hepatitis neonatal y bicitopenia recuperadas, con RM encéfalo neonatal con calcificaciones periventriculares y supratentoriales, vasculopatía mineralizante y dilatación ventricular leve. Fondo de ojo con signos de coriorretinitis inactiva bilateral. Serología con IgM e IgG positiva para T. gondii, además de RCP positiva en LCR. Se decide terapia primera línea con sulfadiazina, pirimetamina y ac. folínico, bien tolerada a la fecha de este reporte.

CONCLUSIONES

Este estudio proporciona nuevos hallazgos acerca de la compleja fisiopatología del trabajo de parto prematuro y la relación entre el hospedero y el microbioma vaginal. Además, muestra por primera vez evidencia directa que el trabajo de parto prematuro puede inducir un ascenso de bacterias desde la vagina hacia la cavidad amniótica.

IMPACTO DEL DOPPLER MATERNO FETAL Y LA HISTORIA MATERNA EN LA PREDICCIÓN DE RESULTADO PERINATAL ADVERSO EN FETOS AFECTADOS POR RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL TARDÍO.

López S.1,2, Luna D.3, Sepúlveda-Martínez A.1, Parra-Cordero M.1

1Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital San Camilo, San Felipe, 3 Hospital Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

La Restricción del Crecimiento Fetal (RCF), es una entidad clínica cuya prevalencia varía entre el 4-6% y tiene múltiples causas, siendo la más importante la insuficiencia placentaria. Existe un patrón bien definido de alteraciones del Doppler que pueden predecir la ocurrencia de resultados adversos en las RCF precoces (diagnosticadas antes de las 32 semanas). Este patrón no es muy claro en las RCF tardías (diagnosticadas durante o después de las 32 semanas), aunque existe asociación entre el Doppler de la arteria cerebral media (ACM) y el ratio cerebro placentario (RCP) con resultados adversos. El objetivo es establecer un modelo multivariado de predicción de resultado perinatal adverso al momento del diagnóstico de RCF tardío.

MÉTODO

Estudio observacional y retrospectivo de una cohorte de RCF tardíos diagnosticados en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre enero de 2006 y diciembre de 2019. El desenlace principal fue ' Resultado Perinatal Adverso' (RPA), definido como desenlace compuesto que incluya uno o más de los siguientes eventos perinatales: Cesárea de urgencia, Muerte fetal, Muerte neonatal precoz, Asfixia perinatal, Apgar <7 a los 5 minutos, ingreso a UCI neonatal, uso de ventilación mecánica, presencia de complicaciones de la prematuridad. Por medio de una regresión logística univariada y multivariada se identifican aquellas variables relacionadas con un RPA. Posteriormente se elabora un árbol decisional utilizando un método de detección automático de interacciones mediante Chi Cuadrado (CHAID).

RESULTADOS

Del total de RCF controladas, 495 fueron tardías. Los mejores predictores de RPA fueron: RCP <p5: OR= 1,6 (0,99 – 2,59), p= 0,05 y edad gestacional <34 semanas al diagnóstico de RCF: OR= 2,0 (1,22 – 3,26), p= 0,006. Se construyó un árbol decisional, encontrando en globo un 20,4% de RPA. El principal factor que influye en la probabilidad de RPA es la edad gestacional: sobre las 34 semanas el porcentaje de RPA baja a 17,2% y entre las 32-34 semanas aumenta a un 29,1% siendo esta diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (p=0,003). La determinación del RCP toma importancia en el grupo de edad gestacional entre las 32 y 34 semanas. Cuando este está por sobre el p5 el RPA alcanza un 25% y cuando está por debajo del p5 alcanza un 39,5% (p=0,1).

CONCLUSIONES

El presente estudio demuestra que los RPA en fetos con RCF tardío están en directa relación con la alteración del RCP y la edad gestacional al diagnóstico. El uso del RCP pareciera tener un rol predictivo en el subgrupo de RCF tardía entre las 32 y 34 semanas de gestación.

EVALUACIÓN DE MARCADORES CLÍNICOS Y BIOFÍSICOS PREDICTORES DE PREECLAMPSIA TARDÍA ENTRE LAS 35 Y 38 SEMANAS DE GESTACIÓN

Lorca N, Marques X, Socias P, Flores O, Mocarquer J, Sepúlveda A, Riquelme N, Vergara P, Parra-Cordero M.

Unidad Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Objetivo: Evaluar el rendimiento del cribado de la preeclampsia (PE) entre las 35 y 38 semanas de gestación mediante factores maternos y factores biofísicos.

MÉTODOS

Este fue un estudio prospectivo observacional en embarazos únicos que asistieron a una ecografía entre las 35+0 y 37+6 semanas como parte del cuidado rutinario del embarazo en nuestra Unidad de Medicina Fetal. La variable dependiente fue la PE a término (> 37 semanas) y las variables independientes fueron las características clínicas de las mujeres embarazadas, el índice de pulsatilidad medio del Doppler de la arteria uterina (IP-AUt) y la presión arterial media (PAM). Se realizó un análisis univariante y multivariante para determinar un modelo predictor de PE.

RESULTADOS

La población de estudio incluyó 949 embarazos, de los cuales 46 (4,8%) desarrollaron posteriormente PE de término. En los embarazos que desarrollaron PE de término, se observó un aumento en la edad materna, el índice de masa corporal (IMC), la PAM y el IP-AUt. Con una tasa de falsos positivos del 10%, la tasa de detección de PE de término fue de aproximadamente el 22% utilizando solo factores maternos, lo cual no se mejoró con la adición del IP-AUt. Sin embargo, la tasa de detección de este modelo combinado aumentó a alrededor del 60% con la adición de la PAM.

CONCLUSIONES

El cribado mediante una combinación de factores maternos - edad materna e IMC - y la PAM entre las 35 y 38 semanas de gestación podría identificar una alta proporción de embarazos que desarrollan PE de término.

TUMORES ABDOMINALES FETALES, UN HALLAZGO POCO FRECUENTE EN EL ULTRASONIDO OBSTÉTRICO: EXPERIENCIA CIMAF – HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Soto R 1, Lozada Y 3, Silva P 2, Prieto J 2, Martinovic C 2, Paredes E2, Kusanovic J 1,2,Vargas P 1,2

1. División Obstetricia y Ginecología, Universidad Católica de Chile.
2. Centro de Investigación e Innovación Materno Fetal, Hospital Dr. Sótero del Río.
3. Becado Obstetricia y Ginecología, Universidad Católica De Chile

INTRODUCCIÓN

Los tumores abdominales fetales son hallazgos poco frecuentes en la ecografía prenatal, lo que hace que su incidencia haya sido difícil de precisar (1). Un desafío en la evaluación ecográfica de los órganos abdominales es el lograr diferenciar una entidad patológica de una variante normal, y por otra parte, tenemos la variabilidad de los hallazgos según la edad gestacional (2). El objetivo de este estudio es describir las pacientes con hallazgo de tumor abdominal ecográfico y analizar su precisión diagnóstica y finalmente su seguimiento postnatal.

MÉTODOS

Corresponde a un estudio retrospectivo y descriptivo. Se realizó una búsqueda en el registro computacional (Software Viewpoint) y se encontraron 62 pacientes entre el año 2014 y 2022, que han firmado un consentimiento para el uso de datos. Luego de excluir patologías no relacionadas (defectos de pared abdominal), se analizaron 43 pacientes. Para la obtención de los datos se revisó el registro de ecografías, fichas clínicas de las pacientes y recién nacidos. Además se contactó telefónicamente a las pacientes en los casos de registros incompletos. Se analizó la distribución según su diagnóstico diferencial y las características en relación a la interrupción del embarazo. En relación al seguimiento se evaluó el porcentaje de recién nacidos vivos (RNV), malformaciones asociadas, su correlación diagnóstica y la necesidad de una intervención postnatal.

RESULTADOS

De las 43 pacientes que se analizaron 12 (27,9%) se diagnosticaron como quistes renales, 15 (34.9%) quistes ováricos, 3 (7%) quistes suprarrenales, 2 (4,7%) quistes del colédoco, 2 (4,7%) quistes mesentéricos, 1 (2.3%) quiste esplénico y 1 (2,3%) quiste del uraco, y finalmente 7 (16,3%) no tuvieron diagnóstico definitivo prenatal. Hubo un 100% de RNV, que nacieron por parto vaginal en un 59,8% y por cesárea en un 30,2% (siendo un porcentaje mayor en los quistes ováricos). El 80,9% logró un embarazo de término y la distribución por sexo fetal fue equitativa (50%, excluyendo los quistes ováricos). De los datos analizados el 50% obtuvo una resolución espontánea y el 16,3% una malformación asociada (siendo esto más frecuente si el quiste provenía del sistema urogenital).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según los resultados vemos una correlación diagnóstica pre y postnatal en la mayoría de los casos. Esto es concordante con la revisión de lo reportado, donde se establecen tasas de detección de hasta un 90%, dejando de lado la resonancia magnética de rutina (3,4). El problema que persiste es decidir qué casos serán candidatos a una cirugía postnatal o incluso una terapia invasiva prenatal. En los reportes de casos, se ha visto que se reserva esto último ante un inminente compromiso cardio pulmonar fetal producto de un efecto de masa. Un estudio observacional definió el diámetro mayor de las lesiones abdominales quísticas como un parámetro capaz de predecir la probabilidad de resolución espontánea postparto (5,6). En

nuestra unidad, se ha establecido en estas pacientes una evaluación ecográfica detallada describiendo su localización, relación anatómica y finalmente la evolución ecográfica. El porcentaje de asociaciones con otra malformación en nuestro estudio asciende a más de un 15%. A modo de conclusión, queremos destacar la importancia de la evaluación multidisciplinaria, el seguimiento en un centro de derivación con un equipo de neonatología capacitado en un adecuado diagnóstico definitivo para definir la necesidad de una intervención quirúrgica.

(1) Khalil A, Cooke PC, Mantovani E, Bhide A, Papageorghiou AT, Thilaganathan B. Outcome of first-trimester fetal abdominal cysts: cohort study and review of the literature. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014 Apr;43(4):413-9. doi: 10.1002/uog.12552. PMID: 23828440.

(2) Ozyuncu O, Canpolat FE, Ciftci AO, Yurdakok M, Onderoglu LS, Deren O. Perinatal outcomes of fetal abdominal cysts and comparison of prenatal and postnatal diagnoses. Fetal Diagn Ther. 2010;28(3):153-9. doi: 10.1159/000318191. Epub 2010 Aug 12. PMID: 20714120.

(3) Sepulveda W, Dickens K, Casasbuenas A, Gutierrez J, Dezerega V. Fetal abdominal cysts in the first trimester: prenatal detection and clinical significance. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Dec;32(7):860-4. doi: 10.1002/uog.6142. PMID: 18839398.

(4) Wang Y, Wang X, Zeng K, Wang B, Zhao D, Yang Z, Chen L. Fetal Abdominal Cystic Masses: Clinical Spectrum and Prenatal Ultrasound Diagnosis. J Ultrasound Med. 2022 Nov;41(11):2775-2787. doi: 10.1002/jum.15963. Epub 2022 Feb 16. PMID: 35170798.

(5) Lewis S, Walker J, McHoney M. Antenatally detected abdominal cyst: Does cyst size and nature determine postnatal symptoms and outcome? Early Hum Dev. 2020 Aug;147:105102. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2020.105102. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32521469.

(6) Sanna E, Loukogeorgakis S, Prior T, Derwig I, Paramasivam G, Choudhry M, Lees C. Fetal abdominal cysts: antenatal course and postnatal outcomes. J Perinat Med. 2019 May 27;47(4):418-421. doi: 10.1515/jpm-2018-0311. PMID: 30763268.

MANEJO ACTIVO DE PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD ENTRE 34-37 SEMANAS Y MORBILIDAD RESPIRATORIA DE RECIÉN NACIDOS: METAANÁLISIS

Pablo Moore Ross, María Paz Marín Navarrete

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Base de Puerto Montt, Escuela de Medicina U. San Sebastián sede Patagonia.

INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia (PE), continúa hoy siendo un serio problema global. En la búsqueda por mejorar resultados, ensayos aleatorizados controlados (RCT) efectuados en la última década han demostrado que el manejo activo, de pacientes con PE sin criterios de severidad diagnosticadas entre las 34-37 semanas, disminuye las complicaciones maternas en comparación al grupo tradicional manejado en forma expectante hasta las 37 semanas. Pero, con el costo de incrementar la morbilidad respiratoria neonatal (MRNN). Riesgo relativo (RR) 1.41, metaanálisis 2022. Sin embargo, se sospecha que esta diferencia es debida más bien a los resultados de RCT efectuados antes del 2016, cuando el uso de corticoides en el pretérmino tardío era infrecuente. Por lo anterior, el objetivo primario de este trabajo es la búsqueda de datos actualizados, para evaluar el riesgo consolidado de MRNN en pacientes manejadas en forma activa. El objetivo secundario es explorar si hay variación del efecto en relación al año 2016.

MÉTODOS

Se siguen las recomendaciones Prisma 2020. Los estudios elegibles incluyen a los RCT que comparan manejo activo (parto dentro de 48 horas) versus expectante en pacientes con PE sin criterios de severidad entre las 34-37 semanas. Sin restricciones de idioma ni fecha de publicación. Se incluyen además datos procesados, en un metaanálisis previo de datos individuales, de RCT que además incluían a otros síndromes hipertensivos del embarazo, para tabular solo a las pacientes con PE. Las participantes son mujeres embarazadas con PE con embarazo único o múltiple diagnosticadas entre las 34 y 37 semanas. Medida de resultado: riesgo relativo con IC del 95%, para MRNN (síndrome de distrés respiratorio, necesidad de soporte respiratorio, ingreso a unidad neonatal por enfermedad respiratoria). La búsqueda y análisis de los artículos se hizo en forma separada por los dos autores. Se buscaron los resúmenes sin limitación de idioma ni año en Pubmed, Web of Science, Scopus, Scielo, clinicaltrials.gov y Google Scholar. Para cada RCT se tabularon los datos de los pacientes expuestos y no expuestos a la intervención, en relación a los eventos encontrados. Análisis con STATA 16. El modelo de metaanálisis utilizado tanto para el objetivo primario como el secundario sería de efectos fijos o aleatorios dependiendo del grado de heterogeneidad clínica evaluada entre los estudios encontrados. Gráfico de embudo para efecto de estudios pequeños. Gráfico de bosque. Heterogeneidad estadística: Q 2 e I2. Objetivo secundario: análisis por subgrupo y metarregresión, categorizando para ensayos publicados antes o después del 2016.

RESULTADOS

Se encontraron 8 trabajos que cumplieron los requisitos. Países bajos: 3, Reino Unido: 2, EEUU: 1, Egipto:1, India + Zambia: 1. Total 2544 pacientes. Se eligió para el análisis el modelo de efectos aleatorios. El gráfico de embudo mostró asimetría, con mayor representación de estudios pequeños que tienden a dar mayor valor al efecto. El metaanálisis encontró para el manejo activo un RR de morbilidad respiratoria del recién nacido de 1.22 con IC de 0.90-1.66. Q= 8.13 con p= 0.32; I2 23.9%. El metaanálisis por subgrupo encontró para los estudios efectuados antes del

2016 un RR de 2.07 (0.94-4.53), para el otro grupo RR 1.04 (0.83-1.30). Metarregresión encontró un coeficiente de 0.59 (IC -0.02-1.21) a favor de los estudios realizados antes del 2016.

CONCLUSIONES

El consolidado actual, que incluye entornos clínicos diferentes, no encuentra para las pacientes con PE sin criterios de severidad diagnosticadas entre las 34-37 semanas y manejadas en forma activa, incremento de riesgo significativo de morbilidad respiratoria del recién nacido. Incluso, para los estudios realizados después del 2016, la falta de asociación de morbididad respiratoria del recién nacido con el manejo activo, es aún más evidente. Independiente de su entorno clínico.

UNA NUEVA MIRADA A LOS RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN LA ROTURA DE MEMBRANAS ANTES DE LA VIABILIDAD

Cortes P.1, Paredes E2, Silva P2, Martinovic C2, Prieto JF 2, Rosas A2, Torres A2, Vargas P1,2,Kusanovic JP ,2

1 División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2 Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas antes de la viabilidad, considerada antes de las 24.0 semanas, es una complicación poco frecuente del embarazo afectando a menos del 1% de las mujeres. El enfoque sobre su manejo y pronóstico sigue siendo un desafío, dado su elevada asociación con morbimortalidad neonatal y complicaciones maternas Objetivos: Describir y analizar la mortalidad neonatal y morbilidad de los sobrevivientes, además del análisis de la morbimortalidad materna asociados a la rotura de membranas antes de las 24 semanas de gestación.

MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo realizado en el Hospital Dr. Sótero del Río. Se incluyó pacientes con rotura prematura de membranas pre viable confirmada como la ocurrida antes de las 24.0 semanas entre los años 2000 y 2022. Se revisaron los datos de atención de urgencias y de fichas clínicas de las participantes. Además se realizó la búsqueda de pacientes evaluados en el Centro de investigación e innovación en medicina materno-fetal (CIMAF). Se realizó revisión de fichas clínicas maternas y neonatales.

RESULTADOS

Hubo un total de 184 pacientes analizadas, en el 75% de los casos(139/184) la RPO fue espontánea (15% secundario a cerclaje de urgencia y 10% a amniocentesis). La edad gestacional promedio al momento de la RPO fue de 20.3 semanas (rango 12.6-23.6 semanas). La latencia promedio de las pacientes que optaron a manejo expectante fue de 29 días, siendo la mayor de 134 días, y la edad gestacional promedio al parto fue 25 semanas (rango de 24.1 a 33.3 semanas). Sobre morbilidad materna: corioamnionitis 18.5%(39/184), inflamación/infección intra amniótica 37.5%(69/184), 11.9% presentaron DPPNI (22/184). Nueve pacientes presentaron sepsis y solo 3 de ellas requirieron manejo en unidades de mayor complejidad. Outcomes neonatales: Hubo un total de 62 RN vivos, representando un 44% de todo el grupo, todos requirieron apoyo con oxígeno durante su evolución, el 77% (48/62) requirieron intubación en promedio 11 días, enfermedad de membrana hialina en un 69%(43/62), sepsis neonatal 30%(19/62), enterocolitis necrotizantes 24%(15/62), retinopatía del prematuro 16%(10/62), HIV 13%(9/62), solo un 4%(3/63) presentaron leucomalacia periventricular. El promedio de días de hospitalización en UCI fue de 74,7 días en rango de 8 a 179 días.

DISCUSIÓN

La rotura de membranas antes de la viabilidad es una condición grave del embarazo que se asocia a complicaciones maternas y fetales, sin embargo, es susceptible a manejo médico con el objetivo de prolongar el embarazo y mejorar el pronóstico neonatal, siendo posible obtener buenos resultados y en la mayoría de los casos es seguro para la madre.

PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL EN EMBARAZOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Parra, M1; Martínez, H1: Marín, MP1; Sabugo, MF2

Unidad Medicina Materno Fetal1 y Servicio de Reumatología2, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo clínicos, biofísicos y bioquímicos que podrían predecir una mayor incidencia de preeclampsia (PE) y restricción del crecimiento fetal (RCF)/pequeño para la edad gestacional (PEG) en embarazadas con lupus eritematoso sistémico (LES) que reciben tratamiento estándar.

MÉTODO

Se incluyeron 77 embarazos con LES, 12 con PE (15,6%) y 18 con FGR/SGA (23,4%), bajo tratamiento estándar y con control reumatológico, que tuvieron ecografías entre las 11 + 0 y 13 + 6 semanas y/o entre las 20 + 0 y 24 + 6 semanas en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital de la Universidad de Chile entre los años 2005 y 2019. Se evaluaron las características maternas, la presión arterial media (PAM) en el primer trimestre, el Doppler de la arteria uterina (DAUt) en ambas ecografías y los parámetros de laboratorio en todos los embarazos. Se realizó un análisis de regresión logística univariante y multivariante para determinar las variables asociadas significativamente con el desarrollo de PE y RCF/PEG. Estos resultados se representaron en una curva ROC para determinar el mejor punto de corte para el modelo.

RESULTADOS

Un mayor riesgo de PE estuvo asociado con la edad materna (OR, 1,21 (IC del 95%, 1,00-1,346), presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) (OR, 18,80 (IC del 95%, 2,70-130,69) e historia de nefropatía (OR, 81,72 (IC del 95%, 4,61-1449,2). Curiosamente, tanto el DAUt del primer como del segundo trimestre no fueron útiles como factor predictor de PE en este grupo de embarazos con LES. Por otro lado, los embarazos con LES que desarrollaron RCF/PEG estuvieron asociados con un Doppler alterado de la arteria uterina en el primer trimestre (OR, 1,13 (IC del 95%, 1.01-1.26) y también con el uso de dos o más medicamentos durante el embarazo (OR, 44.21 (IC del 95%, 1,17-1656,8). Finalmente, la tasa de detección y la tasa de falsos positivos para la predicción de PE y RCF/PEG en embarazos con LES fueron del 66,7% y del 60%, respectivamente, con una tasa de falsos positivos del 5,9% y del 2,9%, respectivamente.

CONCLUSIONES

En mujeres embarazadas con LES que reciben un tratamiento óptimo, es posible determinar un mayor riesgo de patologías asociadas con insuficiencia placentaria, y específicamente para PE y RCF, utilizando variables clínicas y biofísicas. Cabe señalar que el Doppler de la arteria uterina no es útil para predecir el riesgo de PE en estos pacientes, pero sí es útil para predecir el riesgo de RCF/PEG. Basándose en los resultados del análisis multivariante, fue posible generar un modelo predictivo que permite prever la aparición de complicaciones en pacientes con LES incluso cuando están bajo tratamiento efectivo.

VALOR DE LA PROTEINURIA DE 24 HORAS EN RELACIÓN A LOS RESULTADOS MATERNOS ADVERSOS EN EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

Plaza A. (1,2), Mönckeberg M. (1,3), Illanes S. (1), Garib C. (4), Picó D. (4), Mackenna S.(4), Rivera J.A.(4), Schwerter R. (5)

1. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes, Santiago. Chile. 2. Residente Ginecología y Obstetricia. Universidad de los Andes. Santiago. Chile. 3. Programa de Magíster en Epidemiología. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago. Chile. 4. Médico cirujano. Universidad de los Andes. Santiago. Chile. 5. Interna de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago. Chile

INTRODUCCIÓN

Los síndromes hipertensivos del embarazo (SHE) se caracterizan por una elevación anormal de la presión arterial (PA), asociada o no a proteinuria. Tienen una prevalencia del 10% y constituyen una de las principales causas de morbimortalidad del embarazo. La preeclampsia (PE) corresponde a su forma más grave, y el gold standard para su diagnóstico es la proteinuria de 24 horas. El uso de ésta última como criterio de severidad fue excluido por diversos estudios. Sin embargo, existe una heterogeneidad en estos artículos en los que se utilizan diferentes criterios de proteinuria (albuminuria, índice proteinuria/creatininuria, ácido úrico) y momentos en los que se solicita este examen. Por lo tanto, el rol de la proteinuria continúa siendo controversial y existe la necesidad de efectuar más estudios que evalúen su real utilidad.

Objetivos: Determinar y comparar la incidencia de outcome adverso materno y neonatal en relación a diferentes puntos de corte de proteinuria de 24 horas en mujeres embarazadas cursando con PE y en mujeres con HTA gestacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte histórica retrospectiva de mujeres con embarazos únicos hospitalizadas en el Hospital Parroquial de San Bernardo, cursando con PE o HTA gestacional definidas según criterios ISSHP, cuyo parto haya ocurrido en el mismo hospital entre el 01 de enero del 2017 al 31 de julio del 2022 y tengan proteinuria de 24 horas al momento de ingreso. Se evalúa la incidencia de crisis hipertensivas, outcome adverso compuesto materno como la presencia de al menos uno de los siguientes: Eclampsia/PRESS, TEP, transfusión de hemoderivados, ACV, hematoma subcapsular o rotura hepática, DPPNI, EPA, CID y RCIU severa en relación a diferentes puntos de corte de proteinuria: <300, 300-999, 1000-2999, >3000.

RESULTADOS

De un total de 223 pacientes, 146 tuvieron el diagnóstico de PE y 77 de hipertensión gestacional. De las pacientes con proteinuria mayor a 3 gramos, un 19% desarrolló algún outcome adverso materno (OR 0,3 IC 95% 0,1-1,0) en comparación con un 7,1% (OR 0,07 IC 95% 0,02-0,2) en aquellas con proteinuria entre 1 a 3 gramos y sólo un 4,7% (OR 0,04 IC 95% 0,01-0,1) en las pacientes con proteinuria menor a 300 mg. Un 62% presentó crisis hipertensivas en el grupo de proteinuria mayor a 3 gramos (OR 1,6 IC 95% 0,6-4.5), en comparación con 21% en las pacientes con proteinuria menor a 300 mg (OR 0,2 IC 95% 0,1-0,4). La edad gestacional promedio al parto fue de 38 semanas en las pacientes con proteinuria menor a 300 mg y de 35 semanas aquellas con proteinuria mayor a 3 gramos. La tasa de RCIU severo fue de 25% en las pacientes con proteinuria mayor a 3 gramos y de un 8% en aquellas con proteinuria menor a 300 mg.

CONCLUSIONES

Existiría una relación entre mayor nivel de proteinuria y mayor outcome adverso materno y neonatal. El valor de la proteinuria 24 horas como criterio de severidad en SHE es aún controversial y se debe reconsiderar en futuros estudios su utilidad para la toma de decisiones en el tratamiento de pacientes con SHE.

EMBARAZO A LOS 3 AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA, ÚNICO CASO REPORTADO EN LITERATURA CHILENA.

Rosas A.1, Prieto J.F.1Vargas P.2

1. Ginecóloga Obstetra
2. Ginecóloga obstetra, especialidad en medicina materno Fetal

INTRODUCCIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva cuya incidencia es de 2.16 por 100.000 habitantes en Europa, siendo más frecuente en hombres y la edad promedio de inicio es entre 58 a 63 años2 , por lo que los casos de embarazadas se consideran una rareza. Desde 1956 sólo existen 25 casos publicados en la literatura3,5 y 6 En cuanto a su evolución durante el embarazo, la literatura no es concluyente.

MATERIALES Y MÉTODO

Revisión de ficha clínica y datos de ecografías obstétricas.

RESULTADOS

Paciente de 39 años, M2 partos vaginales y antecedente de hipertensión arterial hace 6 años.ELA hace 3 años en tratamiento con baclofeno 10mg cada 8hrs y edavarone durante un año, el cual se suspende al diagnóstico de embarazo. Previo al embarazo, evaluación neurológica: percibe falta de fuerza y cierta torpeza al caminar, le cuesta más subir los brazos, disfagia ocasional. ExF: marcha espástica, disartria espástica, lengua con atrofia y fasciculaciones. Ext superiores M3 proximal, M2 distal Ext inferiores: M4 proximal M3 distal. Signos piramidales bilaterales Ingresa a control prenatal en PARO a las 9 semanas, donde se suspende hipotensores y se inicia aspirina 100mg/dia por alto riesgo de PE. Se realizan ecografías de rutina: 9sems, 14 sems, 22-24sem, y curvas de crecimiento a las 27 y 35 semanas. Feto crece de manera estable en percentil 25-50 Alarcon Pitalluga. Desde ingreso a control prenatal paciente caminaba con muletas, pero desde las 36 semanas, empieza a usar silla de ruedas por algia pélvica. Con disnea de moderados esfuerzos. Sin disfagia. Exámen neurológico: con dolores de cadera que le dificulta caminar. PIM y PEM (respiratorio) normal. Ex físico testing muscular no evidencia aumento de paresia, excepto proximal de ambas extremidades inferiores. Se destaca que peso permanece sin variación a lo largo del embarazo, a pesar de alimentación balanceada. A las 39 sems, 3 de octubre 2019, se hospitaliza para inducción electiva por patologías de base e importante algia pélvica, logrando alcanzar fase activa tras 2 dosis de misoprostol de 50mcg, presentando un parto vaginal precipitado, sin anestesia. RN 2830grs talla 48,5cm CC 35, Apgar 9-9. En el seguimiento a largo plazo, al año y 7 meses post parto, presentó TEP y TVP extensa, por lo que es usuaria de TACO en la actualidad y su enfermedad ha progresado requiriendo la instalación de GGT en abril 2022 , uso permanente de silla de ruedas y ortesis en hogar, pero permanece viva en la actualidad.

CONCLUSIÓN

La asociación entre ELA y embarazo es muy poco frecuente, existiendo poca y controversial evidencia respecto a la evolución de la enfermedad y embarazo. La mayor dificultad en estos casos, es la afectación respiratoria por ELA, generando necesidad de interrupción prematura del embarazo y ventilación mecánica en varios casos . En el caso descrito, la evolución de la paciente fue favorable,

a pesar de poseer ELA de larga data. A diferencia de los casos publicados, en donde se desconoce el seguimiento post parto en la mayoría de ellos y en los que se conoce, son desenlaces fatales al corto plazo post parto, incluso los de diagnóstico reciente de ELA, mientras que en nuestro caso, la paciente sigue viva 3 años y 8 meses post parto.

CONCLUSIÓN

La asociación entre ELA y embarazo es muy poco frecuente, existiendo poca y controversial evidencia respecto a la evolución de la enfermedad y embarazo. La mayor dificultad en estos casos, es la afectación respiratoria por ELA, generando necesidad de interrupción prematura del embarazo y ventilación mecánica en varios casos . En el caso descrito, la evolución de la paciente fue favorable, a pesar de poseer ELA de larga data. A diferencia de los casos publicados, en donde se desconoce el seguimiento post parto en la mayoría de ellos y en los que se conoce, son desenlaces fatales al corto plazo post parto, incluso los de diagnóstico reciente de ELA, mientras que en nuestro caso, la paciente sigue viva 3 años y 8 meses post parto.

Biografía:

1. Kiernan MC, Vucic S, Cheah BC, Turner MR, Eisen A, Hardiman O, et al. Amyotrophic lateral sclerosis.Lancet. 2011;377(9769):942-55.

2. Massimo Ralli MD PhD1, Alessandro Lambiase MD PhD1, Marco Artico MD1,et al. Amyotrophic Lateral Sclerosis: Autoimmune Pathogenic Mechanisms, Clinical Features, and Therapeutic Perspectives. IMAJ vol21 July2019).

3. Ludmila Barcelos Porto, MD, MSc;1 Anne Maria Lefebvre Berndl, MD, MSc2. Pregnancy 5 Years After Onset of Amyotrophic Lateral Sclerosis Symptoms: A Case Report and Review of the Literature .

4. Paganoni S, Macklin EA, Lee A, et al. Diagnostic timelines and delays in diagnosing amyotrophic lateral sclerosis (ALS). Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener 2014; 15 (5-6): 453-6.).

5. Marsli, Letter to the editor: Can pregnancy decompensate an amyotrophic lateral sclerosis (ALS)? Case report and review of literatura. NEUROL-2135; No. of Pages 2

6. Yuliia Solodovnikova LETTER TO THE EDITOR: Fulminant amyotrophic lateral sclerosis manifesting in a young woman during pregnancy Neurological Sciences https://doi.org/10.1007/s10072-021-05175-5

¿ES NECESARIO LA DETERMINACIÓN DE CURVAS LOCALES DE HUESO NASAL PARA LA PREDICCIÓN DE TRISOMÍA 21 EN LA ECOGRAFÍA DE SEGUNDO TRIMESTRE?

Autores: Márques X1, Socías P1, Acosta P1,2, Silva P1, Rojas A1,Sepúlveda-Martínez A1, Parra-Cordero M1,2.

1 Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Uno de los marcadores más usados en el segundo trimestre para el cribado de trisomía 21 (T21) es la hipoplasia de hueso nasal (HN). Sin embargo, no se ha determinado el rendimiento de curvas de referencias internacionales para población chilena. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es comparar el rendimiento de curvas internacionales y locales de HN en la predicción de T21 en el segundo trimestre.

MÉTODOS

Estudio de caso-control de gestaciones únicas con ecografía morfológica de 20 a 25 semanas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2004 y 2017. Se excluyen fetos con aneuploidía diferente a T21, ausencia de medición de HN o falta de resultado perinatal. Se compara la longitud del HN entre euploides y T21 con el test de MannWhitney. En una segunda fase se elaboran dos curvas de referencia: curva internacional según Sonek et al (2003) y curva local que se confecciona usando la metodología de Royston et al. Se compara el área bajo la curva (ABC) de la curva internacional de Sonek con la curva local, utilizando el test de deLong. Se considera hipoplasia de HN un valor < p2,5 para la curva de referencia. Posteriormente se determina la sensibilidad, tasa de falsos positivos y razones de verosimilitud (+) de ambas curvas.

RESULTADOS

De un total de 9355 gestaciones únicas evaluadas con HN a las 20-25 semanas, 34 fetos (0,36%) fueron T21. Los fetos con T21 presentaron un HN más corto que los fetos euploides (4,8 [2,5 – 5,4] mm vs 6,0 [5,4 – 6,8] mm; p<0,0001). El ABC de las curvas internaciones vs locales fue de 0,72 (0,64 – 0,79) y 0,70 (0.62 – 0,79), respectivamente; p=0,78. El percentil 2,5 a las 20 y 25 semanas fue de 5,2mm y 6,5mm para las curvas internacionales y 3,6mm y 4,6mm para las curvas locales. La tasa de detección, falsos positivos y razón de verosimilitud fue de 71%, 28% y 2,6 para las curvas internacionales y 44%, 3% y 13 para las curvas locales, respectivamente.

CONCLUSIONES

La población chilena presenta HN más cortos que lo reportado en estudios internacionales. El uso de curvas locales de hueso nasal en la ecografía de segundo trimestre mejora la detección y reduce los falsos positivos en la detección de T21.

ÍNDICE DE RESISTENCIA CARDIOVASCULAR PARA LA PREDICCIÓN DE FRACASO A LABETALOL EN EL MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO.

Autores: Cadena E1, Spatafore C1, Santelices J1, Jamett D1, Schupper D2, Parra-CorderoM1, Sepúlveda-Martínez A1.

1 Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico San Borja Arriarán.
2 Facultad de Medicina Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Clásicamente se ha utilizado los beta-bloqueadores endovenosos en el manejo de las crisis hipertensivas gestacionales. Sin embargo, evidencia creciente ha demostrado que dicha terapia depende del perfil hemodinámico al momento de la crisis. Por lo tanto, el objetivo fue determinar el rol de marcadores hemodinámicos y biofísicos en la predicción de no respuesta a labetalol en el manejo de la crisis hipertensiva gestacional.

MÉTODOS

Estudio de cohorte prospectivo de gestaciones únicas con crisis hipertensiva al ingreso o durante la hospitalización por estudio de síndrome hipertensivo en el Hospital San Borja Arriarán durante los años 2021 y 2022. Todas las pacientes firmaron consentimiento informado para participar en el estudio. La frecuencia cardiaca (FC) materna, presión sistólica (PAS) y diastólica (PAD) fueron obtenidas antes del uso de labetalol ev para control de crisis. El Doppler de arterias uterinas (AUt) fue medido cuando el manejo de la paciente lo permitía. Se calcula el índice de Resistencia cardiovascular (IRCV) como PAS/FC. El fracaso a labetalol fue considerado si se alcanza la dosis máxima de labetalol (220mg) o ante necesidad de cesárea de urgencia por distrés fetal durante el tratamiento. Un perfil hiperdinámico fue considerado si: FC > 90, AUt < p90 y EPF > p10. Un perfil de Resistencia alta fue considerado si: AUt > p90 o EPF < p10 o FC < 90. Respondedores y no respondedores fueron comparados con los tests de Mann-Whitney y chi2s. El tiempo de respuesta entre perfiles hiperdinámicos y de resistencia alta fue comparado con una regresión de Cox y curva de Kaplan-Meier. Finalmente, se realiza una regresión logística multivariada para determinar los factores relacionados con un fracaso al uso de labetalol.

RESULTADOS

De las 44 gestantes incluidas, 57% (n=25) fueron catalogadas de no respondedoras a labetalol. Las respondedoras presentaron una mayor tasa de perfil hiperdinámico comparado con las no respondedoras (26% vs. 4 %; p=0,03). Las no respondedoras presentaron un IRCV más elevado que las respondedoras (2,27 [2,03-2,48] vs. 1,90 [1,47-2,14]; p=0,002), reflejando una mayor PAS y menor FC. El tiempo a la respuesta fue significativamente más corto en las hiperdinámicas en comparación con las de resistencia alta (p<0,05). El análisis multivariado determine que una edad gestacional menor, mayor PAS y menor FC son los mejores predictores de no respuesta a labetalol (S= 63%; F(+)= 5%; ABC= 0,87; LHR(+)= 11,9).

CONCLUSIÓN

El fracaso a labetalol en el manejo de las crisis hipertensivas en el embarazo está asociado con un índice de resistencia cardiovascular más elevado y una edad gestacional menor. La identificación del perfil hemodinámico es determinante para establecer un manejo personalizado de la hipertensión severa gestacional.

UTILIDAD DE NUEVOS MARCADORES CRANEOFACIALES EN ECOGRAFÍA DE CRIBADO DE SEGUNDO TRIMESTRE PARA LA PREDICCIÓN DE TRISOMÍA 21.

Abad JM.1, Acosta P.1,2, Silva P.1, Socías P.1, Schupper D.1, Parra-Cordero M.1,2, SepúlvedaMartínez A

1. Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Unidad de Medicina Materno Hospital Clínico San Borja Arriaran, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico prenatal de la trisomía 21 (T21) es importante tanto por las implicancias en los resultados perinatales como también en la consejería a los padres. El cribado de segundo trimestre permite detectar fetos en riesgo que no cuenten con ecografía de primer trimestre. Sin embargo, se puede mejorar su detección agregando nuevos marcadores ecográficos. El objetivo es evaluar el rendimiento de nuevos marcadores craneofaciales en la predicción de T21 en la ecografía de las 20-25 semanas.

MÉTODOS

El presente estudio de caso control se realizó con gestaciones únicas que acuden a ecografía de 20 a 25 semanas en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2004 y 2017. Se recolectan los siguientes parámetros: edad gestacional, diámetro biparietal (DBP), espesor prenasal (EPN) y los ratios EPN/hueso nasal (HN) y DBP/HN. Se comparan los marcadores entre fetos euploides y T21 con el test de Mann-Whitney y se expresan como mediana (rango intercuartil). Finalmente, se realizan curvas de referencia locales según la metodología de Royston para estos marcadores en nuestra población, y se determina la sensibilidad (S), falsos positivos (f(+) y razón de verosimilitud (RV) para un percentil > 95 (EPN y DBP/HN) y un valor de corte > 0,93 para EPN/HN.

RESULTADOS

De un total de 11356 fetos evaluados, 37 (0,3%) presentaron T21, 3875 tuvieron medición de EPN y 9355 tuvieron medición de HN y DBP. El EPN, EPN/HN y DBP/HN fueron mayores en fetos con T21, en comparación con fetos euploides (EPN= 5,2 [4,3-5,7] mm vs 4,0 [3,5-4,4] mm, p<0,001; EPN/HN= 1,03 [0,81-1,70] vs 0,65 [0,57-0,75], p<0,001; DBP/HN= 12,5 [9,6-21,5] vs 9,3 [8,4-10,4], p<0,001). El EPN demostró una correlación directa con la edad gestacional, requiriendo una curva lineal. El p95 a las 20 y 25 semanas fue de 4,5mm y 5,6mm respectivamente. La S, F(+) y RV del EPN > p95 fue de 55%, 4% y 10, respectivamente. Para EPN/HN > 0,93 fue de 65%, 5% y 13, respectivamente. Finalmente, para DBP/HN > p95 fue de 59%, 8% y 8, respectivamente.

CONCLUSIONES

Los nuevos marcadores craneofaciales de T21 en la ecografía de segundo trimestre demostraron un buen rendimiento como parámetros aislados, requiriendo para su uso la elaboración de curvas de referencia para cada marcador basadas en la población local.

NUEVO ENFOQUE PARA LA ELABORACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO MULTIVARIADO DE TRISOMÍA 21 ENTRE LAS 20 Y 25 SEMANAS

Flores O, Socías P, Acosta P, Silva P, Guiñez R, Muñoz H, Sepúlveda-Martínez A, Parra-Cordero M.

Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cribado de trisomía 21 (T21) en el segundo trimestre considera la combinación de la edad materna con marcadores aislados dicotomizados. Sin embargo, hasta la fecha no existen modelos multivariados y que consideren los marcadores como variables continuas que permitan una estimación de riesgo más personalizada. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es elaborar un modelo multivariado de T21 entre las 20 y 25 semanas que considere marcadores continuos.

MÉTODOS

Estudio de caso control de pacientes con embarazos únicos que se realizan ecografía de cribado entre las 20 y 25 semanas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2004 y 2017. Se incluyen fetos con evaluación de los siguientes marcadores de aneuploidías: edad materna, longitud de hueso nasal, espesor prenasal, diámetro biparietal, medición de atrio, biometría de cerebelo, diámetro de cisterna magna y presencia de pielectasia renal. Se excluyen gestaciones múltiples, con ausencia de cariotipo o fenotipo neonatal y con diagnóstico de aneuploidías diferentes a T21. Los marcadores continuos son expresados como percentiles según curvas de referencia. Se realiza una regresión logística multivariada con le método de backward stepwise para seleccionar los marcadores con mayor asociación, considerando para incluirse en el modelo multivariado, un valor $p < 0,1$.

RESULTADOS

Se analizan 3125 gestaciones que poseen todos los marcadores de aneuploidía evaluados entre las 20 y 25 semanas. Los marcadores predictores seleccionados en el modelo multivariado fueron: Edad materna (coef= 0,239; p<0,001), percentil de húmero (coef= -0,047; p=0,018), pielectasia (coef= 3,185; p<0,001), percentil de cerebelo (coef= - 0,028; p=0,056), pliegue nucal (coef= 0,803; p<0,001), z-score hueso nasal (coef= -0,396; p=0,029), percentil de EPN (coef= 0,039; p=0,01), con una constante (intercepto) de - 18,443. La sensibilidad, tasa de falsos(+), RV(+) y RV(-) del modelo multivariado fue de 70,6%; 2,5%; 28,1 y 0,3, respectivamente, con un área bajo la curva de 0,975 (0,952 – 0,999).

CONCLUSIONES

El uso combinado de marcadores menores como variables continuas ofrece una estimación de riesgo personalizada para la predicción de T21 en el segundo trimestre.

CERCLAJE UTERINO EN EMBARAZO GEMELAR: EXPERIENCIA EN HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO

Flores XI, Bustos AI, Campos D2, Smith C2, Yáñez V2, Concha C2.

1-Medicina Materno fetal, Hospital Las Higueras. Universidad de Concepción. 2-Becado de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

El embarazo gemelar (EG) es un embarazo de alto riesgo cuya incidencia ha aumentado, en parte por nuevas técnicas de reproducción asistida. Su prevalencia es aproximadamente 3,2% del total de nacimientos. 50% de EG presenta como complicación parto prematuro (PP). De ellos, 14% ocurre antes de las 33 semanas de gestación. La evidencia científica avala medidas terapéuticas para prevenir PP en embarazos únicos, tales como progesterona vaginal, cerclaje uterino (CU) y pesario. No obstante, para EG, el uso de estas medidas aún está en debate. CU es una medida terapéutica quirúrgica indicada en incompetencia cervical. Hasta el momento, la evidencia científica respecto a su uso en EG es controversial. Actualmente existen 3 tipos de indicaciones de CU: CU electivo, historia de incompetencia cervical. CU terapéutico o ecográfico, para pacientes en quienes se pesquisa acortamiento cervical progresivo y/o asintomático y CU de emergencia para pacientes con cérvix dilatado mayor a 1 cm. El objetivo de nuestro trabajo es describir la experiencia del uso de CU en EG dobles en Hospital Las Higueras en los últimos 13 años.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional. Reporte de casos durante el período del 1 agosto 2010 hasta 30 de marzo 2023. Todas las pacientes fueron controladas y manejadas en Hospital Las Higueras, Talcahuano. El análisis estadístico se realizó mediante el programa Excel-STATA.

RESULTADOS

Total de 6 pacientes, mediana de edad 24 años (21-39), 66% EG bicorial biamniótico, 33% monocorial biamniótico. Con respecto a las indicaciones de CU, el 66% de las pacientes fue indicación terapéutica, 16% electivo y 16% de emergencia. En el grupo de CU terapéutico, la mediana de edad gestacional al momento de realización de CU fue de 23 semanas (18-26 semanas), mediana de cervicometría de 7 mm (5-10 mm), mediana de edad gestacional al parto de 27 semanas (23-30 semanas). Peso nacimiento (PN) promedio 1230 g (750-1646g). Latencia al parto de 5 semanas (4-6 semanas). En este grupo se observó 75% sobrevida, en seguimiento a 6 meses.El CU electivo se realizó a una gestante tardía (39 años), con antecedente de un mortineonato del segundo trimestre, por incompetencia cervical. El CU se realizó a las 13 semanas de gestación con cervicometría de 25 mm, parto a las 36 semanas, latencia al parto de 23 semanas. Ambos gemelos vivos en seguimiento a 6 meses, PN promedio 2280g (1980-2580g). El CU de emergencia (1 caso) se realizó a las 19 semanas, con dilatación cervical 4 cm, edad gestacional al parto de 29 semanas, PN promedio 1302 g (1123-1482g). Latencia de 10 semanas y ambos gemelos sobrevivieron.

CONCLUSIONES

Presentamos los resultados perinatales de EG dobles en quienes se indicó CU. El uso de CU se asoció a una sobrevida de 83% en nuestro grupo. La latencia global al parto fue de 9,1 semanas: 5, 23 y 10 semanas respectivamente (terapéutico, electivo y emergencia). Todos los

nacimientos fueron PP. Nuestros resultados respecto a latencia al parto, del grupo de CU terapéutico se encuentra bajo lo descrito en la literatura (48 y 92 días), sin embargo el parto ocurrió a mayor edad gestacional, que lo descrito con evolución espontánea. CU podría ser una opción válida en el manejo de paciente con incompetencia cervical en EG. Faltan estudios que avalen esta evidencia.

REVISIÓN DE LAS PRINCIPALES GUÍAS CLÍNICAS Y SUS RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LA ISOINMUNIZACIÓN POR RH, UN PROBLEMA AUN NO RESUELTO

Vallejos C. 1, De Martini F. 2, Becker J. 2, Leal F. 1

1. Becado Ginecología y Obstetricia Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Médico Gineco-Obstetra, Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Regional de Talca, Docente Universidad Católica del Maule.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en la prevención de la isoinmunización materna mediante la administración de inmunoglobulina anti-D, la morbimortalidad perinatal asociada con esta condición aún representa una preocupación importante. Pese a la profilaxis, la morbilidad y mortalidad se han reducido solo en un 50% a nivel mundial en los últimos 50 años, resultando en más de 160.000 muertes perinatales. Esta revisión compara la evidencia y las recomendaciones de las principales guías clínicas sobre de la administración de inmunoglobulina anti-D en diferentes escenarios clínicos.

MÉTODOS

Se consultaron las guías clínicas del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda (RANZCOG). La guía del Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) estaba archivada y se recomendó consultar la del Comité Británico de Estándares en Hematología (BCSH) como alternativa. La revisión se centró en analizar las recomendaciones y la fuerza de la evidencia respaldada en cada directriz.

RESULTADOS

Las guías difieren en la dosis y momento de administración de la profilaxis en pérdida gestacional temprana. Sin embargo, todas coinciden en que, para abortos mayores a 12 semanas, embarazo ectópico, embarazo molar y procedimientos invasivos, la inmunoglobulina anti-D es esencial. También se recomienda en eventos potencialmente sensibilizantes del segundo o tercer trimestre, aunque las pautas varían. Para la profilaxis de rutina, existen discrepancias: ACOG sugiere una dosis a las 28 semanas, mientras que la SOGC, FIGO y BCSH dan la alternativa de una o dos dosis a las 28 y 34 semanas. La RANZCOG recomienda dos dosis. En el posparto, la profilaxis debe administrarse antes de 72 horas, aunque se ha demostrado beneficio hasta 28 días después. El título de anticuerpos debe determinarse al inicio del control prenatal y a las 28 semanas. Para embarazos mayores a 40 semanas, ACOG y SOGC coinciden en que no es necesaria una dosis extra de inmunoglobulina si se ha administrado la profilaxis prenatal de rutina adecuadamente. En mujeres sometidas a esterilización quirúrgica, la ACOG recomienda la profilaxis debido a posibles embarazos por procedimientos fallidos y el riesgo de aloinmunización.

CONCLUSIONES

Las guías clínicas ofrecen recomendaciones claras sobre la administración de inmunoglobulina anti-D en diversas situaciones clínicas, sin embargo, existe heterogeneidad en cuanto a dosis, momento de administración y escenarios clínicos específicos. Es necesario unificar criterios y establecer pautas claras en la administración de inmunoglobulina anti-D para optimizar su uso, asegurar una profilaxis adecuada en todos los escenarios clínicos y así garantizar un buen resultado perinatal frente a la isoinmunización Rh.

REPORTE DE CASO: COAGULACIÓN DE CORDÓN UMBILICAL GUIADA POR FETOSCOPÍA, EN EMBARAZO TRIPLE CON SECUENCIA DE PERFUSIÓN ARTERIAL REVERSA (TRAP).

Vergara V (1), Pimentel D(1), Morgan M(1), Brunman E(1), Kottmann C(1,2), Figueroa H(1,2),Yamamoto M(1).

(1) Departamento de Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción. Universidad de Los Andes.
(2) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Parroquial de San Bernardo

INTRODUCCIÓN

La secuencia de perfusión arterial retrógrada es una complicación infrecuente de embarazos gemelares monocoriales que provoca graves consecuencias en el gemelo bomba si es que no se realiza una intervención oportuna. Para esto, han surgido diferentes técnicas quirúrgicas que buscan ocluir el cordón umbilical del gemelo acardio para aliviar la carga hemodinámica del co-gemelo y poder así mejorar su pronóstico. Dentro de ellas destacan la ablación por radiofrecuencia (RFA) y coagulación bipolar del cordón (BCC) con sobrevidas comparables y diferencias en cuanto a duración y complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En la presente publicación presentamos el caso de una primigesta cursando un embarazo gemelar triple monocorial biamniótico de 18 semanas con secuencia TRAP del gemelo C, donde se realizó la oclusión del cordón umbilical mediante la técnica de visualización directa del cordón mediante fetoscopio combinado con pinzas bipolares. El procedimiento se realizó sin incidentes. A las 31+5 semanas se realizó una cesárea segmentaria obteniéndose recién nacido (RN) 1 de sexo femenino, peso 1580 g, talla 40 cm, Apgar 7-9. RN 2 de sexo femenino, peso 1930 g, talla 41 cm y feto acardio amorfo (tercer feto), sin desarrollo de la calota ni extremidades superiores. Ambas RN vivas fueron dadas de alta a las 4 semanas de vida en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

En gemelos con secuencia TRAP, la oclusión de su cordón umbilical es el tratamiento de elección para mejorar la sobrevida y disminuir las secuelas del gemelo bomba, quien tiene un trabajo cardíaco aumentado. Hay una mayor incidencia de RPM en BCC por la necesidad de instrumentos más grandes para su ejecución. En el año 2010 se describió una nueva técnica con el uso de un único instrumento que combina el fetoscopio y las pinzas bipolares, lo que permite la visualización directa del cordón durante todo el procedimiento. En la literatura hay poca evidencia del uso de esta técnica, solo el reporte de un caso clínico y un estudio de cohortes de 23 casos que la describen, nuestro caso es uno de ellos, con resultado exitoso.

CONCLUSIONES

En la actualidad, se sigue considerando un desafío el manejo y tratamiento de la secuencia TRAP, debido a la gran heterogeneidad de la evidencia. El debate continúa en vista del mejor momento para la intervención, teniendo como enfoque preferido el manejo quirúrgico.

MEDICINA REPRODUCTIVA

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA Y DEMOGRÁFICA DE LAS PAREJAS CON INFERTILIDAD DERIVADAS A IDIMI

Fernández D. (1), Salinas A. (1), Álvarez S. (1)

(1) Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI), Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El Instituto de Investigaciones Materno Infantil (IDIMI) es un centro de la Universidad de Chile ubicado en las dependencias del Hospital San Borja Arriarán y es el principal centro de derivación nacional en el Programa Público de Fertilización Asistida, formando un convenio con FONASA y el MINSAL, que atiende a las parejas con el diagnóstico de infertilidad que necesitan terapias de reproducción asistida de alta complejidad, abarcando la población del 75% de las regiones del país (Arica, Tarapacá, Atacama, Región Metropolitana (RM), O´ Higgins, Maule, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes). El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo de las parejas inscritas en el Programa de Fertilización In Vitro (FIV) entre enero 2022 y julio 2023. Método: Se analizó la base de datos de nuestros pacientes buscando: edad de la mujer, diagnósticos principales, incluyendo si es una infertilidad primaria o secundaria y la causa de esta, el Servicio de Salud de derivación, tiempo de infertilidad hasta su ingreso al FIV y si son de nacionalidad chilena o extranjera.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se evaluaron a 245 pacientes que comenzaron con su ciclo de estimulación ovárica para el programa de FIV, siendo 130 pacientes de la RM y 115 de otras regiones. De la muestra total 37% (91) tenía diagnóstico de Infertilidad Primaria (I1a) y 63% (154) de Infertilidad Secundaria (I2a), con un promedio de edad de 34.9 años para I1a y de 35.5 años para I2a. El tiempo promedio de I1a fue de 6 años y de I2a fue de 4.4 años. Al comparar el tiempo de infertilidad previo a la derivación a nuestro centro, encontramos que las mujeres de RM son derivadas en promedio a los 4.9 años, v/s las mujeres de regiones con 5.1 años. La causa más frecuente de infertilidad a nivel nacional fue el factor tubo peritoneal (FTP) con un 58%, seguido de factor masculino con un 49%. Otras causas de encontradas fueron: Reserva ovárica disminuida (ROD) 18% (RM 38% y Regiones 62%), Endometriosis 12%, Factor ovulatorio y PCOS con un 11%, factor uterino 9% e ISCA con un 4%. El 30% de las parejas presentan infertilidad mixta con FTP y masculino. La principal causa de FTP fue el antecedente de salpingectomía bilateral secundaria a procesos inflamatorios pélvicos de tipo infeccioso (hidrosalpinx, piosalpinx, absceso tubo-ovárico, obstrucción tubaria) con un 64%, seguido de salpingectomía por embarazo ectópico con 27% y 8% por antecedente de esterilización quirúrgica. En la RM, un 57% de las parejas presentan factor masculino y 56% FTP, mientras que en regiones la causa de infertilidad es FTP con un 61% y factor masculino un 39%. El 76% de las parejas que acceden al programa de FIV son de nacionalidad chilena y el 24% extranjeras.

CONCLUSIONES

La principal causa de infertilidad por la que las pacientes ingresan al Programa Nacional de FIV realizado en IDIMI es el factor tubo-peritoneal, cuya etiología más frecuente es infecciosa. Dado la gran prevalencia de esta patología, es necesario reforzar la prevención, estudio y tratamiento oportuno de estas. Otro aspecto importante es el estudio adecuado del factor masculino dado la gran prevalencia

(49%), y al compararlo con regiones, destaca el menor porcentaje versus la RM. La edad promedio de las pacientes es de 35.6 años, lo que resulta relevante dado que dentro de los factores que hablan del éxito del FIV es la edad y como va alterando la reserva y calidad de los ovocitos a después de los 35 años. Finalmente, la educación hacia las pacientes de una consulta precoz en caso de presentar infertilidad, la socialización del envejecimiento ovárico y realizar un estudio adecuado junto a la derivación oportuna son fundamentales para mejorar los resultados del FIV en nuestro país.

EVALUACIÓN DEL IMC EN PACIENTES QUE INGRESAN A PROGRAMA DE FERTILIZACIÓN IN VITRO EN IDIMI Y DESAFIOS FUTUROS

Fernández D (1), Salinas A (1) IDIMI

Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El IDIMI (Instituto de investigación Materno Infantil) es el principal centro público a nivel nacional encargado de asumir la atención de las parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida de alta complejidad. Por otro lado, la obesidad es una enfermedad que cada día aumenta en prevalencia la cual se relaciona a múltiples patologías, y entre ellas, puede producir problemas de infertilidad asociándose además a malos resultados en las técnicas de reproducción asistida. En Chile, según la última Encuesta Nacional de Salud del año 2016-2017 reveló que el 34,4% de la población tiene obesidad y cerca de un 40% tiene sobrepeso. La obesidad fue mayor en las mujeres (39,4%) que en hombres (30,3%) y mayor en el nivel socioeconómico bajo. En IDIMI el valor de corte de IMC para poder comenzar con un ciclo de estimulación por el programa de fertilización in vitro es de 35. Las pacientes obesas necesitan dosis más altas de gonadotropinas, se asocian a períodos más largos de estimulación ovárica y mayor riesgo de cancelación del ciclo por una mala respuesta. Esta respuesta subóptima al uso de gonadotropinas se debe a una absorción reducida del fármaco produciendo una menor concentración de FSH exógena en el ovario y por lo tanto a peores resultados. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio descriptivo del estado nutricional de las mujeres que ingresan al Programa de Fertilización In Vitro (FIV) entre enero 2022 y julio 2023.

MÉTODOS

Se analizó la base de datos de nuestros pacientes buscando el Índice de Masa Corporal (IMC) de acuerdo a OMS. Se calculó IMC en kg/m2 y se clasificó el estado nutricional según la norma de la OMS en bajo peso (< 18,5), normopeso (18,5 a 24,9), sobrepeso (25 a 29,9), obesidad grado 1 (30-34,9) y obesidad grado 2 (35-39.9) y obesidad mórbida (40). Se incluye además otros parámetros como la presencia de Factor ovulatorio, Síndrome de ovario poliquístico y resistencia a la insulina. Resultados: De las 245 pacientes con infertilidad que se incluyeron en el estudio, un 31% (76 pacientes) tienen un peso normal, un 40% (99 pacientes) presentan sobrepeso, un 23% (57 pacientes) tiene obesidad grado 1 y obesidad grado 2 un 5% (13 pacientes). El 17% (40 pacientes) presenta resistencia a la insulina, presentándose en 93% en las usuarias con sobrepeso u obesidad. De las 27 de las pacientes con factor ovulatorio y/o ovario poliquístico, un 85% sufre de sobrepeso u obesidad.

CONCLUSIONES

La obesidad es un problema de salud Pública al cual están enfrentados los centros que realizan técnicas de reproductiva. El 68% de las pacientes que se ingresan al programa de FIV, tienen sobrepeso u obesidad, lo cual es representativo al compararlo con la última Encuesta de Nacional de Salud. Un 5% de estas pacientes presentan un IMC sobre 35 dado que han presentado una baja de peso significativa durante la espera del inicio del tratamiento. Diversos centros públicos y privados así como sistemas nacionales de salud a nivel mundial han establecido umbrales de IMC arbitrarios, por encima del cual se niega el tratamiento de fertilidad hasta un peso adecuado justificándose en los riesgos obstétricos o anestésicos. Los desafíos futuros deben ir centrados en la prevención a nivel primario de

atención e idealmente la derivación con un IMC normal y con las patologías metabólicas compensadas para no perder tiempo en el inicio del tratamiento. La literatura es clara al describir que mujeres obesas o con sobrepeso presentan peores resultados en los ciclos de FIV que con mujeres normo-peso. Un mejor control metabólico con una meta clara de pérdida de peso conducirá a un mejor resultado en el tratamiento de infertilidad y mejores resultados obstétricos.

PREVALENCIA DE RESISTENCIA INSULÍNICA E HIPERANDROGENEMIA EN ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES EN EDAD REPRODUCTIVA Y QUE PRESENTAN SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

A.2*, Contreras C.3, Soto H.3, del Río MJ3#, Melendez J.3 & Vigil P.3

*: Estos autores contribuyeron igualmente; #: Relator
1.- Facultad de Medicina, U. de Los Andes, Santiago-Chile
2.- Facultad de Enfermería y Obstetricia, U. de Los Andes, Santiago- Chile
3.- Reproductive Health Research Institute (RHRI), Santiago-Chile

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) se caracteriza, tradicionalmente, por la presencia de oligoanovulación, hiperandrogenismo/hiperandrogenemia (HA) y/o ovarios de aspecto poliquístico. Actualmente, se reconoce a la resistencia a la insulina (RI) como un elemento fisiopatológico gatillante y perpetuante del SOP. No obstante, la presencia de RI no se ha considerado dentro de los criterios diagnósticos. El objetivo del presente trabajo es determinar la prevalencia de RI y HA en adolescentes y mujeres jóvenes en edad reproductiva previamente diagnosticadas con SOP y determinar su distribución según grupos etarios y su relación con el Índice de Masa Corporal (IMC).

MÉTODOS

Participantes entre 12 y 40 años, y con diagnóstico de SOP, de acuerdo a criterios de Rotterdam, se dividieron en dos grupos: A (12-19 años) y B (20-40 años). Se utilizaron los criterios de Rotterdam para el diagnóstico de SOP, considerando Hiperandrogenemia/Hiperandrogenismo (HA), oligoanovulación y alteraciones morfológicas características en la ecografía. Las participantes se sometieron a una evaluación clínica y los criterios para determinar HA fueron: testosterona total (>47 ng/dL), testosterona libre calculada (>8.9 pg/mL), DHEAS (>250 ug/dL) y androstenediona (>2.8 ng/mL). Los criterios para RI fueron: ISI Composite <4.45 ó I0 x G60 > 1110 ó HOMA > 2.09 ó QUICKI < 0.341. Posteriormente se realizó una tabulación cruzada de los datos obtenidos.

RESULTADOS

236 mujeres cumplieron los criterios de inclusión (105 en el grupo A y 131 en el grupo B). En el grupo A, un 38.1% (40) sólo presentó RI y un 10.5% (11), sólo HA. La combinación RI y HA se reflejó en un 51.4% (54) de las pacientes. En el grupo B, un 39.7% (52) sólo presentó RI y un 7.6% (10), solo HA. La combinación RI y HA en el grupo B se reflejó en un 52.7% (69) de las pacientes. Cuando las anteriores variables se relacionaron con el IMC, se observó que la razón de mujeres con peso normal por sobre las que presentaron sobrepeso fue cercano a 2.5 veces [(71.0% (75) v/s 28.6% (30)] en el grupo A. Esa misma razón disminuyó a menos a 1.5 veces en el grupo B [(60.3% (79) v/s 39.7% (52)], a consecuencia de un aumento en el número de mujeres con sobrepeso en el grupo B. Al distribuir los datos de acuerdo al IMC (>25) se aprecia que la RI fue mayor en el grupo A respecto al grupo B [56,7% (17) v/s 42,3% (22)], mientras que el HA + RI fue mayor en el grupo B respecto al A [55,8% (29) v/s 43,3% (13)].

CONCLUSIÓN

Se concluye que en adolescentes y mujeres jóvenes en edad reproductiva y que presentan SOP, se presenta la misma prevalencia de RI y HA. No obstante, cuando se distribuyen respecto al IMC, se aprecia una disminución de la RI en el grupo B respecto al A y un aumento de HA+RI en el grupo B respecto al A.

OBSTETRICIA GENERAL

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN EN SIMULACIÓN DE PARTO VAGINAL A TRAVÉS DE REALIDAD AUMENTADA EN ESTUDIANTES DE LA SALUD

Carvajal, C1; Moreno, N1; Astudillo, R2; Poblete, JA4; Zamboni, M4; Valenzuela, MT3; Carvajal, JA4

1 Internos de Medicina. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2 Residente Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 3 Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 4 Departamento de Obstetricia. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La educación efectiva del parto vaginal en los estudiantes de la salud es fundamental para garantizar una atención de calidad, basada en evidencia, durante el proceso del parto. La simulación clínica del parto vaginal y otros procedimientos en la práctica médica se ha convertido en una herramienta valiosa para el desarrollo de habilidades y competencias clínicas en los estudiantes. El desarrollo de tecnologías en la educación universitaria en carreras de la salud ha permitido la incorporación de herramientas como la Realidad Aumentada, que ofrece nuevas posibilidades para la simulación clínica. En este estudio se espera que los resultados contribuyan al desarrollo de estrategias educativas innovadoras y efectivas para la formación de profesionales competentes en el área obstétrica. Objetivo: Evaluar la satisfacción y percepción de un modelo de simulación de parto vaginal a través de Realidad Aumentada en estudiantes de la salud.

MÉTODOS

Estudio prospectivo randomizado doble ciego cuantitativo de competencias clínicas en la atención de un parto vaginal en fantoma luego del entrenamiento en un sistema de Realidad Aumentada, que incluyó a alumnos de pregrado de medicina (5to año) y enfermería (3er año). Se evaluó la satisfacción y percepción de los alumnos sobre la simulación de parto vaginal y la Realidad Aumentada, esto mediante una encuesta con 8 aseveraciones y escala de Likert de 5 niveles. El grupo control, previo a la simulación, tuvo acceso a un texto y video sobre la atención del parto vaginal y el grupo experimental tuvo acceso al mismo texto y video, pero además practicaron la atención del parto en una plataforma de Realidad Aumentada enfocada en la atención del parto vaginal.

RESULTADOS

Un total de 176 estudiantes fueron incluidos en el protocolo, de los cuales 93 (52.8%) fueron randomizados al grupo estudio y tuvieron acceso a la plataforma de Realidad Aumentada de parto vaginal. Un 73% de los estudiantes del grupo estudio está de acuerdo o completamente de acuerdo según escala de Likert respecto de la aseveración: ‘ El entrenamiento mediante Realidad Aumentada fue un real aporte a mi preparación para la simulación y recomiendo que todos los estudiantes tengan acceso a Realidad Aumentada’ . Adicionalmente, los estudiantes del grupo estudio y del grupo control manifiestan satisfacción con el modelo educativo de simulación, dando resultados de acuerdo o completamente de acuerdo en el 96% de los casos, en todas las aseveraciones para la práctica en modelo simulado del parto vaginal.

RESULTADOS

En este grupo de estudiantes, existe satisfacción respecto al uso de la Realidad Aumentada y la practica simulada para el aprendizaje de la atención del parto vaginal. La práctica con simulación se ha impuesto como un estándar de enseñanza para ayudar a los estudiantes a adquirir competencias clínicas; el correcto uso de nuevas tecnologías como la Realidad Aumentada pueden aportar en mejorar la simulación de escenarios clínicos y por ende el aprendizaje y satisfacción con el modelo de aprendizaje.

SINDROME DE VASOCONSTRICICÓN ARTERIAL REVERSIBLE EN EL POSTPARTO, PATOLOGÍA INFRECUENTE: REPORTE DE UN CASO

Chuecas M.F,1. Cayazzo M.D.2.

1. Residente Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado. 2. Ginecóloga Obstetra, Jefa unidad puerperio, Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN

El síndrome de vasoconstricción arterial reversible (SVCR) es una condición poco frecuente, aproximadamente 0.26% de las etiologías neurológicas secundarias a cefalea. Su manifestación más característica es cefalea en trueno, comúnmente sin déficit neurológico a repetición. La evidencia disponible muestra que el 7% de los casos de SVCR son asociadas al postparto y el 71% de estos casos debutan los primeros 7 días. No se ha demostrado asociación directa con preeclampsia (PE) pero se ha observado en contexto de eclampsia. Se diagnostica con angiografía cerebral, tiene buen pronóstico y el tratamiento habitual es con hipotensores por 3 meses.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 32 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. Puérpera de parto vaginal, de embarazo fisiológico. Evoluciona a los 5 días postparto con cefalea súbita intensa sin otro síntoma neurológico, negando fotopsias, tinitus y epigastralgia. En servicio de urgencia destacada presión arterial de 180/104 mmhg, sin otras alteraciones de sus signos vitales. Evaluada por equipo de neurología, sin déficit neurológico. Angiotac de cerebro y cuello se evidencian múltiples focos de vasoconstricción cerebral reversible, sin evidencia de trombos en principales senos venosos y sin malformaciones aneurismáticas ni disección arterial. En contexto de paciente puérpera e hipertensión se realiza proteinuria que resulta en 0.33. Se decide manejo como PE sin signos de severidad y SVCR. La paciente evoluciona estable, presenta un nuevo episodio de cefalea en trueno que resuelve espontáneamente sin otras alteraciones neurológicas durante la hospitalización. Se indica reevaluación con neuroimagen por equipo de neurología y mantener hipotensor por 3 meses hasta control. A la fecha del presente reporte la paciente ya concluyo su tratamiento farmacológico pero no aun no presenta control clínico ni de imágenes.

DISCUSIÓN

El presente reporte ejemplifica un cuadro clínico típico que cumple con los criterios establecidos por la International Headache Society; cuadro de cefalea súbita con/sin déficit neurológico e imagen compatible con vasoconstricción arterial cerebral. El diagnóstico de PE fue realizado bajo criterios de laboratorio, por lo tanto, es complejo dilucidar si la presión arterial elevada fue una manifestación del SVCR o de la PE, aunque ambas patologías responden a una fisiopatología similar al ser el daño endotelial de las arterias un factor primordial de las manifestaciones clínicas. La evolución de esta paciente fue la esperada. Es importante mantener este diagnóstico dentro de los diagnósticos diferenciales de cefalea en pacientes embarazas y puérperas, ya que es poco frecuente puede ser subdiagnosticado o confundido con otras patologías como el PRESS.

DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO DE TROMBOSIS VENOSA OVÁRICA PUERPERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

García D, Numi C, Avilés R, Norambuena C. Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada.

1. Residente Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana, Hospital Padre Hurtado. 2. Ginecóloga Obstetra, Jefa unidad puerperio, Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa ovárica puerperal (TVO), es una complicación poco frecuente en el post parto, su incidencia varía de 0,0005% a 0,017% nacimientos y es más frecuente posterior a cesárea (1-2%). En la mayoría de los casos es unilateral ocurriendo entre un 80 a 90% de los casos en la vena ovárica derecha. El cuadro clínico consiste en dolor abdominal, pélvico o lumbar unilateral de inicio insidioso que en general ocurre entre 2 a 17 días post parto, asociado a fiebre persistente. La TVO puede evolucionar a complicaciones graves como tromboembolismo pulmonar con una mortalidad de 5%. Esta condición requiere alta sospecha diagnóstica para realizar confirmación imagenológica y tratamiento temprano con anticoagulación.

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, puérpera de 8 días de cesárea de urgencia pretérmino de 34+6 semanas asociada a esterilización quirúrgica. Consulta en urgencia ginecología por dolor intenso en flanco izquierdo irradiado a región lumbar ipsilateral, sin otros síntomas. Estable hemodinámicamente y afebril. El abdomen se palpa doloroso en flanco izquierdo sin signos de irritación peritoneal con puño percusión positiva a izquierda. Sin otros hallazgos al examen físico. Se realiza hemograma y PCR sin alteraciones. Por sospecha de cólico renal se realiza PieloTAC sin contraste que descarta urolitiasis e informa dilatación varicosa gonadal izquierda. Es reevaluada con ecografía transvaginal que evidencia ovario izquierdo ascendido, mal delimitado, con aumento de volumen y con flujo al Doppler color disminuido desde ligamento infundíbulo-pélvico. Ante sospecha de TVO, se hospitaliza para manejo del dolor y se solicita AngioTAC de abdomen y pelvis. El estudio imagenológico informa hallazgos sugerentes de trombosis venosa ovárica izquierda. Se inicia anticoagulación con Heparina Bajo Peso Molecular (HBPM). Paciente presenta evolución clínica favorable con disminución progresiva del dolor por lo que se decide alta hospitalaria a las 72 hrs con anticoagulación con HBPM y posterior traslape a Warfarina ambulatorio. A las 6 semanas se realiza control ecográfico donde se observa ovario izquierdo de tamaño normal con flujo al Doppler positivo.

DISCUSIÓN

El diagnóstico temprano de TVO requiere un alto índice de sospecha dada su clínica poco específica y múltiples diagnósticos diferenciales. La confirmación puede realizarse mediante técnicas imagenológicas no invasivas. En cuanto a la ecografía Doppler abdominal, es un examen rápido, altamente disponible y de bajo costo, pero operador dependiente y limitado por índice de masa corporal y distensión de asas intestinales, con una sensibilidad de solo 55% y especificidad de 41%. El diagnóstico mediante AngioTAC se describe con una mayor sensibilidad entre 63-100% y especificidad de 78-90%, por lo que es considerado el examen de elección confirmatorio. Existe escasa evidencia que compare e incluya la Ecografía Doppler vía transvaginal, que en el presente caso sus hallazgos fueron concordantes con los del AngioTAC solicitado.

CONCLUSIÓN

Con la presentación de este caso clínico, se ilustra el diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo en el puerperio y relevancia a la sospecha diagnóstica de TVO mediante ecografía Doppler transvaginal como técnica disponible y de menor costo, la cual ha que ha sido poco descrita en la literatura a la fecha. Esto con el objetivo de realizar tratamiento anticoagulante oportuno y precoz para disminuir la morbilidad y complicaciones potencialmente graves secundarias a la TVO.

ENSAYO PILOTO DE TELE-ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Guerra F, Rubilar M, Vogt S, García Huidobro MT, Espinosa M, Hoffmann P, Riquelme P, Nazal C, Cárcamo P, Guzmán C, Hayes M, Rodríguez M y Acuña E

Instituto de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Base de Valdivia, Servicio de Salud de Valdivia.

INTRODUCCIÓN

La ecografía obstétrica es la principal herramienta para el estudio de la mujer embarazada, por ser simple, precisa y segura, teniendo un rol en el tamizaje, diagnóstico y manejo de la gestante. A pesar de que el operador más adecuado es el médico gineco-obstetra, por las condiciones geográficas de nuestro país, existen lugares en los que no hay especialistas, y más aún si son lugares rurales y con baja densidad poblacional. Con el advenimiento de las nuevas tecnologías, es posible efectuar ecografías a distancia y permitir llegar con especialistas a lugares remotos. Objetivo: Desarrollar un modelo piloto de TELEECOGRAFÍA OBSTÉTRICA que se pueda implementar entre centros de atención primaria localizados en áreas remotas y centros de mayor complejidad.

MATERIALES Y MÉTODO

Se definió tener un centro de atención obstétrica de 3er nivel, con especialistas en obstetricia y ginecología y subespecialistas en Medicina Materno Fetal (UMMF), y como contraparte un centro de salud que cumpla las siguientes condiciones: 1) Centro de salud de atención primaria que no cuente con atención presencial por médicos especialistas, alejados de los centros de atención de mayor complejidad, 2) Baja densidad poblacional, 3) Presencia de un/a matrón/a capacitado/a en la ejecución de ecografías para atención primaria, 4) Disponibilidad de ecógrafos con tecnología digital, 5) Disponibilidad de Medios tecnológicos (tarjetas capturadoras de video, computador y acceso a internet). Se establecieron horarios protegidos para efectuar los estudios en tiempo real y diferidos.

RESULTADOS

A la fecha se han efectuado 11 pruebas piloto de TELE-ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA entre la UMMF del Hospital Base de Valdivia con 3 centros de salud de atención primaria ubicados en Porvenir, Puerto Williams y Angol. Con todos ellos se logró establecer una buena conexión, logrando la transmisión de imágenes ecografías ' on line' de buena calidad de todos los modos ecográficos y revisar las imágenes almacenadas en el RISPACS del ecógrafo. Participando además en dos ocasiones, ingenieros y técnicos en aplicaciones de diferentes empresas para resolver problemas técnicos de los ecógrafos.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra que es posible efectuar TELE-ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA entre centros de atención primaria y centros atención secundaria o terciaria. Esta modalidad brindó la posibilidad de asesorar en forma directa la ejecución de ecografías efectuada por matronas/nes en tiempo real, revisar las imágenes del RIS-PACS de los ecógrafos, tomar decisiones de los manejos obstétricos en forma más fundamentada, evitar gastos y riesgos en traslados innecesarios y permitir asistencia de técnicos. Nuestros resultados han incentivado a los directivos de salud a establecer una implementación definitiva en toda nuestra región y tal vez en el país, para lo cual debemos mejorar la conectividad entre los centros de salud, continuar desarrollando protocolos de manejos clínicos y asegurar la confiabilidad de la información clínica, como también estar abiertos a incorporar las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones.

BAJA TASA DE CESÁREAS Y ANÁLISIS POR GRUPOS DE ROBSON EN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Morgan M(1), Vergara V(1), Brunman E(1), Estrada M(1), Figueroa H(1),Yamamoto M(1).

(1) Departamento de Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción. Universidad de Los Andes.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de cesárea del 10%, pero reportes recientes reportan una tasa de 54% en la región metropolitana.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de bases de datos de la maternidad de Clínica Universidad de los Andes, considerando variables demográficas. Se contó con la aprobación del comité de ética institucional.

RESULTADOS

En los primeros 5000 nacimientos en la institución, se reportó una tasa de 27,9% de cesáreas. Analizando por grupos de Robson; el grupo 5, que considera pacientes con una o más tasa de cesáreas, mostró una elevada tasa de cesáreas (68%) y contribuyó con el 36% de todas las cesáreas siendo solamente el 15% de la población. Este resultado difiere con el grupo 3, de multíparas con trabajo de parto espontáneo, que tuvo una tasa de cesárea de 1,8%, que contribuyó al 0,4% de las cesáreas siendo el 20% de la población. Se demostró una correlación significativa entre el parto instrumental y una menor tasa de cesáreas al realizar análisis por operador (Spearman Rho -0,45 95% IC -0,788 a -0,019, p=0,043).

RESULTADOS

En los primeros 5000 nacimientos en la institución, se reportó una tasa de 27,9% de cesáreas. Analizando por grupos de Robson; el grupo 5, que considera pacientes con una o más tasa de cesáreas, mostró una elevada tasa de cesáreas (68%) y contribuyó con el 36% de todas las cesáreas siendo solamente el 15% de la población. Este resultado difiere con el grupo 3, de multíparas con trabajo de parto espontáneo, que tuvo una tasa de cesárea de 1,8%, que contribuyó al 0,4% de las cesáreas siendo el 20% de la población. Se demostró una correlación significativa entre el parto instrumental y una menor tasa de cesáreas al realizar análisis por operador (Spearman Rho -0,45 95% IC -0,788 a -0,019, p=0,043).

CONCLUSIÓN

Hay posibilidades de mantener tasas de cesárea bajas en instituciones en la actualidad de Chile. Es posible tener estos indicadores manteniendo altos niveles de satisfacción y adecuados indicadores perinatales.

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD MATERNAS EN POBLACIÓN OBSTÉTRICA NACIONAL Y SUS COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES ASOCIADAS. UN ESTUDIO DE COHORTE

Podariu A(1) , Quezada B(1,2), Benitez S(1), Vergara V(1) , Monckeberg M(1,2)

(1) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Los Andes.
(2) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Parroquial de San Bernardo

INTRODUCCIÓN

La obesidad corresponde a una ganancia anormal o excesiva de tejido adiposo. De acuerdo con criterios recomendados por la organización mundial de la salud, esta se clasifica usando los valores de índice de masa corporal (IMC) en diferentes categorías: sobrepeso, obesidad clase I, II y III. En nuestro país se estima que la prevalencia de sobrepeso y obesidad maternas son del 40,2% y 31,4% respectivamente. La obesidad se asocia con un aumento significativo del riesgo de resultados adversos del embarazo. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de diferentes patologías maternas y fetales durante la gestación, estratificadas según el estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.

MÉTODOS

Data secundaria, derivada de una cohorte histórica previamente detallada. Esta incluyó los partos de gestaciones de más de 20 semanas de edad gestacional, en el servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital Secundario de Santiago, entre los años 2016 - 2022. Se estimaron las prevalencias de sobrepeso y obesidad en la población de estudio, y sus intervalos de confianza. Se estimaron las prevalencias de diferentes patologías obstétricas, y se compararon estas dentro de los diferentes estratos de IMC utilizando test de Chi-Cuadrado de tendencia lineal.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 5.177 partos. Las prevalencias observadas de sobrepeso y obesidad fueron las siguientes: sobrepeso 31.62% (30.16 - 32.90, IC95%) y de obesidad de un 35,11% (22.08% tipo I, 8.9% tipo II y 4.13% tipo III). Respecto a la prevalencia de patologías obstétricas, tales como diabetes gestacional y pregestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, , macrosomía fetal, entre otras, se observa una asociación lineal directa significativa con respecto a la tasa de complicaciones en relación al aumento del IMC calculado al inicio del embarazo. En cuanto a la tasa de cesáreas, con un tasa global del servicio de 38,55%, esta se ve aumentada en pacientes con obesidad, alcanzando cifras de 45,43%.

CONCLUSIÓN

La carga de salud que conlleva la obesidad en el embarazo aumenta la prevalencia considerablemente de patologías asociadas, la tasa de cesáreas y complicaciones. Debemos crear conciencia para poder disminuir los altos índices de obesidad en la actualidad, por el gran impacto en la salud perinatal. Este estudio representa uno de los pocos a nivel nacional que describe tasas de sobrepeso, obesidad materna y su asociación con patologías obstétricas

INFLUENCIA DEL IMC EN LA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO EN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON RESIDENTE GINECÓLOGO ÚNICO

Cortes P, Rumante K, Aparcedo M, Villagra F, Ogaz P, Carrasquero A,Cazar F, Losada G

(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Ricardo Valenzuela Sáez, Rengo

INTRODUCCIÓN

En chile el 51% de las mujeres en edad fértil tienen sobrepeso u obesidad. La obesidad se asocia a mayor necesidad de inducción de trabajo de parto, dado su asociación con patologías del embarazo y también se asocia a mayor tasa inducción fracasada, lo cuál se correlaciona directamente con el IMC. El objetivo es correlacionar el IMC de una cohorte de pacientes embarazadas de término que requirieron inducción por condiciones obstétricas habituales, hospitalizadas en servicio de alto riesgo obstétrico en Hospital Ricardo Valenzuela Sáez durante un año, y su asociación con la tasa de éxito de parto vaginal.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizó base de datos de partos del servicio. Se incluyeron un total de 115 mujeres embarazas de término, correspondiente al 11,4% de los partos en un año, con indicación de inducción de trabajo de parto por condición obstétrica habitual. La inducción se realizó según protocolo local con dinoprostona, balón de dilatación intrauterina o misoprostol. Se analizó porcentaje de éxito de parto vaginal según categorías de IMC. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de óbito fetal.

RESULTADOS

Hubo un total de 115 inducciones en el periodo estudiado. La tasa de éxito de parto vaginal global fue de 63,5% (N=73), siendo mayor para multíparas 58% (N=42) versus 42% (N=31) para nulíparas. El IMC promedio fue de 31,1, siendo un 69% (N=80) de las embarazadas obesas. Se clasificó en tres grupos de acuerdo a IMC según se describe: obesidad tipo I un 56% (N=45), obesidad tipo II un 31% (N=25), obesidad III un 13% (N=10). El porcentaje de éxito de parto vaginal en pacientes obesas fue de 65% (N=52), con cualquier método de inducción disponible en el servicio. Al comparar éxito de parto vaginal en pacientes obesas 65% (N=52) versus normopeso 60% (N=21), no hubo diferencias significativas (p= 0,6). Según categoría de IMC, el porcentaje de parto vaginal fue: Obesidad Tipo I un 62% (N=28), obesidad Tipo II un 76% (N=19), obesidad Tipo III un 50% (N=5) sin diferencias significativas al comparar el IMC con éxito de parto vaginal, en los 3 grupos de estudio (p=0,2). No hubo complicaciones maternas ni neonatales graves en ningún grupo. No se realizó análisis de subgrupos por métodos de inducción.

CONCLUSIÓN

El éxito de parto vaginal en mujeres obesas en nuestra cohorte fue > 50%, concordante con lo descrito en la literatura. No hubo correlación directamente proporcional entre IMC y éxito de parto vaginal. El porcentaje de éxito de parto vaginal fue mayor al esperado en todas las categorías de obesidad, en contexto de maternidad de mediana complejidad con residente ginecólogo único.

EXPERIENCIA LOCAL DE INDUCCIÓN DEL PARTO EN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD CON RESIDENTE GINECÓLOGO ÚNICO

Aparcedo M, Rumante K, Cortes P, Villagra F, Ogaz P, Carrasquero A,Cazar F, Losada G

(1) Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Ricardo Valenzuela Sáez, Rengo

INTRODUCCIÓN

La inducción de trabajo de parto, es una de las intervenciones obstétricas más utilizadas en el mundo para lograr un parto vaginal. La maternidad de Rengo es de mediana complejidad, con atención de aproximadamente 1000 partos anuales. Hasta el año 2021, sólo existía en el servicio como método inducción misoprostol, posteriormente se introdujo dinoprostona y balón de dilatación intrauterina como opciones alternativas para estos fines. El objetivo de este estudio, es caracterizar una cohorte de pacientes embarazadas de término, hospitalizadas en servicio de alto riesgo obstétrico de Hospital de Rengo durante un año, para determinar el porcentaje de éxito de los métodos de inducción implementados en el servicio.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizó base de datos de partos del servicio. Se incluyeron un total de 115 mujeres embarazas de término, correspondiente al 11,4% de los partos en un año, con indicación de inducción de trabajo de parto por condición obstétrica habitual. Se analizó nacionalidad, edad promedio, edad gestacional, paridad, método de inducción, tasa de éxito de parto vaginal, peso de recién nacido, puntaje Apgar y porcentaje de complicaciones maternas neonatales.

RESULTADOS

Hubo un total de 115 inducciones en el periodo estudiado. Edad promedio fue de 28,8 (7 DS) años. Un 35,6% (N=41) era de nacionalidad extranjera. La edad gestacional promedio fue de 39 (2 DS) semanas. Un 52,2% (N=60) de las pacientes fueron nulíparas y un 47,8% (N=55) multíparas de al menos un parto vaginal previo. La mayoría de las pacientes eran obesas, con IMC promedio de 32 (5 DS). De las causas de inducción, algunas pacientes con más de una causa, un 27% (N=32) ruptura prematura de membranas, un 20% (N=22) embarazo en vías de prolongación, 16% (N=19) diabetes gestacional, 19% (N=22) síndrome hipertensivo del embarazo, 6% (N=7) colestasia intrahepática y un 8% (N=10) por otras causas. El promedio de puntaje BISHOP previo al inicio de la inducción fue de 3 puntos. De los métodos de inducción, con dinoprostona 63%(N=72), oxitocina 30% (N=34), Misoprostol 6% (N=7), balón 1% (N=2). La tasa de éxito de parto vaginal global fue de 63,5% (N=73), siendo mayor para multíparas 58% (N=42) versus 42% (N=31) para nulíparas, diferencia estadísticamente significativa (p =0,02). Hubo 36,5% (N=42) cesáreas y de ellas un 36% (N=15) por inducción fracasada, 36% (N=15) por estado fetal no tranquilizador, 24% (N=10) por falta de progreso del trabajo de parto, 4% (N=2) otras causas. No hubo fórceps en esta cohorte. El promedio de peso de Recién nacido fue de 3253 gr (600 gr DS) y el puntaje Apgar 8 -9. No se registraron complicaciones maternas, fetales ni neonatales inmediatas graves. Hubo 7% (N= 8) de complicaciones maternas.

CONCLUSIÓN

La tasa de éxito de inducción de trabajo de parto en embarazo de término que requieren interrupción por cualquier causa con dinoprostona, balón cervical, oxitocina o misoprostol fue mayor a 50% promedio descrito por la OMS, en contexto de residente único en hospital de mediana complejidad.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HEMATOMA VAGINAL POSTPARTO: UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Vallejos G.a,b,c, Guzman-Rojas R.a, Cavada G.c,d,e

a) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Av. La Plaza 680 Las Condes, 7610658 Santiago, Chile. b) Unidad de Piso Pélvico Femenino, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Luis Valentín Ferrada, Camino Rinconada 1201 Maipú, 9274443, Santiago, Chile. c) Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Av. Pedro de Valdivia 1509 Providencia, 7501015, Santiago, Chile. d) Unidad de Investigación y Ensayos Clínicos, Departamento Científico Docente, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Av. La Plaza 680 Las Condes, 7610658 Santiago, Chile e Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Av Independencia 1027 Independencia, 8380453, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El hematoma vaginal post parto es una rara presentación de la hemorragia post parto. En Chile hasta la fecha no existen reportes de incidencia ni prevalencia de esta patología. La nuliparidad, el parto vaginal instrumental y la episiotomía mediolateral son algunos factores de riesgo asociados a hematoma post parto, sin embargo los estudios son escasos en comparar vías de parto y otras asociaciones. El principal objetivo de este estudio es aportar a la evidencia acerca de este tema con cifras locales, ayudando a prevenir esta potencial complicación.

MATERIALES

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de casos y controles entre pacientes con parto vaginal en Clínica Alemana de Santiago, desde el año 2015 hasta julio de 2022. Las pacientes con diagnóstico clínico de hematoma post parto fueron incorporadas como casos. El resto de las pacientes con parto vaginal fueron consideradas como controles. Se incluyeron datos demográficos de las pacientes, comorbilidades asociadas al embarazo y características propias del parto.

RESULTADOS

Se encontraron 26 casos de hematoma post parto y 14.297 pacientes fueron considerados controles. La incidencia de hematoma post parto fue de 1 por cada 550 partos. La restricción del crecimiento intrauterino, el síndrome hipertensivo del embarazo y el desgarro vaginal grado 2 mostraron significancia estadística. No se evidenció asociación con episiotomía o con el peso del recién nacido mayor a 4,000 gramos. Tampoco el parto instrumental mostró asociación.

CONCLUSIÓN

La restricción del crecimiento intrauterino, el síndrome hipertensivo del embarazo y el desgarro vaginal grado 2 aparecen como factores de riesgo para hematoma post parto, configurando un perfil de paciente para el desarrollo de esta patología. Estudios con mayor población pueden entregar mayor información acerca de otros factores de riesgo asociados.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INDUCCIONES DEL TRABAJO DE PARTO CON PROSTAGLANDINA E2 (PROPESS) EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN DESDE ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2022

VEGA. M; SAEZ. J; Alvarado. J

Hospital Clínico San Borja Arriaran, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

La inducción del trabajo de parto se ha convertido en un tema de actualidad. Un sistema de administración vaginal de dinoprostona (Propess) es un método común de maduración cervical para la inducción que es efectivo y con bajas tasas de complicaciones. Dado el creciente numero de condiciones que requieren inducción hace imperiosa la busqueda de las opciones mas costoefectivas para una atención adecuada. Objetivo.- En el presente estudio se pretende analizar los datos de inducción del trabajo de parto con prostaglandina E2 (PROPESS) en el Hospital Clínico San Borja Arriaran y los resultados materno - fetales de la misma con el uso del protocolo local de inducción de trabajo de parto.

METODOLOGÍA

Analisis descriptivo sobre las inducciónes con dinoprostona del Hospital Clínico San Broja Arriaran entre enero y septiembre del año 2022.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Del total de pacientes, 13 tenian entre 15 y 19 años, 49 entre 20 y 24 años, 85 de 25 y 29 años, 73 entre 30 y 34 años, 38 entre 35 y 39 años y 8 pacientes tenian 40 o mas años. La nacionalidad de estas pacientes eran en un 22% chilenas mientras que un 78% eran extranjeras. Las causas de inducción con dinoprostona fueron: sindrome hipertensivo del embarazo (SHE) (39%), embarazo en vias de prolongación (EVP) (25%), ruptura prematura de membranas (RPO) (18%), diabetes gestacional (DMG) (16%), feto grande para la edad gestacional (FGEG) (6%) y un 5% tuvieron otras indicaciones para la inducción. De las pacientes, 176 eran primigestas (66%) y 90 fueron multiparas (34%). Del total de primigestas, 53% terminó en un parto vaginal, 6% en forceps y un 41% en una cesarea. De las multiparas, un 81% termino en un parto vaginal eutocico y 19% en cesarea, ninguna en forceps. En globo, 165 pacientes terminaron en un parto vaginal eutocico (62%), 90 terminaron en una cesarea (34%) y 11 en parto instrumentalizado con forceps (4%). Las causas de indicación de cesarea en estas pacientes fueron en un 23% EFNT, 38% inducción fracazada, 18% dilatación estacionaria, 16% falla de descenso, 3% por crisis hipertensiva y 2% por corioamnionitis. Los pesos de los recien nacido por rango fueron: 2 entre 1500 y 1999 gr, 32 entre 2000 y 2499 gr, 71 de 2500 y 2999 gr, 148 entre 3000 y 3999 gr, y 13 paciente entre 4000 gr o mas. En cuanto a los APGAR al minuto y a los 5 minutos fueron: 10 pacientes con apgar < a 6 y 256 con apgar 7 o mas al minuto. Todos tuvieron APGAR mayor a 7 al los 5 minutos de nacidos.

CONCLUSIÓN

La inducción del trabajo de parto es una practica muy frecuente en obstetricia y especialmente en unidades de alto riesgo. La tasa de éxito en la inducción con Dinoprostona en nuestro centro se condice con la reportada en la literatura, la que es cercana al 65% en lograr un parto vaginal, esto abre las posibilidades de tomar este recurso costoefectivo para su implementación en los distintos centros de atención de maternidad. El grupo de pacientes mas beneficiado serian las pacientes multiparas que tendrian mayores tasas de éxito.

OBSTRUCCIÓN URINARIA AGUDA EN UNA EMBARAZADA POR LITIASIS VESICAL DEBIDO A UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Vergara MJ1, Yáñez C2, Paredes E3, Carvajal E1, Ortega R1, Fuentes A4, Martinovic C 3, Prieto JF 3, Rosas A3, Garlaschi V3, Sánchez D3, Torres A 3, Vargas P1,3, Kusanovic JP 1,3

1 División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2 Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3 Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 4 Servicio de Urología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son un método anticonceptivo de alta eficacia y seguridad, larga duración y bajo costo. Las complicaciones asociadas a su uso incluyen infección, hemorragia, dolor, perforación uterina y migración del dispositivo. Esta última es un evento inusual que ocurre principalmente durante el primer año tras la inserción, y se sospecha frente a la no visualización de guías en la especuloscopía y su ausencia intrauterina en la ecografía. En el caso de migración a la vejiga, ésta puede ser asintomática o presentarse con síntomas urinarios, hematuria, obstrucción urinaria y desarrollo de litiasis, entre otros. Presentamos el caso de una paciente embarazada con una obstrucción urinaria aguda por litiasis vesical secundario a un DIU intravesical.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años, multípara de cinco partos vaginales, cursando un embarazo de 24+1 semanas, y con antecedente de infecciones urinarias a repetición. Consulta por polaquiuria, disuria, hematuria y retención aguda de orina, sin fiebre. A la ecografía se describe feto único vivo y globo vesical con imagen sugerente de un cálculo vesical. Se realiza sondeo vesical con salida de 1000 cc de orina. La ecografía renal y vesical muestra una vejiga de paredes finas con tres cálculos en su interior de hasta 32 mm. En los exámenes de laboratorio destaca una PCR elevada, pero sin leucocitosis, función renal normal, sedimento de orina inflamatorio, y urocultivo negativo. Se realiza cistolitectomía endoscópica con láser Holmium, evidenciándose un cuerpo extraño intravesical compatible con un DIU calcificado, el que se extrae sin inconvenientes. La paciente evoluciona favorablemente, con diuresis espontánea y es dada de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La detección de litiasis vesical en una mujer debe hacer sospechar la presencia de un cuerpo extraño. La litiasis vesical causada por la presencia de DIU intravesical es una condición poco común, con solo 94 casos reportados a nivel mundial desde 1980 hasta la fecha. De estos casos, seis se han registrado en Chile. La detección de esta complicación durante el embarazo es aún más inusual, ya que, del total de casos reportados, solo cinco corresponden a pacientes embarazadas, uno de los cuales ocurrió en una mujer chilena. La migración del DIU sería producto de una perforación uterina al momento de la inserción del dispositivo, siendo más frecuente la migración al peritoneo y omento, y con menor frecuencia a colon y vejiga. Ante un DIU extraviado se debe buscar su ubicación y sospechar su migración a vejiga en presencia de síntomas urinarios. El diagnóstico se puede realizar con ecografía o radiografía pélvica, confirmándose con una cistoscopía. Nuestra paciente supuso un desafío diagnóstico, dado que no se contaba con el antecedente de uso de DIU, y porque se presentó con una obstrucción urinaria aguda, a diferencia de la mayoría de los casos reportados en la literatura.

CONCLUSIÓN

La perforación y migración del DIU hacia la vejiga es un evento infrecuente que debe ser sospechado en casos de litiasis vesical.

PATOLOGÍA MAMARIA

AUTOMATIZACIÓN DE ARTERIAS EPIGÁSTRICAS INFERIORES EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO DEL RECTO ABDOMINAL TRANSVERSO (TRAM). REPORTE DE CASO.

Dra. Opazo MI; Dr. Ponce P2., Letzkus J3.

1. Becada Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Borja Arriarán. Santiago de Chile. Universidad de Chile. 2. Ginecólogo. Unidad de Ginecología General. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Borja Arriarán. Santiago de Chile. Universidad de Chile. 3. Mastólogo en Unidad de Patología Mamaria. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Borja Arriarán. Santiago de Chile. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer mamario es la principal causa de cáncer en mujeres y el segundo cáncer más frecuente a nivel global. Pese a los avances terapéuticos y las técnicas conservadoras, la mastectomía total sigue siendo una opción segura de tratamiento, que podría generar un impacto negativo en el bienestar psicológico de las pacientes. La reconstrucción autóloga post mastectomía con tejido abdominal es una técnica segura que ha evolucionado con el tiempo, sin embargo, las complicaciones vasculares, cómo la necrosis podría afectar gravemente la vitalidad del colgajo. Los abordajes basados en conservación de músculos y pedículos vascularizados, actualmente son los métodos preferidos, ya que alcanzan mejores resultados estéticos y menores tasas de fracasos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Reporte de un caso clínico, retrospectivo.

RESULTADO/CASO

Paciente de 32 años, con antecedentes de Cáncer de mama izquierdo ductal invasor, locamente avanzado. Estudio diseminación y BRCA negativos. Posterior a quimioterapia neoadyuvante, se realiza Mastectomía total (MT) izquierda con disección ganglionar el 2019, sin posibilidad de reconstrucción mamaria inmediata por condiciones anatómicas desfavorables. En Enero 2023, mediante laparoscopía, se realiza ligadura de arterias epigástricas inferiores en su origen, para optimizar vascularización a expensas de circulación epigástrica superior del colgajo musculocutáneo del recto abdominal transverso (TRAM), previo a reconstrucción mamaria, la que se efectúa en Julio 2023, sin incidentes. Evoluciona de manera satisfactoria, con vitalidad del colgajo autólogo y sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es posible mejorar la vascularización del colgajo TRAM de manera segura y factible previo a la reconstrucción mamaria. Mediante técnicas que permitan ligar el pedículo de arterias epigástricas inferiores, se logrará aumentar la red de colaterales superiores del colgajo. Los métodos deben individualizarse según las condiciones de cada paciente para resultados satisfactorios.

GIGANTOMASTIA GESTACIONAL COMPLICADA CON ÚLCERAS HEMORRÁGICAS

Vergara V. (1), Valenzuela I(1)., Quezada B(1,2)

(1) Departamento de Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción. Universidad de Los Andes. (2) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

Gigantomastia Gestacional (GG) es una patología infrecuente caracterizada por aumento de tamaño mamario durante el embarazo cuya etiología y patogenia aún es desconocida. Afecta 1 cada 28.000-100.000 embarazos. De diagnóstico clínico, se describe mastalgia, dorsalgia y complicaciones con úlceras hemorrágicas, necrosis, infecciones, sepsis y problemas en la esfera psico-emocional. Se presenta un caso clínico de esta extraña entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 30 años, cursando embarazo de 30 + 1 semanas, con diagnóstico de GG bilateral desde las 12 semanas de gestación, consulta por aparición de úlceras mamarias bilaterales hemorrágicas con sangrado activo de hasta 3 cm. Se decide hospitalización en contexto del sangramiento activo, para manejo de úlceras hemorrágicas, sangrado cede con compresión y ácido tranexámico, en contexto de anemia moderada con niveles de hemoglobina de hasta 8,4 mg/dl al ingreso asociado a sangrado activo, es necesaria la transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos. Posterior al alta se mantiene con curaciones estrictas por el equipo de cirugía mamaria. Se realiza estudio de laboratorio destaca anticuerpos anti DNA (+) en títulos 1/160, Anticuerpos antinucleares patrón nuclear (+) homogéneo 1/160 - centrómero 1 /1280, citoplasmático (-). Terminado el embarazo, una inducción de parto por una restricción del crecimiento intrauterino a las 37+ 5 semanas, se decide supresión de lactancia materna con cabergolina y estudio posterior. A los 5 meses post parto se evidencia masa palpable de +/- 8 cm en unión de cuadrantes externos de mama derecha, ecografía mamaria informada como Birads 4. Se realiza biopsia core que informa adenosis y fibroadenosis mamaria. Actualmente en seguimiento por equipo de cirugía de mama.

DISCUSIÓN

GG es una enfermedad infrecuente, más común en multíparas y pacientes de raza blanca. La ulceración mamaria, con riesgo de hemorragia o infección severa, son su principal complicación, las cuales mientras no comprometan la vida se manejan médicamente, difiriendo tratamiento quirúrgico definitivo al puerperio. Pese a la falta de evidencia, la supresión de lactancia en el puerperio con bromocriptina constituye manejo inicial. No obstante, la cirugía mamaria (mamoplastia o mastectomía parcial) asociado a tratamiento hormonal, sería la mejor alternativa. La mastectomía simple con prótesis mamaria reporta menor recurrencia.

CONCLUSIÓN

La GG bilateral, afecta tanto física como psicológicamente, llegando incluso a depresión y fobia social. El tratamiento definitivo es quirúrgico con manejo multidisciplinario.

PISO PÉLVICO

MALLA SUBURETRAL RETROPÚBICA (TVT): EXPERIENCIA CLÍNICA Y ANÁLISIS DE DATOS EN EL HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ

Vallejos G.a,b,d, Boldrini P.a,c, Ballesteros P.b, Schlageter F.a,b, Peragallo J.a,b, NorambuenaC.a,b, Castillo N.a,b, Llera C.b, Jaque Y.b

a) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen, Maipú, Santiago, Chile. b) Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile. c) Unidad de Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. d) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) es la pérdida involuntaria de orina durante una maniobra de esfuerzo físico, ejercicio, estornudo o tos. Afecta aproximadamente al 15% de las mujeres entre 30-60 años, y su prevalencia es de 30-41%. Aunque existen terapias conservadoras para su manejo, muchas pacientes terminarán necesitando cirugía para su resolución. Las cintas suburetrales son consideradas para el manejo quirúrgico y existen dos alternativas de instalación: la vía transobturadora (TOT o TVT-O) y la vía retropúbica (TVT), siendo esta última la vía de elección.

MÉTODOS

Se evaluó la tasa de efectividad y complicaciones de la técnica retropúbica en la Unidad de Piso Pélvico Femenino del Hospital El Carmen de Maipú entre los años 2015 y 2020, llamando telefónicamente a pacientes sometidas a esta técnica y respondiendo encuestas de satisfacción.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 715 registros de pacientes que fueron sometidas a TVT, y se logró contactar telefónicamente al 60,69% de ellas. Los resultados muestran una tasa de efectividad del 94,8% y una tasa de complicaciones del 2,3% a través de ésta técnica.

CONCLUSIÓN

Las tasas de cura objetivas y subjetivas de las pacientes que recibieron TVT en el Hospital El Carmen de Maipú, así como también las complicaciones, son similares a las reportadas en la literatura. Este estudio provee evidencia local de los resultados postoperatorios de incontinencia urinaria de esfuerzo en pacientes que requirieron instalación de una malla suburetal retropúbica, demostrando ser una cirugía altamente efectiva y segura para el tratamiento de la incontinencia de orina de esfuerzo.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA DEL PLEXO SACRO CON TEJIDO AUTÓLOGO COMO COMPLICACIÓN DE COLPOSACROPEXIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO.

Vallejos Ga,b,c., Sandoval Ca., Guzman Ra

a) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Av. La Plaza 680 Las Condes, 7610658 Santiago, Chile. b) Unidad de Piso Pélvico Femenino, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Luis Valentín Ferrada, Camino Rinconada 1201 Maipú, 9274443, Santiago, Chile. c) Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Av. Pedro de Valdivia 1509 Providencia, 7501015, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La colposacropexia es una intervención quirúrgica comúnmente utilizada para tratar el prolapso genital en mujeres. Aunque es una técnica eficaz, no está exenta de complicaciones, y una de las complicaciones raras pero graves es la hemorragia del plexo sacro durante la laparoscopia, que corresponde a menos del 1%. El manejo efectivo de esta complicación es fundamental, debido a la letalidad que conlleva potencialmente. Se presenta un caso de hemorragia del plexo sacro durante una colposacropexia, que se manejó con éxito mediante la colocación de tejido autólogo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se muestra el video de un caso de una paciente de 66 años que fue sometida a una colposacropexia laparoscópica debido a un prolapso genital apical estadio 1 y anterior estadio 3. Durante el procedimiento, se produjo una hemorragia inesperada del plexo sacro, resultando en un sangrado significativo refractario a compresión y aplicación directa de energía bipolar. Se decidió abordar la hemorragia mediante la colocación de tejido autólogo, específicamente tejido del ligamento redondo, en el sitio de la lesión vascular y aplicación de energía. La hemorragia se controló satisfactoriamente, y la paciente no experimentó complicaciones adicionales.

DISCUSIÓN

La hemorragia del plexo sacro durante la colposacropexia es una complicación infrecuente pero potencialmente grave. Su manejo adecuado es crucial para prevenir complicaciones posteriores. Si bien existen casos descritos de manejo de esta complicación con tejido autólogo, los reportes de la literatura siguen siendo escasos. En este reporte, el enfoque resultó efectivo y evitó la necesidad de transfusiones sanguíneas u otros procedimientos invasivos, logrando concluir la cirugía de manera satisfactoria. El video entrega información visual valiosa para entender el manejo de esta complicación.

CONCLUSIÓNES

La utilización de tejido autólogo puede ser una opción efectiva y segura para controlar el sangrado del plexo sacro, minimizando así el riesgo de complicaciones posteriores y mejorando los resultados del procedimiento. Se necesita una evaluación y seguimiento a largo plazo para evaluar completamente la efectividad y la seguridad de esta técnica en casos similares.

INFILTRACIÓN DE PUNTOS GATILLO PARA MANEJO DEL DOLOR POSTERIOR A HISTEROPEXIA SACROESPINOSA: REPORTE DE UN CASO

Vallejos Ga,b,c., Velasco Mb., Carstens Cb., Quiñones Pb., Barria Mb,c

a Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Luis Valentín Ferrada, Camino Rinconada 1201 Maipú, 9274443, Santiago, Chile.
b Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Av. Pedro de Valdivia 1509 Providencia, 7501015, Santiago, Chile.
c Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Av. La Plaza 680 Las Condes, 7610658 Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital femenino puede tener un impacto negativo tanto en la salud como en la calidad de vida de las personas afectadas. El prolapso apical se posiciona como la segunda condición más común. Una de las técnicas descritas para abordar esta problemática es la fijación al ligamento sacroespinoso. Entre las posibles complicaciones posoperatorias, se encuentra el dolor neuropático en el glúteo y la región posterior del muslo. A continuación se presenta un caso clínico de dolor neuropático posterior a la fijación sacroespinosa que fue exitosamente manejado con infiltración de los puntos dolorosos por vía vaginal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 62 años, historia de un año de evolución de bulto vaginal y sensación de peso genital. Examen físico con prolapso anterior y apical, se decide realizar reparación anterior más histeropexia sacroespinosa bilateral con técnica descrita para el uso de kit Anchosureâ. Posterior a cirugía la paciente comienza con dolor glúteo izquierdo irradiado a ano y extremidad inferior ipsilateral. Dolor refractario a pregabalina y kinesiterapia, se decide realizar infiltración de puntos dolorosos. La paciente es citada a box, se identifican puntos dolorosos a la palpación a nivel del fórnix lateral izquierdo. Con técnica estéril se infiltra con solución de bupibacaína y cidotén en los puntos previamente identificados y fondo de saco posterior mediante una aguja espinal Perican® 18G - 1,3 x 80 mm.

La infiltración fue bien tolerada por la paciente. Minutos posterior al procedimiento la paciente refiere remisión de los síntomas, indicando EVA 1/10. Al control en dos semanas posterior a infiltración, mantiene EVA 1/10 con mejoría de sintomatología anal.

DISCUSIÓN

La fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinoso ha demostrado ser una intervención efectiva en su manejo, sin embargo, entre las complicaciones postoperatorias, se ha observado el dolor neuropático. Existe poca evidencia sobre el manejo ambulatorio para tratar el dolor neuropático mediante infiltración de puntos dolorosos y bloqueo del nervio pudendo. En este caso clínico se presenta la infiltración como alternativa exitosa posterior al fracaso del manejo medicamentoso y kinésico, logrando disminución significativa del dolor, cercano al 95%.

CONCLUSIONES

La infiltración local con anestésicos de los puntos dolorosos posterior a la fijación sacroespinosa es una alternativa segura y eficaz para el manejo de esta complicación. Se necesitan estudios con mayor seguimiento para realizar recomendaciones al respecto.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO KINÉSICO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: ANÁLISIS DE DATOS DEL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE CLÍNICA ALEMANA SANTIAGO.

Vallejos Gb,c,d., Inostroza Ca., Toro Ca

a Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Av. La Plaza 680 Las Condes, 7610658 Santiago, Chile. b Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Av. La Plaza 680 Las Condes, 7610658 Santiago, Chile c Unidad de Piso Pélvico Femenino, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Luis Valentín Ferrada, Camino Rinconada 1201 Maipú, 9274443, Santiago, Chile. d Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Av. Pedro de Valdivia 1509 Providencia, 7501015, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia de Orina de Esfuerzo (IOE) tiene una alta prevalencia entre las mujeres. La Rehabilitación Pelviperineal es el tratamiento conservador de primera línea para esta condición. El objetivo de este estudio es determinar la tasa de éxito en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (SMFYR) de Clínica Alemana de Santiago (CAS) mediante el Índice de Severidad de Sandvik, además de buscar relación con otras variables.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes del SMFYR de Clínica Alemana de Santiago entre el año 2022 y 2023. Se incluyeron las pacientes con diagnóstico de IOE y que iniciaron tratamiento kinésico. Se obtuvieron datos demográficos, numero de sesiones e índice de Sandvik. Se excluyeron pacientes con datos faltantes en la ficha clínica.

RESULTADOS

Se obtuvieron 32 casos de pacientes con IOE. La edad promedio de las pacientes fue 48.3 años (SD 11.6 32-79). El número de sesiones tuvo una media de 8.1 (SD 2.1 5-11). El Sandvik promedio al inicio del tratamiento kinésico fue de 6 (SD 2.7 1-12) y al final de las sesiones fue de 1 (SD 1.4 0-6), con un p-value <0.001. Sólo el número de sesiones muestra una correlación límite con el desenlace final (p-value 0.055 95% CI -.006 - .624). Ni la paridad, tipo de parto, uso de fórceps o la edad mostraron correlación estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el tratamiento de la IOE mediante la rehabilitación pelviperineal presenta una mejoría en los valores asociados al Índice de Sandvik no siendo influenciada por otras variables como edad. La mejoría de los síntomas pudiese estar determinada por el número de sesiones realizadas. Se necesita aumentar el tamaño muestral para determinar asociación más precisa.

CONCLUSIONES

La rehabilitación pelviperineal realizada en el SMFYR de CAS refleja una mejoría clínica estadísticamente significativa de síntomas asociados a IOE.

CORRELACIÓN CLINICA-ECOGRÁFICA DEL DAÑO DEL PISO PÉLVICO POSTERIOR A PARTO INSTRUMENTAL

Norambuena C.a,b, Valenzuela G.a,b, Schlageter Fa,b., Castillo Na,b., Peragallo Ja,b.,Vallejos G.a,b,c

a) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen, Maipú, Santiago, Chile
b) Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile
c) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El parto instrumental ha sido una intervención beneficiosa en obstetricia para facilitar el parto en situaciones de riesgo materno o fetal, sin embargo, su aplicación conlleva injuria al piso pélvico femenino. Los traumas asociados con el uso de fórceps dan lugar a daños permanentes, incluyendo la incontinencia urinaria y fecal. Se presenta una serie de casos de pacientes sometidas a parto instrumental en el Hospital El Carmen de Maipú a los que se midió el daño del piso pélvico mediante ecografía y se correlacionó con la clínica. Estas pacientes corresponden a resultados preliminares de un estudio comparativo entre fórceps Kielland y espátulas de Thierry.

MÉTODOS

Se evaluó a 18 pacientes posterior a parto instrumental. Se obtuvieron datos demográficos y se preguntó acerca de síntomas de prolapso. Se evaluó prolapso genital mediante POP-Q. Se hizo una ecografía de piso pélvico indicando el grado de daño del músculo elevador del ano (MEA) además del área del hiato genital.

RESULTADOS

Se obtuvo datos de 18 pacientes, 16 de ellas posterior a fórceps Kielland y dos espátulas de Thierry. La edad promedio fue 31.6 años (SD 5.81 24-44) y el tiempo medio desde la intervención fueron 80 meses (SD 11.11 65-95). La paridad promedio de las pacientes fue 1.38 (SD 0.50 1-2). La media del recién nacido de mayor peso fue 3277g (SDn 501.86 2015-4295). 13 sujetos presentaron algún tipo de avulsión del músculo elevador del ano (72%), siendo el 6 unilateral y 7 bilateral. 5 pacientes evidenciaron avulsión parcial y 8 con avulsión completa del MEA. El 50% de las pacientes presentó un área del hiato mayor a 25 cm3, considerado severo. 7 pacientes presentaron cistocele ecográfico, 3 de ellas clasificadas como significativo. En relación a histerocele, 6 pacientes presentaron evidencia ecográfica, 3 de ellas significativas. El rectocele ecográfico fue demostrado en 11 pacientes, 5 significativos. El examen físico demostró que el 55% de las pacientes tiene un prolapso estadio 2 o superior del compartimiento anterior y el 22% del posterior. El 100% presentó prolapso apical estadio 1. Al interrogatorio acerca de síntomas de bulto o peso genital, dos pacientes respondieron afirmativamente.

CONCLUSIÓN

En nuestra cohorte, el parto instrumental muestra correlación con el daño del piso pélvico ecográfico, que se traduce positivamente en el examen físico de prolapso genital. Estos hallazgos no se condicen con síntomas clínicos de prolapso. Se necesita ampliar el tamaño muestral y mayor tiempo de seguimiento para lograr correlación entre ambos.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS SOMETIDAS A REPARACIÓN DE COMPARTIMIENTO APICAL CON TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN DIRECTA DE LIGAMENTO SACROESPINOSO CON VALVAS DE BREISKY.

Veloso M, D1; Rojas L, A2; Torres G, J1; Véliz R, F3; Tapia I, R3; Lancellotti G, D4

(1) Ginecólogo obstetra, Hospital San Pablo, Coquimbo.
(2) Becado de ginecología y obstetricia, Hospital San Pablo, Coquimbo.
(3) Interno 7mo año Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo
(4) Docente, Universidad Católica del Norte, Coquimbo

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una patología frecuente que consiste en la protrusión de órganos pélvicos por el canal vaginal o fuera de éste, como consecuencia de una falla del sistema de sustento de los órganos pélvicos. El manejo definitivo de esta patología es quirúrgico. Las técnicas quirúrgicas del compartimiento apical más utilizadas son la colposacropexia y la colpopexia al ligamento sacroespinoso. En nuestro hospital realizamos colpopexia al ligamento sacroespinoso con disección, y pasada de 2 riendas con porta aguja finochietto bajo visualización directa del ligamento mediante valvas de breisky, lo que nos ha permitido mantener una cirugía de bajo coste, sin utilizar implementos especializados como técnica con sistema Capio TM.

MÉTODOS

En este análisis estadístico se encuestaron 30 mujeres intervenidas quirúrgicamente en el Hospital San Pablo de Coquimbo entre Junio 2021 y Junio 2023, en las cuales se utilizó la técnica quirúrgica de reparación de compartimiento apical con técnica de visualización directa de ligamento sacroespinoso con valvas de breisky. El instrumento aplicado fue Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire – short form 20, el cual evalúa los síntomas de las pacientes considerando 3 perspectivas: alteraciones del prolapso, alteraciones urinarias y alteraciones colorrectales.

RESULTADOS

De la encuesta Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire – short form 20, se extrae respecto de las 3 perspectivas que un 85% en promedio de los pacientes no refiere molestia alguna. Del análisis de preguntas por separado se observó que el mayor porcentaje de disconfort fue un 33,4% en respecto a la sensación de bulto durante la defecación. Como análisis secundario, al observar los protocolos operatorios se observó que el tiempo quirúrgico fue en promedio de 22 minutos.

CONCLUSIONES

Si bien el prolapso genital es una patología frecuente y con alta carga sintomática para las pacientes, tiene una buena respuesta al manejo quirúrgico, con poca recidiva a corto plazo. En este estudio se abarcaron distintas etapas de post-operatorio en las pacientes, desde los 2 meses post operadas hasta 2 años, y en la gran mayoría se evidencia una disminución significativa de los síntomas. En suma se muestra una tendencia marcada a resultados favorables. Sería conveniente continuar el estudio, aumentando el número de población y complementarlo con el examen físico con el fin de precisar aún más la respuesta al manejo quirúrgico y analizar si se manifiestan recidivas a largo plazo.

XXXIX CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
CONTRIBUCIONES 2023