

SOCIEDAD CHILENA DE



OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

XL CONGRESO CHILENO **DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA :** CONTRIBUCIONES 2025



TRABANDO JUNTOS POR
EL BIENESTAR DE LA MUJER

ÍNDICE

CONTRIBUCIONES 2025

ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA

- 13** MIGRAÑA DE LARGA DATA, AMENORREA SECUNDARIA Y PROLACTINOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO
- 15** HIPERANDROGENISMO POR TUMOR DE CÉLULAS LEYDIG: REPORTE DE UN CASO
- 16** PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS EN 74.853 MUJERES DE CHILE Y LATINOAMÉRICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO MUSA 2025 (MENOPAUSIA Y SUS SÍNTOMAS EN MUJERES ADULTAS)
- 17** MANEJO LAPAROSCÓPICO CONSERVADOR DE UN EMBARAZO OVÁRICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.
- 18** EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN MUJERES CON SEGUIMIENTO POR CLIMATERIO: ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SANTIAGO
- 19** ROL DEL CLIMATERIO EN EL DESARROLLO DE DISTINTAS FASES DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR A PROPOSITO DE UN CASO
- 20** PERFIL DE SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN POLICLÍNICO DE CLIMATERIO DEL ÁREA SUR DE SANTIAGO DE CHILE.
- 21** CALIDAD DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO CLÍNICO DE SÍNDROME METABÓLICO EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO

ÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

- 23** EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y MATRONERÍA DE CHILE
- 24** ACTITUDES EN RELACIÓN A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA AL ABORTO ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA Y MATRONERÍA DE CHILE
- 26** VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS MEDIOS CHILENOS: REPRESENTACIONES DEL/LA MÉDICO/A OBSTETRA (2020-2025)
- 27** INEQUIDADES Y BARRERAS EN EL ACCESO A TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN CHILE DURANTE EL 2022.
- 29** BAJA EN LA TASA DE NACIMIENTOS EN CHILE (2015-2024): UN ANÁLISIS DE CAUSAS E IMPLICANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- 30** APLICACIÓN DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, CAUSAL 2: EXPERIENCIA CLÍNICA DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS

EDUCACIÓN EN SALUD

- 33** SIMULACIÓN EN OBSTETRICIA COMO ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y EL APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
- 34** CERCLAJE CERVICAL: ENTRENAMIENTO CON SIMULACIÓN

35 DESARROLLO DE UN SIMULADOR DE DOPPLER PULSADO PARA LA ENSEÑANZA EN OBSTETRICIA

36 EXPOSICIÓN A PROCEDIMIENTOS GINECO-OBSTÉTRICOS EN RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL MAULE

GINECOLOGÍA GENERAL

38 COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE HISTERECTOMÍAS POR PATOLOGÍA BENIGNA SEGÚN VÍA DE ABORDAJE EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

39 EL DILEMA DE LA CLASIFICACIÓN EN MALFORMACIONES MÜLLERIANAS COMPLEJAS: UN CASO DE SÍNDROME DE OHVIRA

40 ACTINOMYCES ISRAELII, UN AGENTE A CONSIDERAR EN ACTINOMICOSIS ASOCIADA AL USO PROLONGADO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS. REPORTE DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE EVIDENCIA DISPONIBLE.

41 ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLINO EN PACIENTE NULÍPARA: DESAFÍOS EN EL MANEJO QUIRÚRGICO

42 EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

43 RESULTADO PRELIMINAR DEL ESTUDIO NACIONAL DE ENDOMETRIOSIS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y BRECHAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN CHILE

44 VALIDACIÓN DE TÉCNICA DE CERCLAJE LAPAROSCÓPICO "NEEDLE-FREE" EN ESCENARIO COMPLEJO DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA INTESTINAL.

45 EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN ISTMOCELE: SERIE DE CASOS EN LA RED DE SALUD UC CHRISTUS Y COMPARACIÓN CON LA EVIDENCIA INTERNACIONAL

46 EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA, MANEJO MÉDICO CON MULTI DOSIS DE METOTREXATO. REPORTE DE CASOS.

47 ACTINOMICOSIS PÉLVICA EN USUARIA DE T DE COBRE ASOCIADO A COMPROMISO URETERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

48 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

49 MANEJO LAPAROSCÓPICO CONSERVADOR DE UN EMBARAZO OVÁRICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

50 EXPERIENCIAS SOBRE LA SALUD MENSTRUAL EN PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE UN CENTRO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA PERSONAS NEURODIVERGENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

51 EVALUACIÓN DEL USO DE ANESTÉSICO TÓPICO INTRA-CERVICAL DURANTE LA INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO MEDICADO ¿ES RELEVANTE EN LA PERCEPCIÓN DE DOLOR?

52 PIOMIOMA UTERINO REPORTE DE CASO CLÍNICO

53 SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER, DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y ÉXITO TERAPÉUTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

54 CUANDO EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO ATRAVIESA LÍMITES: PERFORACIÓN INTESTINAL POR DIU, A PROPÓSITO DE UN CASO.

55 EXPERIENCIAS EN DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL DE MUJERES CON ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CHILE

- 57** CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS EN UN HOSPITAL PÚBLICO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
- 58** ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE (1): RESULTADOS CLÍNICOS DEL MANEJO MÉDICO, EXPECTANTE Y QUIRÚRGICO EN UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.
- 60** ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE (2): PREVALENCIA Y RELEVANCIA CLÍNICA DEL AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN MIOMETRIAL.
- 62** ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE (3): PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN USUARIA SEGÚN MANEJO.
- 64** RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS CRITERIOS ECOGRÁFICOS EN ADENOMIOSIS: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.
- 66** CONTROL MEDICO GINECOLÓGICO , EVIDENCIA DE LA EXPERIENCIA
- 68** IMPACTO DE LA DERIVACIÓN MÉDICA EN HALLAZGOS ECOGRÁFICO DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: CÓMO OPTIMIZAR UNA ADECUADA DERIVACIÓN.
- 70** EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA
- 71** CUANDO LO BENIGNO SE DISFRAZA DE MALIGNO: SÍNDROME DE MEIGS EN ADOLESCENTE, REPORTE DE CASO
- 72** INCIDENCIA DE ENDOMETRIOSIS SOBREINFECTADOS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE ABSCESO TUBOOVÁRICO (ATO) EN EL HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ, 2024-2025
- 73** CESÁREA EN PACIENTE CON VEJIGA NEUROGÉNICA Y CIRUGÍA DE MITROFANOFF
- 74** HISTERECTOMÍA VAGINAL AMBULATORIA: EXPERIENCIA CLÍNICA DURANTE LOS AÑOS 2023-2024 EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR, CHILE.
- 75** TERATOMA EN PACIENTE TRANS OPERADO: LA IMPORTANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES
- 76** PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MIOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO
- 77** HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO EN EMBARAZO DE 14 SEMANAS, ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO
- 78** ENDOMETRIOSIS VESICAL, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE
- 79** EMBARAZO INTERSTICIAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO
- 80** EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL SUR DE CHILE.
- 81** CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA DEL ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL: EXPERIENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN SANGRADO UTERINO ANORMAL Y POSTMENOPÁUSICO EN UN HOSPITAL AL SUR DE CHILE.
- 83** TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA: SERIE DE CASOS CLÍNICOS
- 84** DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS PROFUNDA, CON COMPROMISO INTESTINAL; EN UNIDAD DE ENDOMETRIOSIS DE CLÍNICA MEDS, SANTIAGO
- 85** REPORTE DE UN CASO: FÍSTULA VESICO VAGINAL POR DISPOSITIVO INTRAUTERINO

- 86** TORSIÓN OVÁRICA BILATERAL: PRESENTACIÓN INUSUAL DE CUADRO CLÍNICO FRECUENTE

GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

- 88** EXPERIENCIAS DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN LA REGIÓN METROPOLITANA
- 90** ÚLCERAS GENITALES POR VIRUS EPSTEIN BARR EN LA ADOLESCENCIA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

- 93** ADENOCARCINOMA SIMIL MESONÉFRICO: UN NUEVO COMPAÑERO DE LA ENDOMETRIOSIS
- 94** CÁNCER GINECOLÓGICO EN MUJERES DE 35 AÑOS O MENOS: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA EN UNA COHORTE INSTITUCIONAL 2020-2025.
- 95** ADENOCARCINOMA VILLOGLANDULAR CERVICAL EN FIGO IIB: EL ROL DE LA IMAGEN Y LA DECISIÓN MULTIDISCIPLINARIA.
- 96** TERATOMA INMADURO ASOCIADO A PSICOSIS: REPORTE DE UN CASO
- 97** USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA; REVISIÓN DE LA LITERATURA.
- 98** PAPANICOLAU EN MOVIMIENTO: IMPACTO DE UNA UNIDAD MÓVIL EN LA COBERTURA DE TAMIZAJE CERVICAL EN LA REGIÓN DE ATACAMA, 2024
- 99** IMPACTO DE LAS DISPARIDADES EN SALUD EN EL CÁNCER CERVICOUTERINO
- 100** DESIGUALDADES QUE MARCAN: ESTADIOS AVANZADOS Y

COMPLICACIONES EN MUJER CON CÁNCER CERVICOUTERINO SEGÚN COBERTURA EN SALUD

- 101** CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO
- 102** CARCINOMA MIXTO DE VULVA: REPORTE DE UN CASO
- 103** CIRUGÍA ROBÓTICA Y LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA
- 104** BETA GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (B-HCG) MÁS DE UN MILLÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO
- 105** MELANOMA MALIGNO PRIMARIO DE CUELLO UTERINO Y VAGINA: REPORTE DE CASO
- 106** ADOLESCENTE CON TUMOR OVÁRICO DE CÉLULAS GERMINALES MIXTO: PRESENTACIÓN INFRECUENTE Y DESAFIANTE
- 107** ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL CON FETO VIVO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO.
- 108** IMPACTO CLÍNICO Y QUIRÚRGICO DE UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA EN UN HOSPITAL REGIONAL: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN COPIAPÓ
- 109** CÁNCER DE CÉRVIX: AVANCES REGIONALES HACIA LA META 90-70-90 DE LA OMS PARA SU ELIMINACIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA
- 110** CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE LA GLÁNDULA DE BARTOLINO: DESAFÍO TERAPÉUTICO EN PACIENTE JOVEN CON RECIDIVA LOCORREGIONAL PERSISTENTE.
- 111** MALIGNIZACIÓN DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA DE LARGA DATA: REPORTE DE CASO

- 112** MOMENTO ÓPTIMO DEL USO DE INHIBIDORES DE LA POLIADP-RIBOSA (IPARP) EN CÁNCER DE OVARIO BRCA/HRD+
- 113** REPORTE DE CASO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE TROMPA DE FALLOPIO
- 114** TUMOR ANEXIAL BORDERLINE EN EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO.
- 115** RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO INSTITUCIONAL
- 116** EL IMPACTO DE LA EDAD EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE OVARIO
- 118** TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA DEL OVARIO: SERIE DE 22 CASOS DURANTE 2016 Y 2024 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO.
- 119** IMPACTO DE LA GENOTIPIFICACIÓN VIRAL EN PACIENTES CON CITOLOGÍA NEGATIVA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL CO-TEST EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO
- 120** ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA LINFADENECTOMÍA PARA-AÓRTICA LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL VERSUS EXTRAPERITONEAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO
- 121** TRIAGE Y SEGUIMIENTO DE 610 MUJERES CON GENOTIPIFICACIÓN PARA VPH OTROS DE ALTO RIESGO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO
- 122** LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA ÓPTIMA Y EL ESTADO BRCA/HRD COMO PREDICTORES INDEPENDIENTES DE SOBREVIVENCIA EN CÁNCER DE OVARIO
- 123** MÁS ALLÁ DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR: EXPERIENCIA

CHILENA EN CÁNCER DE OVARIO SEROSO AVANZADO CON CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, QUIRÚRGICA Y GENÉTICA

- 124** MAPEO GANGLIONAR CENTINELA CON VERDE DE INDOCIANINA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN CHILE CON CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR (2022-2025)
- 125** BIOMARCADORES DINÁMICOS Y MOLECULARES EN CÁNCER DE OVARIO SEROSO AVANZADO: ANÁLISIS DE RAN/RAL, CA125, KELIM Y BRCA/HRD EN UNA COHORTE CHILENA
- 126** COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA Y DESENLACES EN CÁNCER DE OVARIO SEROSO AVANZADO

MEDICINA MATERNO FETAL

- 128** DIAGNÓSTICO PRENATAL DE AGNATIA: REPORTE DE CASO CLÍNICO.
- 129** REMODELADO Y FUNCIÓN CARDÍACA FETAL ASOCIADOS A OBESIDAD PREGESTACIONAL MATERNA: EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON OMEGA-3.
- 130** SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL (STFF) EN EMBARAZO TRIPLE MONOCORIAL TRIAMNIÓTICO (MCTA): REPORTE DE CASO
- 131** COLITIS ULCEROSA EN EL EMBARAZO E INICIO DE TRATAMIENTO DE TERAPIA BIOLÓGICA DURANTE LA GESTACIÓN: REPORTE DE CASO.
- 133** SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO DOCOSAHEXAENOICO DURANTE EL EMBARAZO PARA PREVENIR TRASTORNOS DE LA PLACENTACIÓN PROFUNDA: UN ENSAYO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO (DEEPER TRIAL)
- 134** INFECCIÓN GRAVE POR SARS-COV-2 EN GESTANTES:

ESTUDIO CASO CONTROL DE RESULTADOS PERINATALES EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.

- 135** DOPPLER DE LA ARTERIA UMBILICAL DE "BAJA RESISTENCIA": FALSO PARADIGMA DE NORMALIDAD.
- 136** DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO PRENATAL DEL SÍNDROME DE JOUBERT ASOCIADO A MUTACIÓN EN EL GEN OFD1: REPORTE DE CASO.
- 137** BOTOX PRENATAL EN MANEJO DE ONFALOCELE GIGANTE
- 138** FACTORES BIOPSIOSOCIALES DURANTE LA GESTACIÓN Y SU IMPLICANCIA EN LA CONDICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA.
- 139** CORTISOL MATERNO Y SU IMPACTO EN LA PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO FETAL E INFANTIL.
- 140** CERCLAJE UTERINO Y LATENCIA AL PARTO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
- 141** METRICAS DE DINAMICA GLICEMICA MATERNA EN DIABETES MELLITUS GESTACIONAL COMO POTENCIALES PREDICTORES DE RIESGO PERINATAL
- 142** RENDIMIENTO DEL ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO Y PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN SANGRE MATERNA PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFLAMACIÓN INTRA-AMNIÓTICA EN CHILE
- 143** AUMENTO DE TASA DE PARTO PREMATURO EN CHILE Y SU CORRELACIÓN CON LA RADIACIÓN SOLAR REGIONAL: POTENCIAL ROL DE LA VITAMINA D.
- 144** IMPLEMENTACION CLÍNICA DE IL-6 COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO DE INFLAMACIÓN INTRA-AMNIÓTICA EN EMBARAZADAS CHILENAS: UNA MIRADA A LA REALIDAD LOCAL

- 145** VITAMINA D Y VÍAS INFLAMATORIAS EN PARTO PREMATURO ASOCIADO A INFLAMACIÓN INTRA-AMNIÓTICA: ANÁLISIS IN SILICO DE MEMBRANAS CORIOAMNIÓTICAS

- 146** EXPERIENCIA CON CERCLAJES DURANTE 8 AÑOS: ANÁLISIS MULTIVARIABLE DE FACTORES PRONÓSTICOS EN HOSPITAL BASE DE VALDIVIA.

- 147** RESULTADOS PERINATALES DE TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

- 149** PREECLAMPSIA PRECOZ A LAS 15 SEMANAS CON HEMATOMA HEPÁTICO ROTO EN EMBARAZO POR FERTILIZACIÓN IN VITRO: REPORTE DE CASO

- 150** ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE GESTACIONAL: PREVENCIÓN DE RECURRENCIA CON INMUNOGLOBULINA ENDOVENOSA.

- 151** DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE HETEROTAXIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

- 152** BAJO NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE VIGILANCIA DE LA NORMATIVA DE FORTIFICACIÓN DE HARINAS CON ÁCIDO FÓLICO POR PARTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE.

- 153** CÁNCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

- 154** TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DEL HIDROSALPINX BILATERAL

- 156** PERITONEODIÁLISIS EN EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

- 158** RELACIÓN DE COCIENTE DE FACTORES ANGIOGÉNICOS ELEVADOS E INTERVALO AL PARTO EN PACIENTES CON

PREECLAMPSIA Y RCIU.

- 159** PROTOCOLO INTERDISCIPLINARIO PARA EN LA MANEJO DEL DÉFICIT DE ORNITINA TRANSCARBAMILASA (OTC) DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO
- 160** MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS CON DIAGNÓSTICO PRENATAL Y SEGUIMIENTO CLÍNICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
- 162** DOPPLER DE ARTERIA UMBILICAL EN FETOS CON SD. DE TURNER
- 163** HIPERTENSIÓN PULMONAR Y VENTRÍCULO ÚNICO MATERNO ASOCIADO A RCIU SEVERO: DECISIONES LÍMITE EN UN EMBARAZO DE ALTÍSIMO RIESGO. REPORTE DE CASO
- 164** DÉBITO DE VENA UMBILICAL ABSOLUTO Y NORMALIZADO POR PESO EN RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO
- 165** RABDOMIOMA CARDIACO FETAL CON EVOLUCIÓN A HI-DROPS Y ÓBITO FETAL: REPORTE DE CASO.
- 166** DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ARCO AÓRTICO DERECHO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: UNA SERIE DE CASOS.
- 167** MÁS ALLÁ DEL TERCER TRIMESTRE: PRESENTACIÓN PRECOZ Y RECURRENTE DE LA COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO A PROPÓSITO DE UN CASO.
- 168** PREDICCIÓN ANTENATAL DEL TAMAÑO DEL DEFECTO Y NECESIDAD DE USO DE PARCHES EN REPARACIÓN POSTNATAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA
- 170** RESULTADOS MATERNO Y PERINATALES EN EMBARAZADAS DIABÉTICAS TIPO 1

- 172** DIAGNÓSTICO ANTENATAL Y RESULTADOS NEONATALES EN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN SUDAMÉRICA. SANTIAGO, CHILE.
- 173** CERCLAJE DE URGENCIA PARA LA PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO EN EMBARAZOS GEMELARES, EXPERIENCIA HOSPITAL SOTERO DEL RIO
- 174** CASUÍSTICA DE GASTROSQUISIS A LO LARGO DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE
- 175** DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE SÍNDROME DE DELECIÓN 22Q11.2: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RIO
- 176** POLIHIDROAMNIOS EN PRIMIGESTA CON DIAGNÓSTICO PRENATAL TARDÍO DE MALFORMACIONES FETALES: REPORTE DE UN CASO

MEDICINA REPRODUCTIVA

- 178** CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO EN USUARIAS CON INFERTILIDAD DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA REGIÓN DEL MAULE
- 179** PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA PILOTO EN CHILE
- 180** USO DE ATOSIBAN PREVIO TRASFERENCIA EMBRIONARIA: EXPERIENCIA EN CRHUV
- 181** PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON INFERTILIDAD QUE REALIZAN CICLOS DE ALTA COMPLEJIDAD DURANTE LOS AÑOS 2020-2024
- 182** ROL TERAPEUTICO DE LA INSEMINACION DE LA INSEMINACION INTRAUTERINA EN UN CENTRO PUBLICO DE

CHILE

- 184** PREVALENCIA DE ENDOMETRIOSIS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA GENERAL Y UNIDAD DE INFERTILIDAD EN HOSPITAL SOTERO DEL RIO 2024-2025

OBSTETRICIA GENERAL

- 187** RENDIMIENTO DEL ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO PARA DETECTAR INFLAMACIÓN/INFECCIÓN INTRA AMNIÓTICA SEGÚN INDICACIÓN CLÍNICA Y RELACIÓN CON MOMENTO DE PARTO. REVISIÓN RETROSPECTIVA
- 188** KINKING DUCTAL ASOCIADO A VARIANTE DEL ARCO AÓRTICO.
- 189** NO TODA ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS EN EL TERCER TRIMESTRE ES UNA PREECLAMPSIA: ANÁLISIS DE ETIOLOGÍA Y DESCENLACES CLÍNICOS MATERNO-FETALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES
- 190** ROTURA UTERINA TRAS INSERCIÓN DE BALÓN DE BAKRI EN HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA
- 191** CESÁREA ELECTIVA MAYOR O IGUAL 37 SEMANAS: REPERCUSIONES RESPIRATORIAS EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO, ENTRE LOS AÑOS 2022-2024 EN HOSPITAL LUIS TISNÉ BROUSSE
- 192** PERFILES PRENATALES ASOCIADOS AL AUMENTO DE PESO GESTACIONAL Y A LA RETENCIÓN DE PESO POSPARTO: UN ANÁLISIS DE CLASES LATENTES
- 193** CAVERNOMATOSIS PORTAL EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO
- 194** EL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL (BNP) INHIBE LAS CONTRACCIONES MIOMETRIALES HUMANAS MEDIANTE LA

ACTIVACIÓN DEL RECEPTOR DE DEPURACIÓN DE ÉPTIDOS NATRIURÉTICOS Y LA VÍA DEL CAMP.

- 195** REVISIÓN DE CERCLAJES REALIZADOS EN UN PERIODO DE DOS AÑOS EN EL HOSPITAL DE RENGÓ. INDICACIONES Y RESULTADOS
- 196** RESULTADOS OBTENIDOS POR CARIOTIPO POR AMNIOCENTESIS EN HOSPITAL DE RENGÓ, INDICACIONES Y RENDIMIENTO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO
- 197** USO DE CERCLAJE CERVICAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN PACIENTES CON RIESGO DE PARTO PREMATURO (2020-2024).
- 198** ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN PUERPERIO: DOS CASOS DE UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE
- 199** OPTIMIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN PLAQUETARIA EN SÍNDROME DE HELLP MEDIANTE TROMBOELASTOGRAFÍA: DOS EXPERIENCIAS CLÍNICAS.
- 200** LISTERIA MONOCYTOGENES, CAUSA DE SHOCK SÉPTICO POR CORIOAMNIONITIS EN EMBARAZO GEMELAR, A PROPÓSITO DE UN CASO
- 202** HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO
- 203** EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL ES DETERMINANTE PARA EL ÉXITO DE LA INDUCCIÓN MECÁNICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS
- 204** INDUCCIÓN MECÁNICA DEL TRABAJO DE PARTO CON CATÉTER DE BALÓN ÚNICO O DOBLE EN PACIENTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC CHRISTUS.
- 205** AUMENTO TRANSITORIO DE LA COLONIZACIÓN POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO B DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MUJERES EMBARAZADAS CHILENAS.

206 ANALGESIA EN EL PUERPERIO POST CESÁREA: UNA REVISIÓN DE OPCIONES FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS APLICABLES EN CHILE.

207 ANÁLISIS DE LA TASA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL EL PINO, SANTIAGO DE CHILE (2024-2025)

208 DUPLICACIÓN DE LA ARTERIA RENAL: HALLAZGO PRENATAL INFRECUENTE

209 PREVALENCIA DE ITS POR PCR VAGINAL Y SU ASOCIACIÓN CON PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL EL PINO.

210 SÍNDROME DE BOERHAAVE, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA, REPORTE DE UN CASO.

211 ORGANIZACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE UN EVENTUAL PROCEDIMIENTO EXIT EN MICROGNATIA FETAL SEVERA: REPORTE DE CASO

212 COMPARACIÓN ENTRE MISOPROSTOL ORAL COMBINADO CON Sonda FOLEY VERSUS MISOPROSTOL ORAL PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES SIN CICATRIZ DE CESÁREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

213 EVOLUCIÓN PERINATAL DE GESTANTE CON TRASPLANTE RENAL Y PANCREÁTICO. REPORTE DE CASO.

214 ÉXITO DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO LUEGO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROTOCOLO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

216 REPORTE DE UN CASO: AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR CON DILATACIÓN DE VENA ÁCIGOS EN PRIMIGESTA GEMELAR

217 REPORTE DE UN CASO: EMBARAZO HETEROTÓPICO TUBARIO ROTO

218 MARCADORES ECOGRÁFICOS PARA LA PREDICCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

PATOLOGÍA MAMARIA

220 CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO, SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

221 LEIOMIOMA DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN: UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE DE MASA AREOLAR

222 SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A MASTITIS ESTREPTOCÓCICA: REPORTE DE CASO

223 CÁNCER DE MAMA ASOCIADO A MUTACIONES GENÉTICAS. REVISIÓN DE CASUÍSTICA DE 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HOSPITAL VILLARRICA.

PISO PÉLVICO

226 SATISFACCIÓN DE COLPOSACROPEXIA ABIERTA CON ESTADÍA HOSPITALARIA DE 1 DÍA

227 QUEMADURA DE TERCER GRADO SOBRE PROLAPSO GENITAL ESTADIO IV: REPORTE DE CASO

228 DESCRIPCIÓN DEL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA TOT, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS LA SERENA.

229 EVISCERACIÓN VAGINAL TARDÍA EN PROLAPSO DE CÚPULA ABANDONADO, UN CASO QUE DESAFÍA EL TIEMPO: REPORTE DE CASO

230 ¿MEJORAN LAS COMPLICACIONES POST SLING AL RESE-

CAR LA MALLA ANTIINCONTINENCIA? ANALISIS RETROSPECTIVO DE MAS DE 70 CASOS

ROR EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA: ANÁLISIS DE RESULTADOS MEDIANTE ICIQ-SF Y PGI-I

- 231** PREVALENCIA DE DISFUNCIONES DE PISO PÉLVICO EN MUJERES CORREDORAS DE LA MARATÓN DE SANTIAGO 2025
- 232** MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PISO PÉLVICO, COLGAJO MIOCUTÁNEO DE RECTO ABDOMINAL VERTICAL (VRAM) Y PROMONTOFIJACIÓN CON FASCIA LATA, EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE MILES Y RADIOTERAPIA ABDOMINOPÉLVICA. REPORTE DE UN CASO
- 234** MANEJO DE ESPONDILODISCITIS COMO COMPLICACIÓN POSTERIOR A PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE UN CASO
- 236** SINEQUIA DE LABIOS MENORES, ESTENOSIS DEL INTROITO Y ADHERENCIAS VAGINALES COMO CONSECUENCIA DE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
- 237** DISFUNCIÓN URINARIA EN PACIENTE FEMENINA SECUNDARIA A TUMOR DEL LÓBULO FRONTAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
- 238** FÍSTULA OBTURADOR-GLÚTEA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE CIRUGÍA DE CINTA SUBURETRAL TRANS OBTURADORA: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
- 239** AJUSTE DE MALLA EN TVT: COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS EN CLÍNICA ALEMANA SANTIAGO
- 240** USO DE AGENTES DE ABULTAMIENTO URETRAL, UNA ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: EXPERIENCIA DE PRIMEROS CASOS EN HOSPITAL DE LA FLORIDA
- 241** EFECTIVIDAD DE LA NEUROESTIMULACIÓN TIBIAL POSTE-



ENDOCRINOLOGÍA GINECOLÓGICA

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

MIGRAÑA DE LARGA DATA, AMENORREA SECUNDARIA Y PROLACTINOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bailéz-Aravena J1, Toledo-Alarcón I1, Castro-Campos N1, Marfull-Páez C1,2,3

1. Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales, Chile.

2. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

3. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

INTRODUCCION

Múltiples investigaciones han buscado la relación entre los niveles de estrógenos y progesterona sérica con la presentación de cefaleas recurrentes en mujeres, pero cada vez más se ha evidenciado que la prolactina puede promover el dolor en la población femenina, además de los trastornos asociados al eje reproductivo. La prolactina es secretada por las células lactotropas hipofisarias y su regulación es inhibitoria principalmente, ejercida por el hipotálamo por medio de dopamina. La migraña es un trastorno incapacitante que puede presentarse con síntomas autonómicos y neurológicos caracterizados por cefaleas intensas recurrentes. La prevalencia de migraña en mujeres oscila entre un 25 a 30% de las mujeres en general, mientras que en los hombres se estima una prevalencia de un 8%; lo que evidencia que ésta patología es relevante en las mujeres. En pacientes con hiperprolactinemia, se ha constatado que al normalizar las concentraciones séricas desaparece la migraña. Los adenomas hipofisarios pueden clasificarse en funcionales y no funcionales, en los primeros es frecuente que las pacientes manifiesten alodinia asociada al episodio de migraña. El prolactinoma es el tumor hipofisario más frecuente, con una prevalencia estimada en 500 casos por cada millón de habitantes. Por lo general, las migrañas asociadas a prolactinomas se ubican en el hemilado del tumor y responden bien a los agonistas dopaminérgicos, por otra parte, la galactorrea y amenorrea concomitante también resuelve con la administración de este fármaco.

CASO CLÍNICO

Paciente de 21 años nulípara, con antecedente de pubertad precoz tratada, refiere migraña crónica en estudio y manejo sintomático hace 6 años, refiere episodios de cefalea holocraneana de carácter pulsátil que aumenta su intensidad hasta EVA 10/10 durante la tarde previo al periodo menstrual, que no cede con AINES ni con el reposo. A la interrogación dirigida describe pródromo caracterizado por fotopsias, sonofobia, dolor ocular periorbitario bilateral de predominio medial y presenta galactorrea bilateral escasa en periodo premenstrual intermitentemente. También señala amenorrea de 3 meses de evolución. Al examen neurológico destaca hemianopsia bitemporal e hiposensibilidad inespecífica en hemicuerpo izquierdo, examen ginecológico se evidencian signos de hirsutismo (Score de Ferriman Gallway: 13 puntos). TAC de cerebro sin contraste sin hallazgos patológicos. RMN de silla turca con gadolinio informa glándula hipofisaria de volumen conservado; imagen nodular de 4 mm en región anteromedial izquierda, con refuerzo tras contraste EV, compatible con microadenoma hipofisario. Eco TV dentro de límites normales. TSH 4.05 uUI/ml, T3 156 ng/dL, T4L 0,95 ng/dL, HBA1C 5,7%, BHCG cuantitativa menor a 0,1mUI/mL, prolactina sérica basal 58ng/mL, prolactina post-precipitación con PEG 41,2 ng/mL, IGF-1 122ng/ml. Se inicia tratamiento con cabergolina semanal, a los 3 meses señala disminución considerable de episodios de migraña y desaparición de galactorrea, a los 6 meses reporta regularización del ciclo menstrual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Casos de pacientes policonsultantes por cuadro recurrentes de migraña, amenorrea y galactorrea bilateral nos deben orientar a descartar alteraciones hipofisarias. Frente a toda hiperprolactinemia siempre se debe investigar en la anamnesis el uso de fármacos que pueden estar relacionados aumento de secreción de prolactina sérica como lamotrigina, por ejemplo. Dentro del estudio inicial se debe solicitar test de embarazo, perfil tiroideo, función renal, IGF-1 para descartar acromegalia. El manejo de la hiperprolactinemia tiene por objetivo recuperar el eje gonadal y la fertilidad, el tratamiento debe ser decidido en conjunto con la paciente, considerando los resultados de los exámenes como el deseo de fertilidad actual y en un futuro cercano. No olvidar que toda hiperprolactinemia va a responder al uso de cabergolina, independiente de su etiología, por lo que es fundamental definir su etiología; además los tumores hipofisarios están incluidos dentro de las Garantías Explícitas en Salud, por lo que todos debemos conocer el enfrentamiento y estudio inicial de ésta patología.

HIPERANDROGENISMO POR TUMOR DE CÉLULAS LEYDIG: REPORTE DE UN CASO

Galindo. P, Palacios. M, Calixto. C

Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gonadal específico son neoplasias poco frecuentes y se caracterizan por su capacidad de secretar hormonas sexuales. Representan 8% de los tumores primarios del ovario. Dentro de este grupo de tumores, encontramos los tumores de células de Leydig, que representan menos del 0,1% de las neoplasias ováricas. Los tumores de células de Leydig, se asocian a virilización en cerca del 80% de los casos, debido a su producción de andrógenos. Clínicamente se manifiestan con amenorrea, hirsutismo, acné, alopecia androgénica, clitoromegalia, disfonía y atrofia mamaria. En la ecografía se presentan típicamente como una lesión sólida hipocogénica, con bordes bien definidos y posible vascularización aumentada al Doppler color; además, se acompañan de niveles séricos elevados de testosterona. El pronóstico depende fundamentalmente del grado de diferenciación histológica, lo que condiciona un manejo que puede variar desde la cirugía conservadora hasta tratamientos más agresivos, incluida la quimioterapia adyuvante en casos de mal pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 54 años posmenopáusica, durante un control con endocrinología por nódulos tiroideos, se objetivó hirsutismo en reborde de los labios, mejillas, mentón y muslos, alopecia androgénica, disfonía y acné. En los estudios de laboratorio destacó testosterona total de 1070 ng/dl (VN: 7.0-35.9), DHEA-S 75.2 µg/dl (VN: 25.9-460) y estradiol de 50 pg/ml (menopausia <32.2), con marcadores tumorales negativos. Por la alta sospecha clínica, se realizó ecografía transvaginal que informa ovario izquierdo con lesión sólida redondeada de borde irregular,

hiperecogénica heterogénea 20 x 16 x 18 mm con vascularización dispersa moderada (Score color 3), sugerente de Tumor de Sertoli-Leydig. El escáner de etapificación: Sin signos de diseminación secundaria ni adenopatías de aspecto patológico. Se realizó histerectomía total más anexectomía bilateral por videolaparoscopia. El estudio histológico informó tumor de células de Leydig en el ovario izquierdo, con positividad citoplasmática para inhibina y sin criterios de malignidad. Posteriormente, la paciente evolucionó con regresión progresiva de los signos de hiperandrogenismo.

DISCUSIÓN

La presentación clínica de hiperandrogenismo, asociada a niveles elevados de testosterona y DHEAS normal, orienta hacia un origen ovárico, hallazgo fundamental para diferenciarlo de las causas suprarrenales. La ecografía permitió identificar la lesión y la inmunohistoquímica positiva para inhibina confirmó el diagnóstico de tumor de células de Leydig. Estos tumores, aunque poco frecuentes, suelen diagnosticarse en estadios tempranos debido al impacto clínico de la virilización sobre la calidad de vida de las pacientes. No obstante, su baja incidencia obliga a mantener un alto índice de sospecha y a realizar un abordaje diagnóstico dirigido. El presente caso enfatiza la relevancia de la integración entre la clínica, los estudios hormonales y la ultrasonografía para lograr una sospecha, diagnóstico y tratamiento oportuno.

PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS EN 74.853 MUJERES DE CHILE Y LATINOAMÉRICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO MUSA 2025 (MENOPAUSIA Y SUS SÍNTOMAS EN MUJERES ADULTAS)

Larraín M., Muñoz, C.

Neopausia SpA – Estudio MUSA (Menopausia y sus Síntomas en Adultas)

INTRODUCCIÓN

La menopausia afecta a más del 50% de la población mundial. En Chile y Latinoamérica se han desarrollado algunos trabajos y contribuciones relevantes, aunque la mayoría de la evidencia científica disponible proviene de Europa, Norteamérica o Asia. Esto ha dejado un vacío en la comprensión integral de la experiencia clínica y social de las mujeres de nuestra región. El estudio MUSA busca contribuir a este campo mediante la determinación de la prevalencia, severidad e impacto de los síntomas climatéricos en una cohorte inédita por su tamaño y alcance en Chile y Latinoamérica.

MÉTODOS

Estudio transversal y observacional. Se incluyeron 74.853 mujeres de Chile, que respondieron voluntariamente una encuesta en línea entre 06-08-2024 y 21-05-2025. Se utilizó el Menopause Rating Scale (MRS) como instrumento base y, adicionalmente, se analizaron variables sociodemográficas, uso de terapia hormonal, antecedentes médicos y respuestas cualitativas. Los datos fueron procesados mediante estadística descriptiva y comparaciones por grupos etarios (<40, 40-49, 50-59, ≥60 años).

RESULTADOS

El 71,7% presentó sintomatología climatérica severa según MRS, con impacto relevante en la calidad de vida. La mediana global fue 20 puntos (RIC 14-26), aumentando con la edad (<40: 18; 40-49: 19; 50-59: 21; ≥60: 22). Los síntomas más prevalentes fueron: trastornos del sueño (>90%), dolores musculoesqueléticos (>85%), fatiga física/mental (96%) e irritabilidad (≈85%). Los síntomas

urogenitales se intensificaron en ≥60 años (disfunción sexual 88%, sequedad vaginal 80%, trastornos urinarios 85%). El análisis cualitativo evidenció carga emocional significativa (miedo, ansiedad, depresión), confusión sobre el proceso menopáusico y alta demanda de información y acompañamiento profesional.

CONCLUSIONES

El estudio MUSA se integra al cuerpo de investigaciones existentes en Chile y Latinoamérica sobre menopausia, diferenciándose por la magnitud y amplitud de su cohorte. Sus resultados entregan evidencia sólida sobre la prevalencia y severidad de los síntomas, dimensionando el impacto clínico y social de la menopausia y reforzando la necesidad de protocolos de atención y políticas públicas adaptadas a las distintas etapas de la vida de la mujer.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

MANEJO LAPAROSCÓPICO CONSERVADOR DE UN EMBARAZO OVÁRICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Lavanderos S.1,2, Moraga B.1, Muñoz F.1, Cifuentes S.1

(1) Universidad Diego Portales, (2) Hospital Dr. Luis Tisné.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico tiene una incidencia estimada entre 6,4 y 20,7 por cada 1.000 embarazos, localizándose principalmente en las tubas uterinas; sin embargo, alrededor de un 3,2% ocurre en los ovarios. En Chile y en la región se carece de datos locales sobre la incidencia de embarazos en esta ubicación. En series publicadas alrededor del mundo, se reportan pocos casos, la mayoría tratados por laparoscopia. El diagnóstico preoperatorio de esta localización es complejo, y la laparoscopia cumple un rol fundamental. Aunque antes se utilizaba un manejo radical (anexectomía/ooforectomía), actualmente se han demostrado alternativas conservadoras exitosas. Este caso tiene como objetivo presentar un embarazo ectópico de localización ovárica tratado de forma conservadora mediante laparoscopia, resaltando esta técnica como una alternativa eficaz para preservar la función ovárica.

MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 28 años, nulípara, que consultó en urgencia general por dolor abdominal cólico de 3 días de evolución, sin sangrado genital. Se realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis que informó hemoperitoneo y una masa anexial derecha con sangrado activo, por lo que fue derivada a nuestro centro terciario de referencia. Ingresó hemodinámicamente estable con signo de Blumberg positivo. La β -hCG cualitativa en orina resultó positiva, mientras que la ecografía transvaginal evidenció una lesión paraovárica derecha y líquido libre abundante asociado a ausencia de gestación intrauterina, por lo que se planteó el diagnóstico de embarazo ectópico derecho complicado. Se

realizó una laparoscopia exploradora de urgencia, donde se observó el ovario derecho con solución de continuidad distal y protrusión de material hemático sugerente de tejido trofoblástico. Se realizó manejo conservador, con exéresis del tejido y coagulación bipolar del lecho ovárico. De manera complementaria, se administró Metotrexato postoperatorio con el fin de optimizar la regresión del tejido remanente y prevenir recurrencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La paciente evolucionó favorablemente, con negativización de la β -hCG cuantitativa en tres semanas y confirmación histológica del diagnóstico mediante biopsia. Estos hallazgos respaldan que el manejo mínimamente invasivo de un embarazo ovárico por vía laparoscópica constituye una alternativa factible y eficaz, permitiendo preservar la función ovárica. Además, la administración complementaria de metotrexato puede mejorar los resultados clínicos, reduciendo el tiempo de hospitalización y disminuyendo el impacto en la fertilidad futura.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN MUJERES CON SEGUIMIENTO POR CLIMATERIO: ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SANTIAGO

Moraga B.1, Lavanderos S.1,2, Chamorro S.1, Ramírez L.1, Becerra C.1

(1) Escuela de medicina. Facultad de medicina. Universidad Diego Portales, (2) Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es la transición a la etapa no reproductiva secundaria a hipoestrogenismo. Cursa con síntomas que impactan la calidad de vida (bochornos, insomnio, dolor articular) y la función sexual (sequedad, dispareunia, baja libido). La severidad de la sintomatología climaterica se evalúa de forma consistente con la Menopause Rating Scale (MRS), instrumento ampliamente utilizado en Chile. Sin embargo, la función sexual no se evalúa frecuentemente en el seguimiento de esta condición. Para ello existe el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), cuestionario validado que permite cuantificar la calidad de vida sexual. Proponemos caracterizar a mujeres en seguimiento por climaterio en atención primaria y evaluar su calidad de vida sexual, dado que la evidencia en este grupo es escasa.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo realizado entre noviembre 2024 y junio 2025. Se incluyó a todas las mujeres que se encontraban bajo control en el policlínico de climaterio del módulo UDP en el CESFAM Lo Hermida, previo consentimiento informado. Se registraron datos sociodemográficos/clínicos y uso/tipo de tratamiento. Se aplicó la encuesta IFSF y se definió disfunción sexual un puntaje total <26,5 o <3,6 en cualquiera de sus dominios. Se realizaron análisis descriptivos, comparaciones entre grupos y pruebas de asociación. Este estudio fue aprobado por el comité ética científico.

RESULTADO

Se analizaron 23 mujeres (edad media 51,7 años) de las cuales el 56,5% utilizaba tratamiento para el climaterio. El 65% presentó disfunción sexual con un puntaje medio de 21,3 en la encuesta IFSF. Entre quienes presentaron disfunción sexual, el 53% no estaba en tratamiento. En el análisis por tratamiento, las mujeres sin tratamiento presentaron puntajes IFSF menores que las tratadas en todos los dominios. Las mayores discrepancias se observaron en lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; no obstante, ningún dominio alcanzó significancia estadística y las pruebas de asociación no demostraron relación entre el uso de tratamiento y los puntajes del IFSF. Conclusiones: Los bajos puntajes IFSF evidencian una alta frecuencia de disfunción sexual en la muestra, por lo que es relevante realizar un seguimiento de esta esfera mediante la aplicación sistemática de la encuesta IFSF en este grupo de pacientes. La ausencia de diferencias estadísticamente significativas en el grupo tratado probablemente obedece al tamaño muestral reducido y a una eficacia terapéutica modesta. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral, que diferencien tipos de terapia e incluyan análisis multivariados para estimar el efecto independiente del manejo del climaterio sobre la calidad de vida sexual.

ROL DEL CLIMATERIO EN EL DESARROLLO DE DISTINTAS FASES DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR A PROPOSITO DE UN CASO

Neira G. (1), Frías J. (2), Saavedra A. (3)

INTRODUCCIÓN

La perimenopausia es un periodo de alto riesgo, con sintomatología neuropsiquiátrica frecuente, y puede actuar como factor de descompensación en pacientes con mayor vulnerabilidad. El estudio de cómo estos cambios hormonales impactan en el debut y evolución del trastorno afectivo bipolar aún está en desarrollo. Si bien el riesgo de manía aumenta con los periodos de mayor inestabilidad hormonal, los factores psicosociales asociados a la edad podrían tener un rol también. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CASO

Mujer, 37 años con antecedente de depresión post-parto, intento de autolisis 6 meses previos. Ingresa por síntomas depresivos, sin episodios previos de exaltación anímica, niega antecedentes familiares de bipolaridad. En tratamiento con escitalopram con mala respuesta. En este contexto se inicia venlafaxina hasta 150 mg, con remisión completa de sintomatología. Tras un año reporta reinicio de síntomas depresivos, ideación pasiva, síntomas compatibles con falla ovárica precoz. Se sospecha organicidad relacionada a factor hormonal y se solicitan exámenes. Dos meses después consulta de urgencia con disforia, pseudoalucinaciones auditivas, ánimo exaltado e intento suicida abortado. La familiar acompañante menciona antecedente familiar de su prima que no había sido reportado. Se deriva a evaluación psiquiátrica urgente, especialista diagnostica episodio maniaco y se inicia antipsicótico asociado a estabilizador del ánimo.

DISCUSIÓN

En el caso expuesto se puede evidenciar cómo los cambios hormonales durante la vida de la mujer pueden impactar en el ánimo. Dentro de las características de la paciente, existieron factores confundentes que enmascararon el diagnóstico y se interpretó el factor hormonal como gatillante de reincidencia de síntomas en depresión unipolar. Cuando priman los síntomas depresivos se dificulta la detección precoz de TAB, situación frecuente en atención primaria (APS). Es importante un alto índice de sospecha frente a diagnóstico de bipolaridad en pacientes en tratamiento por depresión, con especial atención a periodos de mayor riesgo por fluctuaciones hormonales para poder realizar una derivación de forma precoz.

CONCLUSIÓN

En el caso expuesto se evidencia como periodos de vulnerabilidad debido a cambios hormonales pueden favorecer el desarrollo de sintomatología maniaca sin tener diagnóstico previo de TAB. Teniendo en cuenta que APS mantiene bajo control a mujeres en periodo de perimenopausia con diagnóstico de depresión, se vuelve evidente la necesidad de mantener al equipo de APS alerta y capacitado para la detección temprana de TAB. La comunicación fluida con nivel secundario es también fundamental para poder lograr una compensación lo antes posible.

PERFIL DE SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN POLICLÍNICO DE CLIMATERIO DEL ÁREA SUR DE SANTIAGO DE CHILE.

Rojas, D,^{1,2,3} González, J,^{1,2} Jamett, B,^{1,2,3} Jara, G⁴, La Fuente, Jorge^{1,2}, Salazar, C^{1,2}

1. Hospital el Pino 2. Universidad Nacional Andrés Bello 3. Universidad Diego Portales 4. Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El climaterio y menopausia se asocian a múltiples síntomas físicos, psicológicos y urogenitales que impactan la calidad de vida de la mujer. Además, coincide con la edad en que emergen los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), constituyendo un desafío diagnóstico y terapéutico. El objetivo de este trabajo es caracterizar el perfil sintomatológico y de FRCV en mujeres atendidas en un policlínico de climaterio del área sur de Santiago de Chile.

MÉTODOS

Estudio transversal que utilizó una base de datos autogestionada y anonimizada de mujeres atendidas al ingreso del programa de climaterio durante los años 2023 y 2024 en donde se aplicó la escala Menopause Rating Scale (MRS) y se registraron FRCV (hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo y riesgo cardiovascular estimado con la escala de la "American Heart Association") y exámenes (perfil lipídico y glicemia). Las variables categóricas se expresan porcentaje y las numéricas en media y desviación estándar. Se utilizó programa SPSS 25 para los análisis. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se estudiaron 256 mujeres (edad media: $52,8 \pm 4,4$ años; rango 39-64). El puntaje total MRS fue en promedio $28,6 \pm 9$, con 94,5% con puntaje ≥ 15 . Los dominios somático, psicológico y urogenital mostraron alteración

significativa en 84,7%, 80,5% y 69,5% respectivamente. El 34,4% tenía diagnóstico de hipertensión, 28,9% dislipidemia, 15,6% diabetes mellitus tipo 2 y 28,5% de tabaquismo. El colesterol total medio fue 201 mg/dL, HDL 46,9 mg/dL y triglicéridos 149 mg/dL; un 50,8% presentó colesterol total >200 mg/dL. La media de riesgo cardiovascular a 10 años fue de $4,9\% \pm 4,45$.

CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres atendidas en el policlínico de climaterio presentan sintomatología significativa, especialmente en el dominio somático y psicológico. Además, más de un tercio presenta FRCV, lo que refuerza la necesidad de un enfoque integral en este grupo.

CALIDAD DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO CLÍNICO DE SÍNDROME METABÓLICO EN MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO

Salazar A1, 2, Riofrío S2, Vilchez-Barboza V2, Albrecht S2, Villaseca Délano P3.

1Universidad de Concepción, Concepción, Chile 2 Somos Mas Salud, Concepción, Chile 3 Centro de Excelencia en Biomedicina de Magallanes, CEBIMA

INTRODUCCIÓN

El déficit estrogénico de la etapa de climaterio se acompaña de una elevada prevalencia de factores de riesgo de Síndrome Metabólico con impacto variable en la calidad de vida de las mujeres. Objetivo: Determinar la calidad de vida relacionada con salud y su relación con factores de riesgo clínico de síndrome metabólico (obesidad abdominal e hipertensión arterial) en mujeres en etapa de climaterio.

MÉTODOS

Estudio transversal. Participaron 104 mujeres entre 40 y 59 años del Gran Concepción reclutadas de forma accidental. Instrumentos y mediciones: Menopause Rating Scale, Presión Arterial (PA), Circunferencia de cintura (CC) e IMC. Estudio fue aprobado por CEBB de la Universidad de Concepción. Requisitos éticos fueron resguardados.

RESULTADOS

El promedio de edad de las mujeres fue de 48,78 DS=5,19. El 36,5% de las mujeres había presentado la menopausia. El 3,8% se encontraba con Terapia de Reemplazo Hormonal y un 12,5% era usuaria de Método Anticonceptivo Hormonal. Un 51% de las participantes del estudio presentaba alguna enfermedad diagnosticada. El 44,2 % de las mujeres presentó una alteración moderada de la calidad de vida, mientras que el 16,3% y 10,6% severa y muy severa. Respecto de los indicadores físicos, las mujeres presentaron Presión Arterial Sistólica entre 96 y 180 mmHg (Media 126,1; DS=15,3) y

Diastólica entre 61 y 124 mmHg (Media 82,5; DS=10,2); CC entre 65 y 136 cm (Media 95,3; DS=12,6); IMC entre 20 y 52 kg/m² (Media 31; DS=5,7). Se encontró asociación estadística entre la Calidad de vida en la menopausia y la CC ($p<0,01$).

CONCLUSIONES

Se evidenció la presencia de factores de riesgo clínico en las mujeres del estudio, así como una asociación significativa entre la Calidad de vida en la menopausia y la CC, evidenciando el impacto de este indicador en la calidad de vida de las mujeres.

PALABRAS CLAVE

Factores de riesgo, Síndrome Metabólico, Menopausia, Calidad de vida.



ÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA Y MATRONERÍA DE CHILE

Castro H(1), Kaune H, Reyes L, Perez B, Lopez C, Casas L, Ramm A, Carrasco M, Montero A, Zúñiga Y, Bustos C.

Medico Ginecólogo, Profesor asociado, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN

La educación sexual en los colegios de Chile es desigual y con un enfoque limitado. Si bien existen iniciativas gubernamentales, estas son insuficientes pues dejan a voluntad de las instituciones decidir acerca de su aplicación. Tradicionalmente, esta educación se ha basado en aspectos biológicos y reproductivos, abandonando aspectos como afectividad, consentimiento y diversidad. Las consecuencias de esta deficiencia se transforman en problemas individuales y sociales, como infecciones de transmisión sexual, inicio precoz de la actividad sexual asociada a conductas de riesgo y desinformación respecto a diversidades sexo-genéricas. Por otra parte, las universidades y específicamente las carreras de la salud no contemplan estándares nacionales en educación sexual, lo cual es base de la enseñanza de la salud sexual y reproductiva. El objetivo de este estudio es determinar la apreciación de los estudiantes respecto a su formación en educación sexual.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo de corte transversal correlacional. Tamaño muestral representativo por región y estratificado de acuerdo a la densidad de matrícula en las carreras de Medicina y Obstetricia y Puericultura en 2022. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y dos instrumentos ad hoc., "Intencionalidad de proveer aborto en tres causales" y "Formación sexual escolar y universitaria en salud sexual y reproductiva". Este último contiene 6 preguntas acerca del tipo y calidad de la educación sexual recibida en etapa escolar y universitaria; y opinión sobre educación universitaria en aborto. Estadística descriptiva y bivariada. Aprobado por comité de ética.

RESULTADOS

2293 estudiantes participaron de la encuesta. Edad media 21 años (femenino 78,9%, masculino 20,6%). Medicina 49%, Obstetricia y puericultura 51%. Región metropolitana 18,6%, regiones 83,4%. 81% estudia en universidad laica y 19% en confesional. 43% estudia en universidad pública y 57% en privada. En relación a la educación sexual recibida en el colegio, los contenidos más comunes fueron uso de preservativos (67,2%), infecciones de transmisión sexual (65%), uso de anticonceptivos (56,7%). Los menos frecuentes fueron placer sexual (3,6%), masturbación (5,2%), diversidad sexual (13%). 6,2% no recibió ningún tipo de educación sexual. En relación a la educación sexual recibida en su universidad, el 20,7% la califica con nota reprobatoria (<4), en tanto el 79,3% con nota aprobatoria (4-7). Al separar por carrera, la calificación media de los estudiantes de matronería es superior a medicina ($p<0,001$). En tanto la media entre estudiantes de universidades laicas fue superior a la media de universidades confesionales ($p<0,001$). Finalmente, 73,9% considera que los contenidos de los cursos de salud sexual y reproductiva deberían cambiar en relación a la despenalización del aborto.

CONCLUSIÓN

La educación sexual en los colegios de Chile sigue siendo insuficiente y de un enfoque biológico, sin abordar temáticas como placer o diversidad. La educación en salud sexual impartida por las universidades es mayoritariamente aprobada por los estudiantes, siendo significativamente mejor entre estudiantes de matronería y de universidades laicas. Es necesario impulsar políticas estandarizadas de educación sexual en colegios y universidades.

ACTITUDES EN RELACIÓN A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA AL ABORTO ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA Y MATRONERÍA DE CHILE

Castro H1, Montero A2, Lopez-Labarca C3, Perez B, Casas L, Ramm A, Kaune H, Reyes L, Carrasco M, Zuñiga Y, Bustos C.

1. Gineco Obstetra, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción
2. Gineco Obstetra. CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
3. Matrócn, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Atacama

INTRODUCCIÓN

La promulgación de la Ley 21.030 en 2017 despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, constituyendo un avance significativo en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes. Sin embargo, a pesar de la existencia de un marco legal, continúan existiendo barreras para el acceso como lo es la objeción de conciencia (OC), entendida como el derecho de un profesional médico/médica y del personal que labore en el pabellón quirúrgico, a incumplir el mandato legal, negando la atención por razones valóricas, religiosas o morales. En Chile, al 2025 en gineco obstetras contratados en el sector público, el 13,8% objeta en causal 1; 19,9% en causal 2 y 40,8% en causal 3. Además, se describe la figura del "pseudo-objeto", aludiendo a la invocación de la objeción por razones no relacionadas con la conciencia moral, como temor al estigma social, rechazo de su familia o colegas, etc. La formación de futuros profesionales de la salud es relevante en esta materia. Por ello, el objetivo de este estudio es determinar las actitudes sobre la OC en estudiantes de medicina y matronería de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo de corte transversal correlacional. Tamaño muestral representativo por región según densidad de matrícula en carreras de Medicina y Obstetricia y Puericultura durante el 2022. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y tres instrumentos ad hoc en una encuesta autoadministrada: "Escala sobre la objeción de

conciencia al aborto: posicionamiento y razones ad hoc (COA-PR)", "Escala ad hoc de apoyo a la objeción de conciencia individual e institucional (SOC-Ind/Ins)" y "Escala ad-hoc de conocimiento de la objeción de conciencia al aborto (Kno-COA)". Se utilizó estadística descriptiva y bivariada. Fue aprobado por Comité de Ética.

RESULTADOS

Participaron 2293 estudiantes. Edad media 21 años. El 78,9% fue de sexo femenino y un 20,6% masculino. El 49% estaba cursando Medicina y el 51% Obstetricia y Puericultura. 81% estudia en universidad laica y 19% en una confesional. Respecto de la objeción de conciencia, de manera global, solo el 6,3% la invocaría para evitar cualquier tipo de atención en relación al aborto dentro del marco legal. 8,4% refiere la intención de declararse objeto/a, sin diferencias significativas según carrera. Solo un 3,7% invocaría OC para evitar atender una mujer que sufriese complicaciones post aborto. El nivel de conocimiento sobre la OC se correlaciona con el curso del estudiante, siendo mayor el conocimiento a mayor curso ($p < 0,001$). Se aprecia en ambas carreras un descenso de la intención de declararse objeto/a a medida que progresan en su formación. Este descenso se observa principalmente a expensas de las razones no valóricas (pseudo-objeción).

CONCLUSIÓN

Al igual que en reportes internacionales, los estudiantes de salud tienen una baja intención de declararse

objetores/as de conciencia. La figura del pseudo-objector disminuye a medida que avanza la carrera, siendo coherente con el aumento del conocimiento de la ley y el análisis reflexivo sobre los alcances de la OC. Es esencial incorporar contenidos de aborto y OC en los currículos de las carreras de salud, pues se demuestra que la información y el conocimiento provoca una disminución de su invocación, lo cual implica a futuro, que la OC no se transforme en una barrera y por el contrario se garantice un acceso de calidad, eficiente y oportuno para quienes requieran esta atención.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LOS MEDIOS CHILENOS: REPRESENTACIONES DEL/LA MÉDICO/A OBSTETRA (2020-2025)

Larraín C(1), López M(1), Herrera A(1,2), Tello K(1)

1.- Universidad de Chile, Dpto OG Occidente, Santiago, Chile

2.- Universidad San Sebastián, Facultad de Medicina, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica ha irrumpido en el debate público chileno como una categoría de denuncia con fuerte carga simbólica y política, tensionando la legitimidad de la gineco obstetricia. Se refiere a la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres mediante prácticas medicalizadas y no consensuadas, trato degradante u omisiones clínicas. Analizar su representación mediática permite comprender cómo se construyen imaginarios que impactan la relación médico-paciente y la percepción social del rol profesional del/la obstetra.

MÉTODOS

Estudio cualitativo-documental basado en el Análisis Crítico del Discurso (van Dijk). Se realizó una búsqueda sistemática en los cinco principales medios digitales de Chile (según SCImago Media Web Ranking), considerando el periodo 2020-2025. Se emplearon los términos: "obstetricia", "ginecología", "obstetra", "ginecólogo/a" y "violencia obstétrica". El corpus inicial incluyó 22 noticias que contenían al menos uno de estos términos. De ellas, se seleccionaron 12 con referencias explícitas a violencia obstétrica, conformando el sub-corpus analizado. Se examinaron macroestructuras narrativas, recursos léxicos y estrategias de atribución de responsabilidad.

RESULTADOS

A partir del Análisis Crítico del Discurso, se identificaron patrones comunes en los tres niveles examinados. A nivel de macroestructura, las 12 noticias del sub-corpus compartieron narrativas centradas en la denuncia de prácticas obstétricas problemáticas, sin presencia de enfoques explicativos o reparadores. En la

microestructura léxica, se observó una alta carga valorativa, uso reiterado de metáforas como "patriarcado" o "normalización del dolor", y predominio de verbos acusatorios. En cuanto a la atribución de responsabilidades, los discursos asignaron la agencia de forma directa a profesionales o instituciones médicas, sin incluir voces obstétricas expertas ni matices gremiales. El término "violencia obstétrica" operó como categoría discursiva que unificó hechos heterogéneos bajo una etiqueta negativa, desplazándose de su marco clínico-bioético hacia un recurso de validación social, judicial y mediática.

CONCLUSIONES

Los medios han consolidado la violencia obstétrica como una categoría mediático política en Chile, reconfigurando la imagen pública del/la médico/a obstetra. Aunque esta representación visibiliza inequidades reales, no se identificaron narrativas que destacaran respuestas institucionales, buenas prácticas o iniciativas gremiales frente al fenómeno, lo que habría ofrecido un contrapunto constructivo. Esta omisión refuerza la estigmatización profesional y debilita la confianza en el equipo de salud. Se recomienda fortalecer la alfabetización mediática entre especialistas, fomentar coberturas más equilibradas y promover espacios de diálogo entre prensa, sociedades científicas y políticas públicas. El rol activo de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología es clave para enfrentar este desafío.

ASPECTOS ÉTICOS

Se trabajó exclusivamente con fuentes públicas, sin uso de datos personales ni intervención clínica. No se requirió revisión por Comité de Ética.

INEQUIDADES Y BARRERAS EN EL ACCESO A TAMIZAJE DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN CHILE DURANTE EL 2022.

Aliste C1, Moraga C1, Morales C1, Parra D1, Saavedra S1, Solís J1, Monsalves MJ2.

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Santiago.
2. Académico Departamento Nacional de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Santiago.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres. En Chile, en 2018 representó el 6,6% de los casos nuevos, con tasas de incidencia y mortalidad superiores a las de otros países de la OCDE. El Papanicolaou (PAP) ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva, reduciendo en un 70% la mortalidad nacional. El Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino (1987) y las Garantías Explícitas en Salud (GES) (2005) aseguran su acceso gratuito cada 3 años a mujeres entre 25 y 64 años. Sin embargo, persisten diferencias en su utilización. Esta investigación busca describir las inequidades y barreras de acceso al tamizaje de CaCu en mujeres entre 25 y 64 años en Chile durante 2022.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis secundario de la CASEN 2022, la que corresponde a un estudio de corte transversal, con diseño muestral probabilístico y representatividad a nivel nacional. Se utilizó la pregunta "¿En los últimos 3 años se ha hecho el Papanicolau?" (sí/no) como variable dependiente. El acceso se describió según las variables de edad (25-34, 35-44, 45-54 o 55-64 años), seguro de salud (FONASA o Isapres), localización de residencia (urbano o rural) y nivel educacional (básica, media, superior o postgrado). Luego, se analizaron las razones referidas por las mujeres que señalaron no haberse hecho el PAP, en base a la pregunta "¿Por qué no se ha hecho el Papanicolau?". Esta variable se re-categorizó en base a las barreras de acceso establecidas por la OPS como organizacionales, financieras, de aceptabilidad, de

contacto, otra/no sabe. Para todos los análisis se utilizaron los ponderadores nacionales. Los resultados se presentan como proporciones con sus respectivos IC95%, para contraste de hipótesis se usó Chi2.

RESULTADOS

Un total de 5.216.644 mujeres (n= 54.694) a nivel nacional respondieron la pregunta de acceso a PAP en la CASEN 2022. De ellas, un 69,99% (IC95% 66,79-73,00) accedieron a PAP en los últimos 3 años. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables sociodemográficas estudiadas ($p<0,01$), destacando menores niveles de acceso en las mujeres de 25-35 (34,31%) y 55-64 (36,59%) años. En cuanto a las barreras que intervinieron en la utilización del GES de tamizaje de CaCu, un 48,04% (IC95% 45,82-50,27) se asocia a barreras de contacto, un 29,04% (IC95% 24,81-33,67) a barreras organizacionales, un 8,75% (IC95% 8,44-9,08) a barreras de aceptabilidad, un 1,83% (IC95% 1,41-2,37) a barreras financieras, y un 12,33% (IC95% 10,00-15,12) a otras razones no especificadas.

CONCLUSIONES

En Chile, durante 2022, cerca de un 70% de las mujeres entre 25 y 64 años accedieron a screening de cáncer cervicouterino mediante PAP, lo que evidencia una cobertura relevante pero aún insuficiente para alcanzar la estrategia 90-70-90 de la OMS. Las inequidades observadas en el ámbito educacional, de seguro de salud y geográfico constituyen obstáculos estructurales y

culturales que dificultan el acceso y manejo oportuno. Al mismo tiempo, permiten caracterizar a la población objetivo hacia la cual deben orientarse las políticas públicas, con énfasis en las principales barreras de acceso identificadas, tales como las de contacto (48,04%) y organizacionales (29,04%). Se identifica una importante oportunidad de fortalecer las políticas públicas sobre la utilización del PAP, lo que podría traducirse en mejoras significativas en la detección precoz del cáncer cervicouterino, impactando positivamente en su pronóstico y mortalidad.

BAJA EN LA TASA DE NACIMIENTOS EN CHILE (2015-2024): UN ANÁLISIS DE CAUSAS E IMPLICANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Narváez-Flies I (1)

Departamento Clínico de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se observa una baja en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) y Chile no es la excepción. En el país, el número de nacimientos ha disminuido en forma constante desde inicios del siglo XXI. La TGF, interpretada como el número de hijos promedio que tendría una mujer, es una de las 20 más bajas del mundo. Desde la perspectiva demográfica y social, es relevante la tasa de fecundidad de reemplazo (TFR), que es la tasa de fecundidad total en que las mujeres tendrían solo los hijos suficientes para permitir el recambio generacional. La baja sostenida de los nacimientos en Chile implica que somos el país que más envejece en Latinoamérica. En este contexto, se busca revisar desde la perspectiva de la Ginecología y Obstetricia los factores que influyen en esta tendencia y vislumbrar posibles intervenciones de la especialidad ante este escenario.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un análisis de las estadísticas vitales, publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del período 2015-2024, además de datos obtenidos del censo de población 2024, considerando el total de nacimientos, TGF y TFR. Se realizó, además, una búsqueda en la literatura, considerando como palabras claves: tasa de nacimiento, tasa de fertilidad de reemplazo, fertilidad global.

RESULTADOS

Según el INE, los nacimientos en el período 2015-2024 mostraron una caída del 36,87%; respecto de la TGF, esta se redujo del 1,8 al 1,16. En este período, las edades de las

gestantes se concentran entre los 25-34 años, aumentando del 48% al 55,4%, con una baja en el grupo de 15-24 años. Respecto del envejecimiento demográfico, en 2018 las personas mayores de 64 años representaban el 12% de la población, proyectando que al 2050 alcancen al 25% de ella. En cuanto a las causas de la baja en los nacimientos, se mencionan mejoras en el acceso de la mujer a la anticoncepción y al mundo laboral, además del costo de la vida, vivir en zonas urbanas y los cambios globales del mundo. También se menciona la dificultad de acceso a tratamientos de fertilidad debido a sus altos costos.

CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la Ginecología y Obstetricia, se debe prestar atención a la actual situación demográfica del país y visualizar el ejercicio de la especialidad durante los siguientes 25 años, dada la baja tasa de nacimientos, la postergación de la maternidad, así como también el aumento progresivo de usuarias mayores de 65 años, con los problemas ginecológicos que más afectan a dicho grupo. Adicionalmente, en lo mediato, se debe fortalecer la educación para una sexualidad responsable y que limite los riesgos que pudiesen afectar la fertilidad a futuro, así como también continuar por la senda de la promoción y el aumento en el acceso a los tratamientos de fertilización asistida para quienes los requieran.

APLICACIÓN DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, CAUSAL 2: EXPERIENCIA CLÍNICA DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS

Flores X. (1), Quiroga V. (2), Cardenas I. (2), Henriquez D. (3) Ciuffardi I. (4), Poisson M.(4)

(1) Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Las Higueras.

(2) Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Concepción. Hospital Las Higueras.

(3) Matrona jefa de gestión del cuidado de matronería, Hospital las Higueras.

(4) Interno de Medicina, Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

Desde la promulgación de la ley N°21.030 que trata sobre la despenalización del aborto e interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales (IVE), el último balance en esta materia realizado en junio 2025 informó que a nivel nacional un 43% (2.309 casos) han sido por patología congénita adquirida o genética, es decir, malformaciones fetales incompatibles con la vida (2° causal). El objetivo del presente trabajo es conocer el perfil epidemiológico, describir hallazgos ultrasonográficos y resultados perinatales de gestantes en las que se constituyó la 2°causal de IVE en el Hospital las Higueras (HLH) de Talcahuano entre los años 2018 y 2025.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, serie de casos. Se incluyeron 53 gestantes atendidas en el HLH, entre enero del 2018 y abril del 2025 que cumplieron el criterio diagnóstico para 2° causal IVE. La información fue recolectada exclusivamente por los investigadores mediante revisión y análisis de la base de datos anonimizada de la unidad de ecografía.

RESULTADOS

La edad materna promedio fue 31 años (DE 6.6). El IMC promedio fue 29 (DE 4.9), de las cuales un 33.9% eran obesas. El 9,4 % cursó con patología pregestacional. El 62 % de las pacientes fueron evaluadas en nuestro centro antes de las 22 semanas de edad gestacional (EG), con una EG media al diagnóstico de 20 semanas. Del

total de casos el 26.5% fue por diagnóstico asociado a vía urinaria, 24.5% cromosomopatías, 15% hidrops fetal, 13% sistema nervioso central, 7.5% multisistémico, 7.5% defectos pared abdominal, 4 % displasia músculo esquelética y 2% complicaciones asociadas a embarazo gemelar. Un 45,3 % decidió manejo expectante y un 54,7 % decidió interrupción del embarazo con EG media al momento del procedimiento de 20 semanas, resultando 69% (N= 20) abortos, 6.9% (N=2) mortinatos , y 24.1% (N=7) mortineonatos. De las pacientes que decidieron un manejo expectante, la EG media al momento del parto fue 31 semanas, resultando 12.5% (N=3) abortos, 25% (N=6) mortinatos y 62.5 % (N=15) de mortineonatos. Del total de mortineonatos el promedio de vida extrauterina fue de 29 hr con 23 min (DE 66.4), con una EG promedio al nacimiento de 32 semanas.

CONCLUSIONES

Un 54.7% de las gestantes decidió acogerse a interrupción del embarazo por la 2° causal, cifra inferior a la nacional (minsal 82%). La EG media al momento de la constitución fue de 20 semanas, siendo similar a los datos nacionales de 18 semanas, al igual que la la mayor cantidad de paciente que decidieron interrumpir, las semanas de gestión a la interrupción se concentraron entre las 15 y 21 semanas. El 26.5% correspondió a patología urinaria, a quienes en su mayoría no se realiza cariograma debido a su baja asociación. El 24.5% de los casos se asoció a cromosomopatías. La implementación

de la ley IVE en nuestro país plantea un escenario desafiante para el diagnóstico prenatal. Entre los principales retos destaca el fortalecimiento del diagnóstico precoz, la ampliación del acceso a técnicas de estudio genético y la consolidación de equipos subespecializados en centros regionales.



EDUCACIÓN EN SALUD

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

SIMULACIÓN EN OBSTETRICIA COMO ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y EL APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Del Río M(1), Panes J.(2), Crespillo M.(2), Montecinos M(3).

(1) Ginecólogo-Obstetra. Jefe de Unidad de Partos, Hospital Regional de Talca. Académico Universidad Católica del Maule (2) Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule. (3) Residente ginecología y obstetricia, Universidad Católica del Maule.

Instituciones: Hospital Regional de Talca – Universidad Católica del Maule, Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La simulación clínica se ha consolidado como una herramienta pedagógica efectiva en la formación médica, ya que permite adquirir habilidades médicas en un entorno seguro. Este recurso educativo se implementó en el internado de Obstetricia y Ginecología con el objetivo de entrenar competencias en algunas emergencias obstétricas a la que se podrían ver enfrentados los médicos generales.

MÉTODOS

Desde el año 2021 se desarrollan dos escenarios de simulación clínica: retención de hombro y hemorragia postparto. Todos los internos en sexto año participan de estas instancias, mediante práctica supervisada con simuladores, briefing y debriefing. El desempeño se evalúa posteriormente en el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE) del internado correspondiente. Se aplicó además una encuesta de percepción a médicos egresados de la institución entre los años 2022 y 2024, explorando la utilidad de la actividad en su formación y en su vida profesional.

RESULTADOS

75 médicos contestaron la encuesta. El 92% consideró que la simulación facilitó de manera significativa su aprendizaje. Un 68% recordó adecuadamente las maniobras de primera línea en la retención de hombro, y un 32% se sintió plenamente preparado para manejar una hemorragia postparto. La mayoría destacó el valor del

debriefing y la posibilidad de practicar en un entorno seguro sin riesgo para pacientes.

CONCLUSIONES

La implementación de simulación clínica en el internado de Obstetricia y Ginecología ha favorecido el desarrollo de competencias técnicas y transversales, con impacto positivo en la formación de pregrado. Estos resultados refuerzan el valor de la simulación como estrategia docente complementaria a la práctica clínica.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CERCLAJE CERVICAL: ENTRENAMIENTO CON SIMULACIÓN

García-Huidobro MT. (1), Cabezón G. (2), Vogt S. (1), Espinosa F. (1), Guerra F. (1)

(1) Gineco-Obstetra, Universidad Austral de Chile y Hospital Base de Valdivia

(2) Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cerclaje es una intervención quirúrgica clave en el manejo de la incompetencia cervical. La formación práctica de los residentes en esta técnica ha disminuido progresivamente en el tiempo, evidenciándose especialistas recién egresados con menos dominio de la realización de cerclajes. La simulación clínica es una metodología de aprendizaje que permite la adquisición de competencias técnicas en entornos seguros, controlados y estandarizados. El objetivo del presente estudio es describir la experiencia formativa en cerclaje cervical mediante simuladores en residentes de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Austral de Chile.

MÉTODOS

Se realizó un curso de cerclaje con técnica McDonald que combinó capacitación teórica y simulación práctica con modelos de baja y alta fidelidad (Cervical Cerclage Module, Prompt Flex-Limbs&Things®). Participaron residentes de segundo y tercer año de la Universidad Austral de Chile. Se aplicaron encuestas anónimas antes y después de la actividad para evaluar confianza, percepción de dificultad y utilidad del entrenamiento.

RESULTADOS

Participaron 6 residentes en formación. Ningún participante había realizado simulación de cerclaje. Solo 1 alumno (16%) había realizado un cerclaje en contexto clínico real. Previo al curso, el 50% consideraba que aprender a realizar cerclaje era difícil. El 83% se sentía inseguro y requería una supervisión total para realizar un cerclaje. El 100% consideraba que necesita

entrenamiento en instalación de cerclaje. Posterior al curso, el 100% consideró que la actividad fue útil y que fue fácil aprender con los modelos de simulación. Ningún residente se sintió inseguro y todos recomendaron la simulación como método formativo.

CONCLUSIÓN

La simulación clínica se posiciona como una herramienta indispensable en la enseñanza de procedimientos quirúrgicos de baja frecuencia, como el cerclaje cervical. Su integración en los programas de formación de Ginecología y Obstetricia permite a los residentes adquirir habilidades técnicas en un entorno seguro, propiciando un aprendizaje significativo y progresivo. La experiencia en nuestro centro evidenció un aumento significativo en la confianza y satisfacción de los participantes, subrayando el valor pedagógico de la simulación en la preparación quirúrgica. En consecuencia, se recomienda su implementación sistemática como parte del currículum formativo en cirugía obstétrica.

DESARROLLO DE UN SIMULADOR DE DOPPLER PULSADO PARA LA ENSEÑANZA EN OBSTETRICIA

Vogt SP, García-Huidobro MT, Espinosa F, Concha R, Guerra F.

Unidad de Medicina Materno Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN

El Doppler es una herramienta fundamental en el estudio del embarazo normal y patológico. Sin embargo, al observar que los operadores cuentan con entrenamientos disímiles y limitaciones en acceso a pacientes reales para su aprendizaje, nos propusimos desarrollar un simulador de Doppler obstétrico que se pueda integrar a itinerarios formativos en plataformas educativas, y que permita comprender la técnica y practicar abordajes de la circulación fetomaterna simulando condiciones normales y patológicas.

MÉTODOS

Se programó desarrollar mediante la utilización de plataformas para construcción de videos juegos, fórmulas y programas matemáticos, una interfaz que imite los Modos B en combinación con el Doppler color, en las cuales posicionar un cursor que genere la simulación de una onda espectral que pueda ser manejada por el operador mediante diferentes comandos. Completado el desarrollo del simulador, este se utilizará como objeto de aprendizaje incorporado en itinerarios formativos en la enseñanza de conceptos tecnológicos y manejos clínicos obstétricos, generando situaciones interactivas normales y patológicas. La eficacia del simulador será probada con profesionales en capacitación en ecografía.

RESULTADOS

Logramos desarrollar una interfaz que imita los Modos B en combinación con el Doppler color que simulan vasos sanguíneos arteriales y venosos con direcciones cambiantes. Sobre ellas se simula el posicionamiento

del cursor del Doppler pulsado para generar una onda espectral en formato bidimensional de tiempo y velocidad. Con los comandos es posible simular el control de ganancia, potencia, frecuencia de repetición de pulso, línea basal, velocidad, posición de la señal espectral (arriba/abajo), y reinicio. Además, es posible calcular los diferentes índices en la señal espectral. Se establecieron modelos de vasos fetales (arteria umbilical, arteria cerebral media y ductus venoso), como de la arteria uterina en situaciones de normalidad y patología. La eficacia del simulador fue probada con profesionales en capacitación en ecografía; el grupo A (n=30) que no utilizó el simulador, obtuvo un rendimiento académico (notas) significativamente menor que el grupo B (n=35) que utilizó el simulador ($X+DS$, $27.7+5.9$ vs $33.2+4.3$, X^2 $p<0.05$).

CONCLUSIONES

Este simulador de Doppler obstétrico cumple con el realismo integral anatómico, fisiológico y fisiopatológico de circulación fetomaterna, permitiendo simular adaptaciones técnicas y diferentes abordajes en condiciones normales y patológicas en un entorno libre de riesgos y controlable para la enseñanza pudiendo ser integrado en itinerarios formativos. (Proyecto de innovación en Docencia Universitaria, PIDU DEP202002, Universidad Austral de Chile).

“El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.”

EXPOSICIÓN A PROCEDIMIENTOS GINECO-OBSTÉTRICOS EN RESIDENTES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL MAULE

Salas J; Doren A; Roncagliolo L

Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN

La formación en Obstetricia y Ginecología (OBGIN) exige una exposición adecuada a procedimientos de la especialidad. En Chile no existen exigencias mínimas de procedimientos transversales a los 14 programas del país; y solo se ha documentado en la literatura una estimación de los jefes de programa del número de procedimientos logrados por sus residentes.

MÉTODO

Estudio observacional de bitácoras de procedimientos como primer cirujano en residentes de OBGIN de la Universidad Católica del Maule (UCM), que hubiesen terminado su respectivo año de formación en mayo del 2025. Se presentan datos en medias \pm DS.

RESULTADOS

De 10 residentes: 5 habían completado primer año (R1); uno segundo año (R2); y 4 tercer año (R3). En R1 se registró únicamente participación en procedimientos obstétricos: partos vaginales $8.6(\pm 1.7)$ y cesáreas $92.0(\pm 4.6)$; y en intervenciones ginecológicas tipo legrado uterino o AMEU: $30.6(\pm 6.4)$. En R2 se inició participación en histeroscopías ($n=2$); histerectomías abdominales ($n=8.0$); y laparoscopías de baja complejidad ($n=18.0$). Los R3, al completar su formación, habían participado en: $15.8(\pm 9.9)$ partos vaginales; $275.0(\pm 52.7)$ cesáreas, $4.8(\pm 1.7)$ partos instrumentales; $13.2(\pm 1.9)$ amniocentesis; histerectomías vaginales; $15.0(\pm 7.3)$ histerectomías abdominales; laparoscópicas; $3.5(\pm 1.3)$ histeroscopías; $16.5(\pm 5.3)$ histeroscopías; $30.2(\pm 8.4)$ laparoscopías de baja complejidad; $29.5(\pm 6.8)$ cirugías de suelo

pélvico (TOT, TVT, prolapso); y, $40.0(\pm 3.7)$ legrados uterinos o AMEU.

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran una exposición progresiva de los residentes a los procedimientos de la especialidad, tanto en número de intervenciones como a su complejidad. Con relación a los estándares mínimos reportados por programas de EE.UU. (duración de 4 años), solo logramos cumplir el número de histerectomías abdominales y laparoscopías de baja complejidad; sin embargo, nuestros residentes casi duplican el número de cesáreas al finalizar su formación. Nuestro principal déficit es la exposición a partos vaginales, lo que se explica por el alto porcentaje de cesáreas en nuestro país y a la atención de partos por matronas en el sistema público.

ASPECTOS ÉTICOS

"El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética." Se garantiza confidencialidad y anonimato.



GINECOLOGÍA GENERAL

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE HISTERECTOMÍAS POR PATOLOGÍA BENIGNA SEGÚN VÍA DE ABORDAJE EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Abarca F. 2 Lara B 2. Romo, L3. Urquieta, V3 González, P.1 Valdés, F1.

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

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

3Alumno de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más realizadas y un pilar terapéutico en patología benigna. La elección de la vía -abdominal (HA), vaginal (HV) o laparoscópica (HL)- condiciona tiempos quirúrgicos, estadía y morbilidad. La evidencia internacional prioriza abordajes mínimamente invasivos por su recuperación más rápida, menos complicaciones y menor tiempo de hospitalización. El objetivo de esta investigación es describir y comparar resultados clínico-quirúrgicos de histerectomías por causa benigna según vía de abordaje en el Hospital San Juan de Dios.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidas a histerectomía por patología benigna en nuestro hospital entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de julio de 2025. Se realizó una recolección de datos desde fichas clínicas electrónicas. Se registraron datos demográficos, diagnóstico preoperatorio y diagnóstico histológico; tiempo operatorio, complicaciones intra y postoperatorias y estadía hospitalaria. Se realizó análisis descriptivo, comparaciones no paramétricas y modelos multivariantes ajustados. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se incluyeron 397 histerectomías: 192 abdominales (48,4%), 163 vaginales (41,1%) y laparoscópica 42 (10,6%). La edad promedio global fue de 50 años (rango 20-89),

con un IMC promedio de 30,6. El diagnóstico primario preoperatorio más frecuente fue leiomioma en HA, prolapso en HV y endometriosis en HL. El tiempo operatorio (mediana) en HV fue 78 min; HA 103,5 min y HL 150 min. La estadía (media) fue mayor en la vía abdominal 4,06 vs vaginal 1,86 y laparoscópica 1,79 días. Las tasas globales de complicaciones intraoperatorias fueron 5,5% vaginal, 7,3% abdominal y 4,8% laparoscópica ($\chi^2 p=0,72$) y en las postoperatorias 4,3% vaginal, 8,9% abdominal y 7,1% laparoscópica ($\chi^2 p=0,23$), sin diferencias significativas por vía. En el análisis por vía, las infecciones postoperatorias fueron más frecuentes en la vía abdominal (12/192; 6,3%) que en vaginal (0/163; 0,0%) y laparoscópica (1/42; 2,4%) ($\chi^2 p=0,004$). Respecto a los años analizados en el 2023 predominó vía abdominal (58,9%); 2024 predominó vaginal (48%) y el 2025 a la fecha predomina la vía vaginal y laparoscópica (34,3% cada una).

CONCLUSIONES

En esta cohorte institucional, la vía vaginal mostró menor tiempo operatorio y perfil de complicaciones favorable; vía laparoscópica tuvo tiempos mayores pero estadía corta y seguridad comparable tras ajuste; la vía abdominal se asoció a mayor estadía hospitalaria. Esto concuerda con la literatura internacional (priorización de mínima invasión) y con reportes locales de mayor infección de sitio en vía abdominal. Entregamos valores de referencia actuales de un hospital público, comparables con la literatura internacional, útiles para orientar guías clínicas, priorizar abordajes mínimamente invasivos cuando sean factibles, fortalecer formación/derivación en la red y estandarizar indicadores de calidad.

EL DILEMA DE LA CLASIFICACIÓN EN MALFORMACIONES MÜLLERIANAS COMPLEJAS: UN CASO DE SÍNDROME DE OHVIRA

Acle L1, Monsalve I1, Díaz L2, Miranda I3, Correa M1, 4

1. Instituto de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile.
2. Centro de Ultrasonografía AGB, Clínica Sanatorio Alemán, Concepción, Chile.
3. Hospital Clínico Universidad de Chile.
4. Unidad de Endometriosis y Dolor Pélvico, Clínica Alemana Valdivia.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones müllerianas complejas, que involucran más de un compartimento del tracto reproductivo femenino, son poco frecuentes (0,1–0,5 % de la población general). Su diagnóstico y clasificación siguen siendo un reto, especialmente en fenotipos mixtos como el síndrome de OHVIRA (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly).

MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 30 años, evaluada por 14 meses de infertilidad. A los 16 años fue sometida a resección de un tabique vaginal obstructivo con drenaje de hematocolpos. La evaluación actual reveló útero didelfo, doble cérvix, agenesia renal derecha y remanente ureteral ectópico. El caso fue analizado bajo distintos sistemas de clasificación (ESHRE/ESGE, ASRM 2021, VCUAM, La Propuesta "30" (Obstruction, Ureteric Orifice and Outcome) y Lan Zhu).

RESULTADOS

Se incorpora una tabla describiendo todas las posibilidades de clasificación, cada una con ventajas y desventajas relativas a este caso. Los sistemas basados en anatomía genital (VCUAM, ESHRE/ESGE, ASRM) simplifican la descripción, pero no incorporan la complejidad clínica ni la vía urinaria. El modelo de Lan Zhu describe variantes funcionales, mientras que el modelo 30 integra obstrucción, compromiso ureteral, pronóstico y manejo, aunque requiere mayor validación clínica.

CONCLUSIONES

El síndrome de OHVIRA es una entidad poco frecuente y subdiagnosticada. Este caso demuestra la necesidad de clasificaciones más integrales que consideren aspectos anatómicos, funcionales y reproductivos, con el fin de orientar un diagnóstico oportuno, manejo quirúrgico adecuado y seguimiento multidisciplinario que optimice el pronóstico reproductivo y la calidad de vida.

DECLARACIÓN ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética. Se garantiza el anonimato y la confidencialidad de la información presentada.

ACTINOMYCES ISRAELII, UN AGENTE A CONSIDERAR EN ACTINOMICOSIS ASOCIADA AL USO PROLONGADO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS. REPORTE DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE EVIDENCIA DISPONIBLE.

Autores: Alcaino F.1, Croxatto C.1, Cortés D.2, Benítez R.3

1 Interno Medicina Universidad del Desarrollo. 2 Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Desarrollo. 3 Ginecólogo Hospital Padre Hurtado – Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis pélvica es una infección crónica, supurativa y granulomatosa causada por *Actinomyces* spp., bacteria grampositiva anaerobia facultativa. Su relevancia clínica radica en su asociación con el uso prolongado de dispositivos intrauterinos (DIU). La colonización de estos por *Actinomyces* es infrecuente, el 3%. Sin embargo, la fracción que desarrolla actinomicosis, es decir infección activa, es estimada en 0,26%, según la población y tiempo de uso. Esta entidad constituye un desafío diagnóstico por su presentación inespecífica y similitud con procesos neoplásicos o inflamatorios crónicos.

CASOS CLÍNICOS

Tres mujeres entre 44 y 53 años, todas con el antecedente de uso prolongado de DIU, consultaron en Urgencias del Hospital Padre Hurtado por cuadro de dolor abdominal subagudo con exacerbación reciente, asociado a parámetros inflamatorios elevados. Al examen ginecológico, dos de ellas presentaron secreción purulenta a través del OCE, y en todas, se pesquisó dolor a la palpación anexial. El estudio imagenológico mostró hallazgos variables; en la primera, un absceso tubo-ovárico asociado a un DIU retenido por más de 20 años; en la segunda, una lesión anexial quística con extensión hacia vejiga, uréter derecho y recto, acompañada de hidroureteronefrosis; y en la tercera, imágenes compatibles con absceso tubo-ovárico y síndrome adherencial severo con compromiso intestinal. Dentro del manejo, la primera paciente evolucionó favorablemente con antibioterapia y retiro del DIU, la segunda requirió instalación de catéter doble J, mientras que la tercera evolucionó torpidamente,

requiriendo resolución quirúrgica, con compromiso de asas intestinales y posterior perforación de estas. En los primeros dos casos, el estudio histopatológico de los dispositivos confirmó *Actinomyces* mediante la visualización de gránulos de azufre, mientras que, en el tercero, se confirmó a través del estudio histológico del tejido resecado. Posteriormente, las tres pacientes presentaron evolución favorable con antibioterapia prolongada y controles ambulatorios en Ginecología.

DISCUSIÓN

El diagnóstico es complejo dada su presentación inespecífica y solapada con neoplasias ginecológicas. El DIU prolongado favorece la invasión bacteriana desencadenando un proceso de inflamación crónica con abscesos y tumores que pueden simular neoplasias e incluso elevar Ca-125. El tratamiento actual se basa en el retiro del DIU y antibioterapia prolongada, reservando la cirugía para complicaciones o dudas diagnósticas.

CONCLUSIÓN

La actinomicosis pélvica asociada a DIU, aunque infrecuente, debe sospecharse en usuarias de larga data con sintomatología pélvica subaguda. La identificación temprana permite asegurar un pronóstico favorable con tratamiento médico adecuado y evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios que pueden aumentar la morbilidad.

PALABRAS CLAVE

Actinomyces israelii, dispositivo intrauterino, actinomicosis pélvica, gránulos de azufre.

ABSCESO DE GLÁNDULA DE BARTHOLINO EN PACIENTE NULÍPARA: DESAFÍOS EN EL MANEJO QUIRÚRGICO

Cepeda B.I (1), Arias B.N (2)

(1) Ginecólogo, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.

(2) Interna de Medicina, 5° año, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los abscesos de la glándula de Bartholino representan una causa frecuente de dolor e inflamación vulvar, generalmente secundarios a obstrucción del conducto glandular e infección por flora polimicrobiana, incluyendo *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y bacilos gramnegativos. Aunque la mayoría son autolimitados, los casos recurrentes y de gran extensión plantean un desafío terapéutico, especialmente en mujeres nulíparas donde es esencial preservar la función anatómica y glandular.

MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una mujer nulípara de 35 años con antecedentes de abscesos vulvares recurrentes y drenajes previos recientes. El examen físico reveló una masa de 5 cm, tensa, dolorosa y con zonas fluctuantes, sin signos inflamatorios marcados; impresionando absceso de glándula de Bartholino recurrente. Ante la persistencia de la lesión, se realizó estudio ecográfico y resonancia magnética, evidenciando una lesión quística de gran tamaño, midiendo aproximadamente 8,4 x 4,1 cm, que se extendía desde el aspecto postero lateral izquierdo del introito vaginal hacia posterior ocupando el labio mayor, sin visualizarse la totalidad de la lesión. Se decidió drenaje quirúrgico, quistectomía y resección glandular.

RESULTADOS

El procedimiento permitió la evacuación completa del quiste, tras realizar una amplia exploración quirúrgica, con evolución clínica favorable y manejo ambulatorio

posterior. En seguimiento, la paciente no presentó nuevas recurrencias ni complicaciones.

CONCLUSIONES

La gran extensión hacia posterior de la lesión quística presentada por esta paciente, asociada al antecedente de abscesos recurrentes, permite que este caso sea de gran importancia para su estudio, ya que en la práctica, este tipo de lesiones no suele extenderse hacia regiones posteriores, lo cual permite que este caso sirva a modo de ejemplo de lesiones vulvares complejas y de gran tamaño. En pacientes nulíparas, la elección de terapias conservadoras como drenaje quirúrgico, marsupialización o instalación de catéter Word permite preservar la función glandular y reducir recurrencias. El caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial en masas vulvares y la necesidad de protocolos claros en lesiones glandulares extensas y de características poco frecuentes.

EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

Benitez R1,2., Castillo S1., Sepúlveda V1., Grandela Fa.

1 Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo (para los 4)

2 Unidad de Ginecología, CR de la Mujer y el RN (para Rodrigo) a Interna de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se produce cuando la implantación del óvulo fecundado ocurre fuera de la cavidad endometrial, una ubicación rara es en el ovario, la cual se produce entre un 0,5 a 3% de todos los casos. Su diagnóstico suele realizarse en el primer trimestre, principalmente por rotura ovárica, la cual genera dolor abdominal y hemoperitoneo. Este representa una condición potencialmente grave que requiere un alto índice de sospecha clínica para su detección oportuna.

MÉTODOS

Se realizó revisión de la literatura sobre embarazo ectópico ovárico y análisis de un caso clínico de paciente de 27 años, quien consulta por embarazo inicial asociado a dolor pélvico y metrorragia escasa: Al ingreso se realiza ecografía transvaginal que evidencia: línea endometrial de 5 mm y un saco gestacional ubicado en región anexial derecha, con un embrión de 5 mm en su interior, con latidos cardíofetales presentes y líquido libre moderado. Se diagnostica embarazo ectópico complicado y se decide manejo quirúrgico. Se realiza laparotomía exploradora, donde se visualiza lesión dependiente de ovario derecho que impresiona trofoblasto con sangrado activo, sin compromiso de trompas. Se realiza ooforectomía parcial de ovario derecho, con preservación de tejido sano.

RESULTADOS

La paciente evolucionó favorablemente, con descenso progresivo de beta-hCG y ecografía postoperatoria sin evidencia de patología residual. La biopsia confirmó

embarazo ectópico ovárico derecho, con cuerpo lúteo en tejido ovárico ipsilateral. El tratamiento quirúrgico permitió la preservación parcial del ovario, favoreciendo el pronóstico reproductivo.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico ovárico es una condición poco frecuente, de diagnóstico complejo y potencialmente mortal por riesgo de hemorragia masiva. La sospecha clínica y la ecografía transvaginal son fundamentales para un diagnóstico temprano. El abordaje quirúrgico constituye el pilar del tratamiento y, en casos seleccionados, permite la preservación de tejido ovárico con el objetivo de mantener la fertilidad.

PALABRAS CLAVE

embarazo ectópico ovárico; embarazo ectópico, metrorragia

RESULTADO PRELIMINAR DEL ESTUDIO NACIONAL DE ENDOMETRIOSIS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y BRECHAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN CHILE

Correa ME1,2, Ihnen O2, Cayún P3, Araya M4, Miranda-Mendoza I5. Equipo Estudio Nacional de Endometriosis.

1. Instituto de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile;
2. Unidad de Endometriosis Clínica Alemana Valdivia;
3. Facultad de medicina, Universidad de Aysen
4. Fundación Chilena de Endometriosis
5. Unidad de Endometriosis Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La endometriosis afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva y se asocia a dolor pélvico crónico e infertilidad. En Chile, hasta la fecha no existían datos nacionales consolidados sobre el perfil epidemiológico estas pacientes. Se presentan los resultados preliminares obtenidos a través del análisis interino del estudio nacional de endometriosis

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo de alcance nacional, difundido entre mujeres con sospecha o diagnóstico de endometriosis bajo aprobación de comité de ética y patrocinio del ministerio de salud. Se analizaron 1652 respuestas completas. Se analizaron antecedentes sociodemográficos, síntomas, diagnóstico, tratamientos recibidos, impacto en la calidad de vida y acceso a salud.

RESULTADOS

La edad media de las participantes fue 35,8 años (DE 6,8). El 85,2% reportó diagnóstico confirmado de endometriosis, principalmente por mapeo de endometriosis (43,1%) y cirugía (28,1%). El tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera consulta fue ≥ 5 años en 38,3% de los casos, y el retraso entre la primera consulta y el diagnóstico fue > 5 años en 39%. El 85,2% recibió algún tratamiento hormonal y el 42,3% al menos una cirugía. Un 10% ha recibido 3 o más cirugías. El dolor fue reportado como severo ($\geq 7/10$) durante menstruación en 56,6%

y durante la actividad sexual en 47%. Respecto al impacto psicosocial, 59,5% declaró estar moderadamente angustiada o deprimida y 41,6% refirió sentirse incomprendida por su entorno. El 27,3% presentó infertilidad primaria o secundaria, y solo 23,5% accedió a técnicas de reproducción asistida.

CONCLUSIONES

Este estudio constituye el mayor levantamiento epidemiológico nacional sobre endometriosis en Chile. Los resultados preliminares muestran largos retrasos diagnósticos, alta carga de dolor, impacto psicosocial significativo y limitado acceso a terapias de fertilidad. Estos hallazgos iniciales refuerzan la necesidad de políticas públicas que mejoren el diagnóstico precoz y el acceso a tratamientos multidisciplinarios.

VALIDACIÓN DE TÉCNICA DE CERCLAJE LAPAROSCÓPICO “NEEDLE-FREE” EN ESCENARIO COMPLEJO DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA INTESTINAL.

Correa ME1,2, Repillosa P1, Ruiz A1, Saveedra J1, Albornoz G1,2, Sandoval J1,2 Miranda Mendoza I3.

1 Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile

2 Unidad de endometriosis y dolor pélvico, Clínica Alemana Valdivia

3 Unidad de endometriosis, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

Recientemente reportamos en literatura internacional una técnica de cerclaje laparoscópico sin uso de agujas de la cinta de Mersilene. En este trabajo presentamos su aplicación en un escenario de alta complejidad quirúrgica.

MÉTODOS

Paciente de 30 años, nulípara, con antecedente de aborto a las 20 semanas tras cirugía de endometriosis con resección intestinal y posterior FIV. Evolucionó con un nuevo aborto espontáneo a las 22 semanas. La resonancia magnética evidenció adherencias extensas, nódulo endometriósico retrocervical de 2 cm con tracción cervical y otro nódulo de 2 cm a 12,5 cm del margen anal. Se constató proceso adherencial complejo que comprometía ovario, cuerpo uterino y unión rectosigmoidea.

RESULTADOS

Se efectuó cateterización ureteral con instilación de verde de indocianina. El mapeo quirúrgico Enzian# correspondió a P3 0m/0, Tm/2+, A2, B2/2, C2. Se realizó adherenciólisis extensa, afeitado rectal y reparación de plano muscular, apertura del espacio vesicouterino y paso de sistema de cierre de fascia (Endoclose®) bajo visión directa de uréteres y arterias uterinas. La cinta de Mersilene fue anudada y fijada con cierre peritoneal. La cirugía finalizó sin complicaciones, con control postoperatorio que mostró un cérvix de 35 mm.

CONCLUSIÓN

El cerclaje laparoscópico mediante dispositivo de cierre de fascia, en reemplazo de agujas convencionales, es factible incluso en escenarios complejos. Esta técnica podría mejorar la seguridad quirúrgica al disminuir el riesgo de lesiones vasculares o intestinales, y debe ser realizada en centros con equipos especializados.

El estudio no involucra datos identificables, ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un comité de ética. Se garantiza el anonimato y la confidencialidad de la información presentada. Se realiza publicación bajo consentimiento informado.

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN ISTMOCELE: SERIE DE CASOS EN LA RED DE SALUD UC CHRISTUS Y COMPARACIÓN CON LA EVIDENCIA INTERNACIONAL

Dauvergne J1, Muñoz E1, Escobedo E1, Pey O2, Pomés C1, Rivera C1, Zamboni M1, Celle C1.

1. Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Facultad de Medicina, Universidad Del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El istmocele es una alteración anatómica secundaria a la cicatrización incompleta del segmento uterino posterior a histerotomías. Su prevalencia oscila entre 20 y 70% en mujeres con cesárea previa. Aunque puede ser asintomático, en un número significativo de pacientes se asocia a sangrado uterino anormal (SUA), dismenorrea, dolor pélvico crónico e infertilidad. El tratamiento depende de la sintomatología y deseo de fertilidad, sin una vía quirúrgica claramente superior para esto. El objetivo de esta serie de casos es evaluar los resultados de la reparación de istmocele en los centros de la Red UC Christus

MÉTODOS

Se revisaron todas las pacientes con istmocele diagnosticado por imágenes (ecografía o resonancia magnética) y tratadas quirúrgicamente en la Red UC Christus entre enero 2022 y mayo 2025. Para este análisis se excluyeron aquellas sometidas a histerectomía, considerando sólo los casos con reparación conservadora. Se evaluaron éxito quirúrgico, alivio sintomático y resultados reproductivos.

RESULTADOS

De 19 pacientes con istmocele tratadas quirúrgicamente, 8 fueron sometidas a histerectomía y 11 a reparación conservadora del defecto. En este grupo, la edad media fue ~40 años y la mayoría presentaba ≥ 2 cesáreas previas. Los síntomas predominantes fueron SUA y dolor pélvico crónico. Un tercio de las pacientes (36%) tenía deseo de fertilidad. 7 mujeres fueron tratadas mediante resectoscopia y 4 mediante laparoscopia. No hubo complicaciones postoperatorias mayores en los primeros 30

días. Dentro de las pacientes que buscaban fertilidad, se alcanzó una tasa de embarazo del 42%.

DISCUSIÓN

En nuestra serie el síntoma más frecuente fue SUA. La histeroscopia fue el abordaje más utilizado por su carácter mínimamente invasivo. Los resultados reproductivos observados fueron levemente inferiores a lo reportado en la literatura, donde la reparación quirúrgica ha mostrado tasas cercanas al 65%. Este hallazgo debe interpretarse con cautela, dado que no fue posible evaluar de manera exhaustiva el porcentaje de embarazo posterior: parte de las pacientes no acudió a controles posteriores en nuestra red o decidió no buscar embarazo de forma inmediata, lo que limita la interpretación de este resultado. En pacientes con miometrio residual $< 2.5\text{--}3\text{ mm}$, la laparoscopia se indicó en 4 casos, todos sin complicaciones. Debido al bajo número de pacientes, no se lograron observar diferencias significativas entre los diferentes abordajes.

CONCLUSIONES

La reparación quirúrgica del istmocele fue segura, con buena recuperación y alivio sintomático en la mayoría de las pacientes. La histeroscopia fue el abordaje más frecuente y la laparoscopia se reservó para miometrio más delgado. Aunque la tasa de embarazo fue menor a lo reportado, probablemente por el bajo número de casos y la pérdida de seguimiento, los resultados se mantienen concordantes con la evidencia que respalda a la histeroscopia en defectos pequeños con grosor $> 2.5\text{--}3\text{ mm}$ como una opción factible y con outcomes reproductivos favorables.

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA, MANEJO MÉDICO CON MULTI DOSIS DE METOTREXATO. REPORTE DE CASOS.

Gil O. (1), Oyaneder M.(2), Ponce P. (2)

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

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea (EECS), ha ido en aumento en las últimas 2 décadas debido al incremento en la tasa de cesáreas. Es una condición que puede llevar a complicaciones severas en caso de no ser diagnosticado y tratado de forma oportuna y eficaz en el 1er trimestre del embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte de 2 casos de EECS diagnosticados en el 1er trimestre del embarazo, manejados ambos con múltiples dosis de Metotrexato en contexto de deseo de preservación de fertilidad.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Mujer de 30 años, G4P3A1 (PV-2CCA), cursando embarazo de 6 + 4 semanas por FUR, evaluada urgencia maternidad en septiembre 2023 por presentar metrorragia escasa de 4 días de evolución. A su ingreso destaca B-HCG 20.795 mUI/mL, y ecografía transvaginal que muestra en región ístmica y en relación a cicatriz de cesárea reacción trofoblástica e imagen sugerente de EECS.

Caso 2: Mujer de 26 años, G3P2A0, (PV-CCA), evaluada en urgencia maternidad en abril 2024 por cuadro clínico caracterizado por metrorragia escasa. A la ecografía transvaginal se evidencia saco gestacional con vesícula vitelina sin embrión presente en relación con nicho de cicatriz de cesárea, a 5 mm de serosa uterina. Ingresa con B-HCG 9.484 mUI/mL, para seguimiento y manejo médico.

RESULTADOS

Ambas pacientes fueron tratadas con esquema multi-dosis (3 dosis) de Metotrexato (MTX) de 50 mg por m² superficie corporal, vía intramuscular cada 48 horas, con dosis intercaladas de ácido folínico 5 mg endovenoso cada 48 horas por 3 dosis. Con buena respuesta clínica, descenso favorable de curva B-HCG y desaparición de imagen patológica en relación a CCA en eco TV control.

CONCLUSIONES

Si bien las pacientes sometidas a cirugía (histerectomía, resección quirúrgica o dilatación y legrado) en comparación con terapia médica (distintos esquemas de MTX) tienen mayores tasas de resolución del embarazo, el uso de MTX en multidoses es una alternativa terapéutica menos invasiva en casos donde se desea preservar la fertilidad, pudiendo plantearse incluso en contexto de niveles elevados de B-HCG (>5000 mUI/ml). En nuestra Institución se ha planteando el manejo médico multidoses de MTX en pacientes con EECS que desean preservar fertilidad, siempre en un ambiente controlado hospitalario, donde es posible evaluar los efectos secundarios del fármaco, tales como trastornos hematológicos, hepatotoxicidad y nefrotoxicidad.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas experimentales, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

ACTINOMICOSIS PÉLVICA EN USUARIA DE T DE COBRE ASOCIADO A COMPROMISO URETERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

González P, J (1) La Fuente S, J. (1) Manzano R, R (2) Soto B, F. (2) Parada M, B. (2) Leiva Z, C (2), Flores N, G (2) Gutiérrez, M, S (2)

(1): Becado en Ginecología y Obstetricia, Universidad Andrés Bello, Hospital El Pino, San Bernardo, Chile.

(2): Interna/o de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La actinomicosis es una infección bacteriana supurativa crónica, que puede complicarse con granulomas, abscesos y fistulas. Es provocada principalmente *Actinomyces israelii*, que forma parte del microbiota normal. La forma pélvica, asociada generalmente a uso prolongado de dispositivo intrauterino (DIU), representa el 3% de los casos y cursa con síntomas inespecíficos como dolor pélvico, fiebre y baja de peso. La enfermedad puede agravarse con formación de absceso tubo-ovárico, causando pelvis congelada, imitando un cáncer pélvico. El tratamiento requiere antibioticoterapia prolongada.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 50 años, multipara de 3 y usuaria de DIU T de cobre (T de Cu) hace 23 años. Consultó por cuadro de dolor hipogástrico con irradiación hacia sacro, asociado a astenia, anorexia y baja de peso de 3 semanas de evolución. Los estudios imagenológicos evidenciaron proceso inflamatorio de origen ovárico derecho con compromiso ureteral derecho con dilatación. El manejo incluyó retiro de DIU, antibioticoterapia y catéter doble J, con respuesta favorable.

DISCUSIÓN

La actinomicosis pélvica es poco frecuente y de presentación inespecífica, lo que retrasa su diagnóstico. El cuadro clínico resultó inespecífico, sin embargo, el antecedente de uso de DIU durante 23 años resultó clave para orientar la sospecha. El estudio imagenológico resultó fundamental para confirmar el diagnóstico,

descartar proceso neoplásico y evaluar la extensión del compromiso de la infección. El manejo resultó exitoso, incluyendo catéter doble, retiro de DIU y antibioticoterapia prolongada, con traslape a vía oral para completar un total de 6-12 meses.

CONCLUSIÓN

El caso enfatiza la necesidad de sospechar actinomicosis pélvica en pacientes con factores de riesgo para permitir diagnóstico y tratamiento tempranos, evitando compromiso de órganos vecinos. Además, resalta la importancia de controles ginecológicos regulares en usuarias de DIU para prevenir complicaciones infecciosas crónicas.

PALABRAS CLAVE

Actinomicosis. *Actinomyces israelii*. Actinomicosis pélvica. (Actinomicosis, Dispositivos Intrauterinos, Dolor Pélvico)

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Lara B 2. Romo, L3. Urquieta, V3 Gonzalez, P.1 Rodriguez, M.1 Mejias, A.1

1Equipo Interrupción voluntaria del embarazo, Unidad Ginecología, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago. 2 Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile. 3Internas de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

En Chile, desde el año 2017 se despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales. Según el Ministerio de Salud, desde la entrada en vigencia de la ley hasta junio del 2025, se constituyeron un total de 6.567 casos. De estos, la 1° causal presentó el 30%, la 2° causal el 44,5% y la 3° causal el 25,5%. Dentro de las usuarias, un 8% correspondió a menores de edad, de las cuales 239 fueron menores de 14 años. La interrupción puede realizarse con tratamiento médico o quirúrgico, siendo ambos métodos seguros y eficaces. Esta decisión depende del arsenal de medicamentos e instrumental quirúrgico disponible, experiencia del médico/a, la preferencia de la mujer y presencia de contraindicaciones. A continuación, se presentará un trabajo sobre la aplicación de la ley IVE en un hospital terciario de la región Metropolitana.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se analizaron los registros clínicos de pacientes que accedieron a IVE en el Hospital San Juan de Dios entre el 1 de Enero del 2024 y 31 de Diciembre del 2024. Se registraron datos demográficos, causal de interrupción, tiempo desde primera consulta y constitución hasta interrupción, método de interrupción, número de dosis de tratamiento médico, complicaciones y seguimiento psicosocial. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se registraron 58 pacientes que accedieron a las causales establecidas, de las cuales 54 interrumpieron su

embarazo. La distribución por causal mostró un predominio de la causal 3 con 42 casos (77,7%), seguida de la causal 2 con 7 casos (12,9%) y la causal 1 con 5 casos (9,2%). La edad promedio de la cohorte fue de 31,1 años. Se identificaron 3 pacientes (7%) menores de edad, todas en el contexto de la causal 3. El tiempo desde la constitución de la causal hasta la interrupción fue en promedio 2,8 días en la causal 1, 5,4 días en la causal 2 y 3,7 días en la causal 3, con un promedio global de 3,8 días. Para la causal 3 también se registró el tiempo desde la solicitud de la causal hasta la interrupción, con un promedio de 10,1 días. Respecto al método utilizado, la mayoría de las interrupciones se realizó mediante método quirúrgico (53.7%). Se registró un 11% de complicaciones, la más frecuente la persistencia de restos posterior a manejo médico. La mayoría de las pacientes (53.7%) recibió seguimiento psicosocial.

CONCLUSIÓN

En esta cohorte institucional, la mayoría de las interrupciones correspondieron a causal 3, lo que puede explicarse porque tanto la causal 1 como la 2 tienen derivación territorial en el sistema público, no así la 3, que puede realizarse donde lo solicite la usuaria. El tiempo desde la constitución de la causal hasta la interrupción fue relativamente breve, aunque la causal 2 mostró intervalos más prolongados, lo que podría reflejar barreras específicas en su gestión, como la necesidad de evaluación por especialidades distintas a la Ginecología y Obstetricia. Estos hallazgos permiten caracterizar la implementación de la Ley de IVE en nuestro centro, destacando la necesidad de evaluar y fortalecer los procesos que influyen en la oportunidad de la atención.

MANEJO LAPAROSCÓPICO CONSERVADOR DE UN EMBARAZO OVÁRICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Lavanderos S.1,2, Moraga B.1, Muñoz F.1, Cifuentes S.1

(1) Universidad Diego Portales, (2) Hospital Dr. Luis Tisné.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico tiene una incidencia estimada entre 6,4 y 20,7 por cada 1.000 embarazos, localizándose principalmente en las tubas uterinas; sin embargo, alrededor de un 3,2% ocurre en los ovarios. En Chile y en la región se carece de datos locales sobre la incidencia de embarazos en esta ubicación. En series publicadas alrededor del mundo, se reportan pocos casos, la mayoría tratados por laparoscopia. El diagnóstico preoperatorio de esta localización es complejo, y la laparoscopia cumple un rol fundamental. Aunque antes se utilizaba un manejo radical (anexectomía/ooforectomía), actualmente se han demostrado alternativas conservadoras exitosas. Este caso tiene como objetivo presentar un embarazo ectópico de localización ovárica tratado de forma conservadora mediante laparoscopia, resaltando esta técnica como una alternativa eficaz para preservar la función ovárica.

MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 28 años, nulípara, que consultó en urgencia general por dolor abdominal cólico de 3 días de evolución, sin sangrado genital. Se realizó una tomografía computada de abdomen y pelvis que informó hemoperitoneo y una masa anexial derecha con sangrado activo, por lo que fue derivada a nuestro centro terciario de referencia. Ingresó hemodinámicamente estable con signo de Blumberg positivo. La β -hCG cualitativa en orina resultó positiva, mientras que la ecografía transvaginal evidenció una lesión paraovárica derecha y líquido libre abundante asociado a ausencia de gestación intrauterina, por lo que se planteó

el diagnóstico de embarazo ectópico derecho complicado. Se realizó una laparoscopia exploradora de urgencia, donde se observó el ovario derecho con solución de continuidad distal y protrusión de material hemático sugerente de tejido trofoblástico. Se realizó manejo conservador, con exéresis del tejido y coagulación bipolar del lecho ovárico. De manera complementaria, se administró Metotrexato postoperatorio con el fin de optimizar la regresión del tejido remanente y prevenir recurrencias.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La paciente evolucionó favorablemente, con negativización de la β -hCG cuantitativa en tres semanas y confirmación histológica del diagnóstico mediante biopsia. Estos hallazgos respaldan que el manejo mínimamente invasivo de un embarazo ovárico por vía laparoscópica constituye una alternativa factible y eficaz, permitiendo preservar la función ovárica. Además, la administración complementaria de metotrexato puede mejorar los resultados clínicos, reduciendo el tiempo de hospitalización y disminuyendo el impacto en la fertilidad futura.

EXPERIENCIAS SOBRE LA SALUD MENSTRUAL EN PERSONAS DEL ESPECTRO AUTISTA DE UN CENTRO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA PERSONAS NEURODIVERGENTES DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Victoria Loyola Mena¹, Yolanda Contreras-García², Ingrid González-Torres³

¹Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

²Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Chile.

³Dpto de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

³ Instituto de Salud Pública. Universidad Andrés Bello. Concepción. Chile.

INTRODUCCIÓN

El autismo muestra un aumento en la prevalencia, la evidencia de eventos como la menstruación en este grupo de personas no se encuentra suficientemente documentada, aunque atraviesan los mismos hitos del desarrollo de sus pares neurotípicos.

OBJETIVO

Explorar la experiencia de la salud menstrual en personas diagnosticadas con espectro autista participantes de un centro de acompañamiento para personas neurodivergentes de la Región Metropolitana, durante el año 2025.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, exploratorio, de carácter fenomenológico. Se realizaron 13 entrevistas semiestructuradas, por saturación de discurso. Se exploraron tres categorías preliminares: vivencia de la menstruación, conocimiento y estrategias de afrontamiento, surgiendo la atención en salud. Se utilizó el software Atlas Ti versión 25. Se aplicó análisis de contenido. Aprobado por dos comités de ética.

RESULTADOS

Quienes participaron tenían una edad entre los 21 y 45 años. Se observa una interacción de la menstruación con síntomas sensoriales y funciones ejecutivas, con una experiencia negativa para un grupo importante de ellas. Existe una percepción de educación menstrual deficiente, dificultades para encontrar un producto de

gestión menstrual apropiado e invalidación de síntomas como el dolor por parte de los profesionales de salud a los que acceden.

CONCLUSIÓN

La experiencia menstrual en personas autistas es multidimensional. Se identifican brechas en la educación menstrual que afectan la comprensión y manejo del ciclo. Se necesita abordar la salud menstrual desde diversas aristas destacando la integralidad y particularidad que deben considerar quienes otorgan atención en salud.

EVALUACIÓN DEL USO DE ANESTÉSICO TÓPICO INTRACERVICAL DURANTE LA INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO MEDICADO ¿ES RELEVANTE EN LA PERCEPCIÓN DE DOLOR?

Maluenda O 1,2, Reyes B1, Maisto V1,3, González J1, Avila B1

1Unidad de ecografía ginecológica, Clínica Santa María, Santiago, Chile;

2 Departamento de Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile;

3 Unidad de ecografía ginecológica, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El dispositivo intrauterino medicado con 52mg de levonorgestrel (DIU LNG), libera 20 mcg por día, se presenta como anticonceptivo de larga duración con una tasa de fracaso de anticoncepción muy baja con una tasa de embarazo acumulado a 3 años de 0.9/100 mujeres-año. Además, por sus beneficios no anticonceptivos como la acción anti proliferativa sobre el endometrio (2), es una opción de tratamiento en paciente con adenomiosis sintomática e hiperplasia endometrial sin atipias. Durante la inserción el dolor durante el procedimiento es variable, pero se aconseja advertir a las pacientes de esto ya que algunos reportes de usuarias lo han descrito como "tormentoso" o "realmente doloroso" como lo señalan los últimos artículos en The New York Times. En respuesta a esto la CDC en los últimos meses ha actualizado sus recomendaciones enfatizando la necesidad de optimizar las estrategias de analgesia y basado en evidencia de 13 RCTs sugiere que el uso de la lidocaína tópica intracervical al 2% podría reducir la percepción del dolor sin reconocer efectos secundarios a la fecha. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la percepción del dolor utilizando esta estrategia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo transversal en un único centro de atención privada de salud por un único operador, entre enero y julio 2025. Se incluyen mujeres con indicación, cualquiera sea esta, de inserción de Mirena® independiente de su paridad y vía de parto. Se excluyeron recambios y otros tipos de DIU. Se realiza

procedimiento bajo ecografía y se utilizó lidocaína 2% tópica cervical e intracervical 2 minutos previos al pinzamiento con pozzi e histerometría y se consultó por escala visual análoga del dolor (EVA) al final la inserción.

RESULTADOS

participan en total 52 mujeres, promedio de edad 39 años (DE 7), con una mediana paridad 1 (RIQ 1-2) 16 pacientes con al menos una cesárea. El EVA reportado post procedimiento promedio fue de 2,7 (DE 1,7). Se describen 2 procedimientos frustrados: uno por OCE atrófico infranqueable y otro útero septado en ecografía pre-inserción.

CONCLUSIÓN

La inserción de DIU utilizando anestésico local es un procedimiento bien tolerado con escalas de dolor reportadas entre leve a moderado.

PIOMIOMA UTERINO REPORTE DE CASO CLÍNICO

Martin D, Atencio R, Maisto M, Campoverde P

INTRODUCCIÓN

El piomioma uterino, o leiomioma supurativo, es una complicación excepcional de los leiomiomas uterinos, la mayoría ocurren en el contexto de embarazo, puerperio o procedimientos uterinos. Se han reportado en la literatura alrededor de 75 casos de piomiomas en mujeres no embarazadas desde el año 1945. Su presentación clínica es inespecífica con síntomas que incluyen fiebre persistente, dolor abdominal o pélvico, metrorragia y secreción purulenta; en ocasiones progresa a sepsis o abdomen agudo. La tríada diagnóstica clásica descrita consiste en: presencia de mioma, cuadro séptico y ausencia de otra fuente identificable de infección.

MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una paciente hospitalizada en el Servicio de Medicina Interna por fiebre sin foco. Se realizó evaluación multidisciplinaria, estudios de laboratorio, imágenes y manejo quirúrgico con confirmación anatomopatológica.

RESULTADOS

Paciente femenina de 38 años, G2P2, antecedente de linfoma de Hodgkin tratado hace 20 años, que ingresó a servicio de medicina interna por síndrome febril prolongado de 10 días asociado a cefalea. Se realizaron diversos estudios durante 1 mes que incluyeron Laboratorio: leucocitosis (16.040), PCR elevada (250 mg/L), anemia ferropénica moderada. Hemocultivos y serologías negativas. Ecografía transvaginal mostró masa sólida intramural de 12 cm con áreas quísticas irregulares; la resonancia magnética sugirió mioma con degeneración hemorragia y colecciones inflamatorias compatibles con

piomioma por lo que se realiza histerectomía total con salpingectomía bilateral. El postoperatorio cursó sin incidencias con resolución de la fiebre, la biopsia diferida reportó Leiomioma con extensos focos supurados y focos de necrosis isquémica compatible con piomioma y endometritis focal aguda con focos de trombos en vasos venosos.

CONCLUSIONES

Considerando la rareza de la entidad y su dificultad para ser diagnosticado, cada nuevo caso aporta información valiosa para la comprensión de sus manifestaciones clínicas, hallazgos imagenológicos y estrategias terapéuticas. En nuestra paciente, el antecedente de linfoma de Hodgkin en remisión dificulta el diagnóstico inicial, ya que los síntomas se interpretaron inicialmente como posibles manifestaciones de recaída hematológica. Por lo que se resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha frente a masas uterinas en pacientes con síndrome febril prolongado, aun fuera del contexto obstétrico, y refuerza que la confirmación diagnóstica y el tratamiento quirúrgico precoz son claves para reducir la morbimortalidad.

SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER, DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y ÉXITO TERAPÉUTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Martínez DV¹, Ribbeck DA², Reyes JM³, Venegas MA⁴, Claveria AK¹.

1. Interna 7mo año, Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Santiago, Chile.
2. Ginecóloga, Salud menstrual, Ginecología endocrinológica y Menopausia, Hospital El Carmen.
3. Kinesióloga, especialista en Piso Pélvico, Embarazo y Postparto, Centro Vidamujer.
4. Ginecóloga, Ginecología endocrinológica y Menopausia, Directora Médica Centro Vidamujer.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) es una anomalía congénita poco frecuente, caracterizada por aplasia uterovaginal en mujeres con cariotipo 46,XX y desarrollo puberal normal. Su diagnóstico suele retrasarse por años desde la primera consulta por amenorrea primaria, lo que repercute de forma significativa en la salud física y psicosocial de las pacientes.

MÉTODOS

Se describe el abordaje clínico de una paciente atendida en un centro médico de la ciudad de Santiago de Chile, incluyendo revisión de antecedentes, exámenes complementarios, imágenes y manejo terapéutico, con seguimiento de la respuesta clínica y funcional.

RESULTADOS

Paciente de sexo femenino de 23 años, en estudio de amenorrea primaria desde los 12 años, con antecedentes de desarrollo puberal normal, acné e hirsutismo. Contaba con múltiples consultas ginecológicas sin diagnóstico preciso. Acude con gran repercusión psicoemocional secundario a que no ha logrado relaciones sexuales penetrativas satisfactorias siendo mujer cisgénero heterosexual. Presenta laboratorios recientes normales, salvo dislipidemia leve, presenta tres ecografías pélvicas que reportaban útero presente. Al examen ginecológico destacó canal vaginal de 1cm. Se le solicitó RMN abdominopélvica que reveló aplasia de los 2/3 proximales de vagina y ausencia de útero, confirmando síndrome de MRKH. Inició terapia médica

conservadora con dilatadores vaginales progresivos guiada por Kinesióloga de piso pélvico. Tras 6 sesiones se logró neovagina funcional de 7 cm de longitud, sin requerimiento de cirugía, con impacto positivo en la calidad de vida y bienestar de la paciente.

CONCLUSIONES

El caso presentado, con retraso diagnóstico de más de una década, ilustra cómo el síndrome de MRKH continúa siendo un desafío diagnóstico, con riesgo de impacto negativo subsecuente, afectando en la calidad de vida de las pacientes. Este reporte busca recordar la necesidad de mantener una alta sospecha clínica frente a amenorrea primaria, resaltando la relevancia de utilizar imágenes diagnósticas de alta sensibilidad, pero sobre todo busca destacar el impacto positivo de la terapia de primera línea en la salud biopsicosocial de las pacientes, permitiendo disminuir las repercusiones del síndrome de MRKH en la calidad de vida de quienes lo presentan.

CUANDO EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO ATRAVIESA LÍMITES: PERFORACIÓN INTESTINAL POR DIU, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Parra S. (1), Montecinos M. (2), Ochoa P. (2), Flores C. (3)

(1) Médico ginecoobstetra, Hospital Regional De Talca

(2) Médico cirujana, Becada Obstetricia y ginecología, Universidad Católica Del Maule.

(3) Médico cirujana, CESFAM Curanipe.

INTRODUCCIÓN

El uso de dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo eficiente, generalmente bien tolerado y ampliamente utilizado. Una de sus complicaciones, poco frecuente y potencialmente grave, es la perforación del útero y posterior migración a la cavidad abdominal. Se reporta una incidencia estimada entre 0.1% y 0.3% de perforación intestinal por DIU. La tríada clásica de presentación clínica incluye dolor abdominal, fiebre y diarrea intermitente, asociado con DIU no visible mediante ecografía transvaginal, sin embargo, aproximadamente un tercio de los casos son asintomáticos. Cuando se trata de DIU tipo T de cobre, la liberación de material de este puede producir dolor abdominal, adherencias del epiplón y perforación intestinal. A continuación, se presenta el caso un hallazgo incidental en pabellón de perforación intestinal por un DIU.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional y descriptivo tipo reporte de caso que incluye una paciente atendida en un hospital de la zona centro - sur de Chile, quien ingresó a pabellón para drenaje de absceso tuboovárico (ATO) bilateral y de forma incidental, se pesquisó perforación intestinal por un DIU.

RESULTADOS

Paciente de 30 años, múltipara de 2 cesáreas, quien se encontraba hospitalizada en unidad de medicina por pielonefritis aguda, recibiendo antibiótico endovenoso. Durante el segundo día de hospitalización inicia con fiebre, taquicardia y dolor en hipogastrio y fosa iliaca

izquierda, por lo que se solicita evaluación ginecológica. Se realiza ecografía transvaginal que describe imagen multiquística de 87x70 mm con contenido en vidrio esmerilado y otra hacia lateral posterior de 58x50x46mm y DIU desplazado. Dado hallazgos ecográficos se ingresa a pabellón donde se realiza incisión media y, una vez abierto peritoneo, se observa secreción purulenta en cavidad. Se evidencia presencia de ATO bilateral. Al aislar ATO, se observa DIU tipo T de cobre adherido y perforando ileon distal, a 20 cm de válvula ileocecal. Se realiza drenaje de ATO bilateral y se solicita evaluación por cirujano, quien realiza retiro de DIU sin dificultad y posterior cierre de defecto menor de 0.5 cm, con prueba de lumen adecuado. Paciente evoluciona satisfactoriamente, recibe tratamiento antibiótico endovenoso por 7 días con Ceftriaxona, Metronidazol y Doxiciclina, y posteriormente es dada de alta con Cotrimoxazol y Moxifloxacino por 7 días. En control postoperatorio se encontraba en buenas condiciones generales, sin dolor pélvico ni otras molestias.

CONCLUSIONES

La perforación intestinal por DIU corresponde a una complicación infrecuente de este método anticonceptivo. Muchas veces tiene un curso clínico asintomático, sin embargo, ante la presencia de dolor pélvico en pacientes usuarias de DIU, siempre es importante una ecografía transvaginal para evidenciar su presencia in útero y descartar la migración del mismo.

EXPERIENCIAS EN DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL DE MUJERES CON ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CHILE

AUTORAS: Montero A; Ramírez – Pereira M.

1. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente. Universidad de Chile.
2. Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

En general, la vivencia del duelo se encuentra influida por múltiples factores culturales, espirituales y de personalidad, destacando las tensiones vitales, la estructura y funcionalidad familiar, el tipo de apego y la relación previa con quien ha fallecido, condicionando la forma como se expresan los síntomas emocionales y conductuales asociados al proceso de duelo. El duelo gestacional correspondería a una reacción psicoemocional normal, producto de una muerte embrionaria o fetal durante cualquier etapa de la gestación. El duelo perinatal abarcaría la muerte fetal en etapa más tardía del embarazo hasta los primeros 7 días de vida. Con la Ley 21.030, emergen nuevas necesidades psicosociales relacionadas con el duelo gestacional y perinatal. El objetivo fue describir y analizar las vivencias sobre el proceso de duelo experimentado como consecuencia de una pérdida gestacional o perinatal en mujeres con acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por causal 1 o causal 2 en Chile.

MÉTODOS

Diseño cualitativo, post positivista. Se utilizó muestreo por conveniencia y en cadena incorporando informantes clave directamente vinculados/as con la IVE. Se realizó entrevista semiestructurada y análisis según Teoría Fundada de acuerdo con el enfoque de Strauss y Corbin, permitiendo la obtención inductiva de códigos, categorías y metacategorías. Fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

RESULTADOS

Derivan del proyecto Fondecyt Regular 1200374. Entre enero 2021 y junio 2023 se realizaron 74 entrevistas semiestructuradas a informantes clave de establecimientos de salud públicos, privados y de la sociedad civil. Hubo 24 participantes con cargos directivos; 21 integrantes del equipo biomédico, 20 integrantes del equipo de acompañamiento psicosocial; 5 mujeres usuarias y 4 representantes de la sociedad civil. La información corresponde a los hallazgos derivados de las experiencias de duelo de quienes experimentaron una pérdida gestacional o perinatal en el marco de la ley 21.030 y de las/los profesionales del ámbito psicosocial y biomédico que acompañaron este proceso. Los códigos que originaron las categorías “vivencias de la mujer”; “simbología del duelo” y “rituales de despedida” fueron: sentimientos y emociones; importancia de la ley; relevancia del acompañamiento psicosocial; caja de recuerdos; colibrí; estrella lila; mariposa azul; cordón umbilical simbólico; liberación y purificación de energías negativas; instancias de encuentro y conmemoración. La vivencia del duelo es una experiencia íntima y profundamente subjetiva que responde a factores emocionales y a contextos culturales, familiares y simbólicos. La pérdida gestacional o perinatal impacta a la mujer y afecta transversalmente a la familia y su entorno, demandando un abordaje integral. Se reconoce a la Ley 21.030 como instrumento que ampara jurídicamente a la mujer, posibilitando una decisión autónoma, con entrega de información para decidir y apoyo emocional como parte fundamental para superar el duelo. El uso de la caja de recuerdos fue representada como una herramienta que

junto con facilitar el abordaje y procesamiento del duelo, era una instancia para dejar fluir las emociones. La imagen del colibrí, la estrella lila, la mariposa azul, junto a otros significados, permitían identificar a quienes se encontraban en este proceso durante la hospitalización, generando empatía en el personal de salud. En los rituales de despedida aparecen diversos significados según la pertenencia étnica y el contexto cultural.

CONCLUSIONES

En el contexto de la IVE por causal 1 o 2, respecto del duelo experimentado, emerge la comprensión de este fenómeno como un proceso, donde se conjugan aspectos emocionales, cognitivos y del campo de representación. Reconocer y respetar el derecho de la mujer que decide interrumpir su embarazo y su derecho a experimentar y vivir su duelo, constituyen una parte esencial de los cuidados y el reconocimiento de la igualdad y la justicia de género.

CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS EN UN HOSPITAL PÚBLICO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Montero, B1. Collingwood-Selby, A1. Muñoz, A2. Montenegro, G2. Paoletto, F.4 Tobar, P.1,3 Vega, D.1,3 Valdés, F1,3.

1Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile. 2Internos de Medicina, Universidad de Chile. 3Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios. 4Unidad de Coloproctología, Hospital San Juan de Dios.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una condición crónica y prevalente, que impacta de manera significativa la calidad de la vida de las pacientes. La cirugía constituye un pilar fundamental en casos seleccionados, y se caracteriza por una alta complejidad técnica debido a la distorsión anatómica secundaria y, en ocasiones, la necesidad de un abordaje interdisciplinario. El objetivo de este estudio es describir las características demográficas y experiencia del manejo quirúrgico de pacientes con endometriosis en el Hospital San Juan de Dios (HSJD).

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidas a cirugía por endometriosis en el HSJD, entre el 1 de Julio del 2022 al 31 de Julio del 2025, mediante revisión de fichas clínicas y protocolos operatorios. Se recolectaron datos demográficos, datos quirúrgicos, complicaciones quirúrgicas, sintomatología pre y post quirúrgica. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se incluyeron 89 pacientes sometidas a cirugía por endometriosis, cuya edad promedio fue 37,8 años e IMC 28,8 kg/m². Los síntomas prequirúrgicos más prevalentes fueron dismenorrea (83,1%), dolor pélvico crónico (75,5%), dispareunia (60,7%) y disquecia (43,8%). El motivo más frecuente de indicación quirúrgica fue refractariedad a tratamiento médico (77,5%), seguido de

infertilidad (24,7%). El 91% de las cirugías se realizaron vía laparoscópica, sin registrarse conversiones a laparotomía. En relación a las localizaciones más frecuentes, destaca ovarios en un 60,7%, seguido de 35,9% en torus uterino o ligamentos uterosacros y un 20,2% en rectosigmoideos. En los casos con endometriosis intestinal (n=20) se realizó shaving (20%), resección discoide (30%) y resección segmentaria (50%). Según la clasificación de complejidad quirúrgica de la AAGL del 2021, un 63% de las cirugías correspondió a nivel ≥ 3 . El tiempo operatorio promedio fue de 2,6 horas, siendo significativamente mayor en casos con compromiso intestinal (4,2 hrs). La estadía hospitalaria promedio fue de 2,5 días, alcanzando 5 días en casos con compromiso intestinal. La tasa de complicaciones postoperatorios fue 7,8% (n=7), mayoritariamente Clavien-Dindo II (n=4) y IIIb (n=2).

CONCLUSIÓN

Esta serie constituye la primera descripción de la experiencia del HSJD en cirugía de endometriosis desde la conformación de esta nueva unidad. Nuestros resultados reflejan una complejidad quirúrgica progresiva, y las tasas de complicaciones son comparables con lo descrito en la literatura. El avance hacia cirugías de mayor dificultad requiere necesariamente un trabajo interdisciplinario estrecho, que permita optimizar los resultados clínicos. El seguimiento de esta cohorte permitirá evaluar la evolución a largo plazo y optimizar el manejo interdisciplinario de estas pacientes.

ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE (1): RESULTADOS CLÍNICOS DEL MANEJO MÉDICO, EXPECTANTE Y QUIRÚRGICO EN UN ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

Morales, C.1; Montero, B.2; Pereira, D.2; Montaña, C.2

(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios (HSJD), Santiago, Chile.

(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo ocurre en un 10–20% de los embarazos confirmados, siendo el 80% dentro del primer trimestre. Las opciones de tratamiento incluyen manejo expectante (ME), médico (MM) y quirúrgico (MQ). Tradicionalmente, las pacientes con grosor endometrial >15 mm post aborto son sometidas a vaciamiento uterino quirúrgico. El objetivo de este estudio fue comparar la seguridad, eficacia y resultados clínicos de los diferentes tipos de manejo en aborto de primer trimestre.

MÉTODOS

Estudio de cohorte prospectiva de 194 pacientes con diagnóstico de aborto de primer trimestre evaluadas en el HSJD (agosto 2024–agosto 2025). El MM se indicó en abortos retenidos e incluía mifepristona y dos dosis de 800 µg de misoprostol, con el objetivo de eliminar el saco gestacional. El ME se indicó en abortos incompletos, independiente del grosor endometrial. El MQ se reservó para pacientes con sangrado o dolor severo no manejable farmacológicamente, falla de MM, decisión clínica o solicitud de la paciente. Todas fueron controladas clínica y ecográficamente entre 4–6 semanas desde su consulta inicial. Este estudio contó con la aprobación del comité científico de ética del HSJD (RE 13134/2024).

RESULTADOS

76 pacientes (39.2%) recibieron MM, 63 (32.4%) ME y 55 (28.4%) MQ ($p=0.176$), sin diferencias en edad ni paridad. El antecedente de aborto previo fue más frecuente en MQ (54% vs 25% MM y 36% ME; $p=0.002$). En la consulta de ingreso, el 61.3% describió su sangrado como

moderado/severo, sin diferencias entre grupos. El dolor moderado/severo fue menor en MM (42.7%) comparado con ME (61.9%) y MQ (63.6%) ($p=0.024$). No hubo diferencias en sospecha de infección, reconsultas en urgencias ni transfusiones. Solo el grupo MQ presentó reintervenciones (5 casos; $p=0.0015$). Al alta, un grosor endometrial >15mm se observó en 26.3% de MM y 34.8% de ME, sin diferencias significativas ($p=0.65$). La mediana de días al segundo control fue 30 (IQR 14). La duración del sangrado descrito por las pacientes durante fue menor en duración en MQ (media 6 días) comparado con ME (11 días) y MM (9 días) ($p=0.045$), pero clasificado como ausente/leve en el 70% de todas las pacientes. Ecográficamente, se observaron restos persistentes en 64 pacientes (33%), que corresponden a 47.2% de los MM, 33.3% de los ME y 22.4% de los MQ, con diferencia significativa entre MM y MQ ($p=0.007$). En el seguimiento clínico, la presencia de restos ovulares no se asoció con diferencias significativas en la duración o cuantía del sangrado, ni en la intensidad del dolor, en comparación con las pacientes sin restos. En un tercer control (mediana 86 días) de pacientes con restos persistentes, 86% de las pacientes ya no presentaba restos identificables a la ecografía.

CONCLUSIONES

El manejo médico y expectante del aborto de primer trimestre se confirma como alternativa segura y confiable, con baja tasa de complicaciones y resultados comparables al manejo quirúrgico, evitando hospitalización, pabellón y reintervenciones. En esta cohorte,

aplicar el punto de corte clásico de grosor endometrial >15 mm habría llevado a 31 procedimientos quirúrgicos innecesarios, todos con evolución favorable sin cirugía. Además, la observación ecográfica de restos persistentes no se tradujo en repercusión clínica y la gran mayoría tuvo resolución espontánea en controles posteriores, reforzando que la cirugía debe reservarse solo para casos seleccionados o complicados y no solo por un hallazgo ecográfico.

ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE (2): PREVALENCIA Y RELEVANCIA CLÍNICA DEL AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN MIOMETRIAL.

Morales, C.1; Pereira, D2; Montero, B2; Montaña, C.2

(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios (HSJD), Santiago, Chile.

(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La pérdida temprana del embarazo ocurre en un 10–20% de los embarazos confirmados, siendo el 80% dentro del primer trimestre. Un hallazgo ecográfico frecuente en este contexto es el aumento de vascularización miometrial (AVM), caracterizado por vasos de neoformación con trayectorias tortuosas y velocidades elevadas (>20 cm/sg), generalmente asociado a restos ovulares persistentes. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de AVM en pacientes con aborto de primer trimestre y describir sus características clínicas y ecográficas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en 184 pacientes con diagnóstico de aborto de primer trimestre evaluadas en el HSJD entre agosto de 2024 y agosto de 2025. Se realizó un control clínico y ecográfico entre 4 y 6 semanas desde la consulta inicial, independientemente del tipo de manejo recibido —médico (MM), expectante (ME) o quirúrgico (MQ)—. Se evaluó específicamente la presencia o ausencia de AVM y, en los casos positivos, se registró el peak sistólico (cm/sg). Asimismo, se compararon las características clínicas y ecográficas de las pacientes. Este estudio contó con la aprobación del comité científico de ética del HSJD (RE 13134/2024).

RESULTADOS

En el control a las 4–6 semanas (mediana 30 días), 62/184 pacientes (33,7%) presentaron persistencia de restos ovulares identificables ecográficamente. Estos restos se observaron en un 47,2% de los casos manejados con

MM, en 33,3% de los ME y en 22,4% de los MQ, con diferencia significativa entre MM y MQ ($p=0,007$). El AVM se observó en el 79% (49/62) de las pacientes con restos ovulares, en contraste con solo un 6,1% (7/114) de aquellas sin restos ($p<0,001$). Durante el seguimiento clínico, la presencia de AVM no se asoció con diferencias significativas en la duración del sangrado (mediana 7 días [IQR 3–14] vs 7 días [IQR 2–20]; $p=0,98$), cuantía del sangrado calificado como moderado/severo (28,3% vs 23,1%; $p=0,986$) ni presencia de dolor (23,9% vs 46,2%; $p=0,166$), en comparación con las pacientes sin AVM. Tampoco se observaron diferencias en el tamaño de los restos (diámetro máximo promedio: con AVM 19,6 mm vs sin AVM 19 mm; $p=0,79$). El peak sistólico promedio fue 30 cm/sg (rango 10–83), sin relación con la clínica ni con la evolución de las pacientes. En el tercer control (mediana 85 días), se evaluaron 22 de 49 pacientes con AVM, de las cuales 18 (82%) presentaron remisión espontánea. De las 4 que persistían con AVM, 2 acudieron a un cuarto control (media 107 días), y en ambas el AVM se había resuelto completamente. Además, se controlaron 4 de 7 pacientes con AVM sin restos ovulares identificables y en todas se observó remisión espontánea.

CONCLUSIONES

El AVM se observó como un hallazgo muy frecuente en pacientes con restos ovulares persistentes, lo que sugiere que puede considerarse prácticamente un fenómeno fisiológico posterior a un aborto. Su presencia mostró una fuerte correlación con la persistencia ecográfica de restos, pero no se asoció con diferencias

clínicas en cuanto a dolor, sangrado o evolución respecto de las pacientes sin AVM. La mayoría de los casos presentó resolución espontánea en los controles posteriores, lo que refuerza que el manejo expectante debe ser la conducta de elección. El peak sistólico podría aportar como apoyo diagnóstico ante la sospecha de AVM, aunque no se relacionó con la clínica ni con el pronóstico. En este sentido, la presencia de AVM no debiese considerarse como un hallazgo de mayor preocupación, sino como parte del espectro de la evolución esperable tras un aborto de primer trimestre.

ABORTO DE PRIMER TRIMESTRE (3): PERCEPCIÓN Y SATISFACCIÓN USUARIA SEGÚN MANEJO.

Morales, C.1; Montero, B2; Pereira, D2; Montaña, C.2

(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios (HSJD), Santiago, Chile.

(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo ocurre en un 10–20% de los embarazos confirmados, siendo el 80% dentro del primer trimestre. Las opciones de tratamiento incluyen manejo expectante (ME), médico (MM) y quirúrgico (MQ). El aborto constituye un problema de salud pública que no solo implica una elevada demanda de atención médica, sino también consecuencias emocionales, familiares y sociales que impactan en la calidad de vida de las pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la experiencia de las pacientes durante el proceso de aborto de primer trimestre y explorar la percepción global de la atención recibida.

MÉTODOS.

Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en 163 pacientes con diagnóstico de aborto del primer trimestre atendidas en el HSJD entre agosto de 2024 y agosto de 2025. Independientemente del tipo de manejo recibido, todas fueron controladas clínicamente entre 4 y 6 semanas después de la consulta inicial. En dicho control, se aplicó una encuesta autoaplicada de satisfacción usuaria que evaluó la percepción respecto al manejo del dolor, posibilidad de acompañamiento, entrega de información, privacidad durante la atención, calidad de la atención y seguimiento. Para el análisis estadístico, las respuestas se categorizaron en tres niveles: “Malo”, “Regular” y “Bueno”. Se compararon los resultados según el tipo de manejo recibido. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Científico del HSJD (RE 13134/2024).

RESULTADOS.

La edad promedio de las pacientes fue de 30.7 años ($DE \approx 6.9$), con un rango de 15 a 44 años. En cuanto a antecedentes reproductivos, el 34% eran nulíparas y el 66% multíparas, sin diferencias significativas entre los grupos de manejo. El uso global de métodos anticonceptivos (MAC) antes del aborto fue de 30%, sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0.133$). Asimismo, el 37.2% refirió que el embarazo fue planificado y el 68.9% manifestó deseo de un embarazo posterior, sin diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de manejo ($p > 0.05$). La satisfacción de las usuarias fue predominantemente positiva en todas las dimensiones evaluadas. A nivel global, el manejo del dolor fue calificado como “Bueno” en el 92% de los casos, el acompañamiento en 95%, la entrega de información en 94%, la privacidad en 89%, la calidad de la atención en 96% y el seguimiento en 97%. Las respuestas “Regular” oscilaron entre 3% y 10%, mientras que las evaluaciones “Malo” fueron excepcionales ($< 3\%$), observándose principalmente en manejo del dolor (3.2% en MM y 4.3% en MQ), en entrega de información (1.6% en MM) y en calidad de la atención (1.9% en ME). El análisis comparativo entre los grupos (MM, ME y MQ) no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones ($p > 0.05$), lo que sugiere que la percepción de la atención fue similar en los distintos tipos de manejo.

CONCLUSIONES.

Las pacientes con aborto espontáneo de primer trimestre reportaron una experiencia globalmente positiva

respecto a la atención recibida, con altos niveles de satisfacción en todas las dimensiones evaluadas. No se observaron diferencias significativas según el tipo de manejo, lo que indica que la percepción de la calidad de la atención fue similar entre los grupos. Estos resultados refuerzan la importancia de mantener un enfoque clínico que combine la eficacia del tratamiento con una atención integral y humanizada, capaz de responder a las necesidades emocionales y psicosociales de las pacientes.

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS CRITERIOS ECOGRÁFICOS EN ADENOMIOSIS: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

Morales, C.1; Crovo, E.1; Joublan, P. 2; Concha, P. 2; Ebner, P. 2; Montero, B.2

(1) Unidad de Ecografía Ginecológica, Hospital San Juan de Dios (HSJD), Santiago, Chile.

(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia Sede Occidente, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La adenomiosis es una patología ginecológica frecuente que impacta la calidad de vida y la fertilidad de mujeres en edad reproductiva. El consenso MUSA propone criterios ecográficos directos (quistes miometriales, estrías e islotes hiperecogénicos) e indirectos (útero globuloso, asimetría de paredes, irregularidad de la interfaz endometrio-miometrio, sombras en abanico y vascularización translesional) para su diagnóstico. Sin embargo, no existe un consenso estandarizado ni evidencia suficiente sobre su validez prospectiva para un correcto diagnóstico. El objetivo de este estudio fue evaluar el rendimiento de dichos criterios en el diagnóstico de adenomiosis mediante ecografía transvaginal.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo entre diciembre de 2022 y diciembre de 2023 en la Unidad de Ecografía Ginecológica del HSJD. Se evaluaron de manera dirigida los criterios ecográficos directos e indirectos de adenomiosis definidos por consenso MUSA, incluyendo en la cohorte a todas las pacientes con al menos un signo positivo. Se recopilaban antecedentes clínicos y demográficos, y se efectuó seguimiento para identificar a aquellas sometidas a histerectomía en los 6 meses posteriores, obteniendo el diagnóstico histopatológico como estándar de referencia. Se calcularon indicadores de desempeño diagnóstico y se aplicaron modelos de regresión y algoritmos de clasificación (random forest) para explorar combinaciones de signos predictivos. El estudio fue aprobado por el Comité Científico de Ética del HSJD (RE 08064/2023).

RESULTADOS

De las 2.967 ecografías realizadas, 456 (15,3%) mostraron al menos un signo de adenomiosis. En total, 345 pacientes fueron sometidas a histerectomía, de las cuales 155 (44,9%) presentaron adenomiosis histológica; la ecografía detectó correctamente 95 casos (62%). Las pacientes diagnosticadas fueron en su mayoría sintomáticas (69% sangrado uterino anormal, 59,6% dismenorrea y 26,3% dolor pélvico crónico), de menor edad que las no pesquiasadas (46,9 vs. 54,8 años; $p < 0,01$) y con mayor volumen uterino (99,5 vs. 81 cc; $p < 0,01$). Los signos más frecuentes fueron miometrio heterogéneo (99,1%), estrías hiperecogénicas (82,6%) y zona Z irregular (61,8%). La ecografía alcanzó una exactitud del 96% (sensibilidad 72%, especificidad 94%, VPP 93%, VPN 75%). El modelo de regresión mostró un aumento en la probabilidad de diagnóstico en presencia de quistes miometriales (44%), estrías hiperecogénicas (41%) e islotes hiperecogénicos (56%). El algoritmo de random forest confirmó que los signos directos fueron los predictores más relevantes, con capacidad de diagnóstico de hasta 78%, mientras que los signos indirectos no mostraron valor discriminativo.

CONCLUSIONES.

Nuestros resultados sugieren que la ecografía transvaginal permite un abordaje diagnóstico más eficiente de la adenomiosis al enfocarse dirigidamente en los signos directos, con buen rendimiento en términos de exactitud y valor predictivo. Factores como la edad avanzada, el estado menopáusico, el menor volumen uterino y la coexistencia de otras patologías ginecológicas actuaron

como elementos confundentes que limitaron la sensibilidad del método, lo que refuerza la necesidad de validar criterios estandarizados y explorar estrategias diagnósticas complementarias. Asimismo, la consideración de variables clínicas como sangrado uterino anormal, dismenorrea y dolor pélvico crónico puede aumentar la certeza diagnóstica y contribuir a una evaluación integral de la paciente en la práctica clínica.

CONTROL MEDICO GINECOLÓGICO , EVIDENCIA DE LA EXPERIENCIA

Autores : Muñoz J.F.1,2 Monsalve L.P.2 ; 2, Caballero M.A.3

1. Universidad Católica de la Santísima. Concepción; CHILLÁN. 2. Hospital Clínico Herminda Martín, CHILLÁN. 3. Laboratorio Andrología FERTILAB, CHILLÁN.

INTRODUCCIÓN

Clásicamente el ginecólogo se ha convertido en el médico de cabecera de la mujer , siendo quien la acompaña desde el inicio de la vida reproductiva , hasta la senectud. Clásicamente se le recomienda , el control “preventivo anual”, donde el medico ejerce estrategias de control de salud global , mas alla del resorte ginecológico. Tal vez este control periódico , sea una de las variables que contribuyen a que la salud de las mujeres comparativamente sea mucho mejor que la de los hombres . En esta contribución , describiremos una propuesta de control medico de la mujer ,estandarizado , en base a la mejor evidencia disponible.

OBJETIVO

Presentar una propuesta de control médico de mujer estandarizado por grupos etarios , que permita mejorar la calidad de vida de la mujer, con estrategias de prevención fáciles de implementar en consulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción de los resultados de 647 “ Controles Medico Ginecológico ” estandarizados realizados en consulta privada , durante año 2024. Dicha estandarización se basa en las patologías mas prevalentes en nuestro país y fomento de su pesquisa precoz . Grupo 15-20 años: Estilo de vida saludable , IMC , búsqueda dirigida de acantosis e IR , Riesgo Cardiovascular en base a anamnesis y antecedentes familiares . Recomendaciones sobre anticoncepción , y evaluar vacuna de HPV. Eco Ginecologica Abdominal y evaluacion de vesicula por ultrasonido en consulta, Educacion sobre patologia

mamaria y autoexamen. Grupo 20-30 años : Pesquisa de Clamidia en cuello uterino (PCR o IFI) además de PAP si corresponde , Evaluar método Anticonceptivo si lo requiere . IMC y Presion Arterial. Primera ECO TV evaluación anatomía. Examens físico de mamas. Grupo 30-40 años : Evalaución ecografica en consulta de Colelitiasis , Desde los 35 años , PCR para HPV , fomento de la Maternidad y evaluar reserva ovárica desde los 34 años. Pesquisa de Hipotioridismo con TSH , T4libre e Insulinorresistencia y/o Diabetes Mellitus. Niveles de Vitamina D .Fomentar Criopreservacion de oocitos en mayores de 35 años. Grupo 40-50 años : Recordar que se esta terminado vida reproductiva , opción de OVODON , Evalaucion de riesgo cardiovascular (PA , Perfil lipidico , PA) . Fomentar embarazo con ovulos propios antes de los 42 años . Mamografía y Ecotomografía mamaria. Evalaución ginecológica con ECO TV . Evaluar necesidad de TRH(Terapia de Reemplazo Hormonal). Grupo 50-60 años . Inicio de Menopausia , evaluar continuidad TRH, pesquisa de Canceres prevalente en Chile. Sangre Oculta en Deposiciones para pesquisa de Cáncer de Colon y Ag para Helicobacter pilori en deposiciones ,pesquisa de Cancer Gástrico. Grupo 60 y mas: Densitometria Osea. Fomentar control en Geriatria desde los 70 años.

RESULTADO

Con esta propuesta hemos pesquisado 38 (5,8% del total de pacientes) pacientes con colelitiasis , todas en el grupo mayor de 30 años, con un 100% de concordancia con la ecografia formal , 6 paciente con Chlamydia (8% del grupo menor de 30 años) , 9% de HTA en grupo mayor

de 40 años , 5,5 % de prevalencia de Sangre Ocula en Deposiciones al igual que mismo porcentaje para prevalencia de Helicobacter pilori . Solo hemos identificado 1 caso de polipo de colon atípico, sin pesquisa de cancer en este tamaño muestral.

CONCLUSIONES

Creemos que la estandarización del "Control Ginecológico preventivo" es vital , y adecuarlo a la realidad nacional es lo mas adecuado . Esta estrategia podrá redundar en una mejor calidad de vida para nuestras pacientes, dándole un rol mas Integral a la consulta médica Ginecológica.

IMPACTO DE LA DERIVACIÓN MÉDICA EN HALLAZGOS ECOGRÁFICO DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: CÓMO OPTIMIZAR UNA ADECUADA DERIVACIÓN.

Muñoz E1, Dauvergne J1, Pey O2, Escobedo E1, Catalan C1, Celle C1.

1. Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la endometriosis ha cobrado relevancia en los últimos años, favoreciendo diagnósticos más precoces y reduciendo el retraso diagnóstico. En nuestro centro, las ecografías para endometriosis profunda aumentaron de 61 en 2019 a 101 en 2023. Dada su disponibilidad limitada, es clave una derivación óptima que maximice su rendimiento y costo-efectividad. Este estudio compara la tasa de positividad según el perfil del médico derivador y los síntomas principales de las pacientes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal retrospectivo en la Red de Salud UC Christus, incluyendo todas las ecografías de endometriosis profunda realizadas entre 2019 y 2023, excluyendo controles con diagnóstico previo. Las pacientes se clasificaron según el médico derivador: equipo de endometriosis UC versus ginecólogos de otras áreas o centros. El desenlace principal fue el hallazgo de endometriosis profunda. Para la comparación se utilizó test de chi cuadrado, con significancia a un valor $p < 0,05$, y se estimó el RR con su IC95%.

RESULTADOS

Se analizaron 268 ecografías de endometriosis profunda. De ellas, 102 fueron solicitadas por el equipo de endometriosis y 166 por otros ginecólogos. La mediana de edad de las pacientes fue de 33 años (IQR 29-39), la mediana de paridad es de 0 [IQR 0-1]. La positividad fue significativamente mayor en las derivaciones de especialistas: 50,0% (51/102) versus 33,1% (55/166), con RR=1,5

(IC95%: 1,13-2,02; $p=0,006$). Del total de pacientes derivadas el 77% tenía dismenorrea como síntoma principal, siendo el grupo de no especialistas el grupo con mayor derivación con esta sintomatología, pero sin diferencia significativa vs especialistas 81% vs 74% (IC -5.3 - 20.0). Por otra parte, en las pacientes con endometriosis confirmada los principales síntomas asociados fueron la dismenorrea 67%, disquexia 24.5%, Dispareunia 39.6% y disuria catamenial un 3%, con hasta un 10% de asintomáticas.

DISCUSIÓN

La positividad de la ecografía de endometriosis profunda fue significativamente mayor en derivaciones de especialistas, lo que refleja una mejor selección clínica inicial y un enfoque más integral, considerando síntomas más allá de la dismenorrea. A su vez, destaca el aumento de derivaciones desde ginecólogos generales, lo que demuestra una mayor conciencia sobre el impacto de la endometriosis en la calidad de vida de las pacientes y constituye un paso importante para reducir el retraso diagnóstico. No obstante, para optimizar el uso de la ecografía especializada y evitar la sobrecarga de este recurso, es fundamental avanzar en protocolos de derivación estandarizados. En pacientes con dismenorrea primaria o síntomas inespecíficos, la primera línea debiese incluir una anamnesis dirigida, examen físico y ecografía ginecológica general protocolizada. La incorporación del sliding sign en la ecografía rutinaria podría actuar como herramienta de triage, aumentando la sospecha de endometriosis profunda y favoreciendo una

derivación más dirigida a estudios especializados.

CONCLUSIÓN

La mayor concientización sobre la endometriosis ha permitido mejorar la detección y reducir el retraso diagnóstico. Sin embargo, el aumento en las solicitudes de ecografía para endometriosis profunda muestra tasas de detección optimizables. Se requieren protocolos estandarizados que incluyan examen físico y ecografía ginecológica general, favoreciendo estrategias costo-efectivas para la pesquisa de esta patología.

EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Autores: Vergara, MJ¹, Almeida, J², Neumann, F³, Pertossi, E², Urzúa, MA².

1. Departamento de Obstetricia, Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
2. Departamento de Ginecología, Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile
3. Residente de tercer año Ginecología y Obstetricia, Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN

El embarazo cornual (EC) corresponde al embarazo ectópico (EE) que se implanta en el cuerno uterino o porción intersticial de la trompa de Falopio. Es infrecuente, pero se asocia a importante mortalidad materna. Su manejo es controversial.

CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años, primigesta, con antecedente de endometriosis, salpingectomía izquierda y sección parcial de trompa derecha, en tratamiento de infertilidad. Cursando embarazo de 7+1 semanas por fertilización in vitro, se diagnostica un EC, con β -hCG en sangre de 43501 mUI/mL, y ecografía con embrión de 6 mm con latidos cardiorfetales (+) en cuerno uterino derecho. Se hospitaliza para resolución quirúrgica mediante laparoscopia. Como hallazgos intraoperatorios destaca extenso proceso adherencial a nivel pélvico, útero aumentado de tamaño de 12 cm y volumen cornual derecho de 4 cm, reblandecido, compatible con EC derecho. Se procede a realizar resección de EC. Se inyecta vasopresina en el miometrio adyacente y se realiza sutura en jareta con Vicryl #1.0 en zona circundante, que se cierra a tensión para control hemostático. Se realiza incisión en losanjo de 4 cm sobre zona de EC, dando salida a tejido trofoblástico, que se extrae en endobag vía umbilical. Se completa cirugía sin incidentes. En el postoperatorio evoluciona favorablemente. Es dada de alta al día siguiente con β -hCG en descenso (17114 mUI/ml tomado 6 horas post cirugía). Se mantiene en seguimiento

semanal con β -hCG, que negativiza a los 45 días post cirugía. Resultado de biopsia informa restos ovulares con cambios hidrópicos, sin signos de infección ni enfermedad trofoblástica gestacional.

DISCUSIÓN

El EC se asocia a morbimortalidad significativa, por lo que es importante tener un alto índice de sospecha y realizar un diagnóstico precoz. Las terapias de reproducción asistida e infertilidad por factor tubárico son un factor de riesgo para presentar esta patología. El signo de la línea intersticial sería un criterio sensible y específico para su diagnóstico. El manejo debe considerar la presentación clínica, edad gestacional, contraindicaciones a la terapia farmacológica, deseo de fertilidad y las preferencias de la paciente. El abordaje quirúrgico laparoscópico es una opción mínimamente invasiva y cada vez más disponible para el manejo de esta patología. Las técnicas hemostáticas utilizadas, permitieron minimizar las pérdidas sanguíneas.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico del embarazo cornual es un desafío, por lo que se debe tener alto nivel de sospecha y conocer sus factores de riesgo. El manejo quirúrgico por laparoscopia requiere experticia y adecuado control de la hemostasia. El seguimiento de estas pacientes es fundamental.

CUANDO LO BENIGNO SE DISFRAZA DE MALIGNO: SÍNDROME DE MEIGS EN ADOLESCENTE, REPORTE DE CASO

Velásquez, F.2, Bustos, J.1 Krumenaker, V.1. Godoy, M.1, Carstens, C.2 Norambuena, C.3

Norambuena, C.3 1Interna de Medicina, Universidad Finis Terrae; 2Residente de Ginecología y obstetricia universidad Finis Terrae; 3Ginecóloga y obstetra del Hospital El Carmen de Maipú.
Institución de afiliación: Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Meigs, una patología infrecuente e inusual antes de la tercera década de vida. Se caracteriza por ascitis, derrame pleural y tumor ovárico sólido benigno (principalmente fibromas), cuyos síntomas remiten tras la resección quirúrgica. Alrededor de un 1% de los tumores ováricos pueden producir este síndrome. En ocasiones, su diferenciación de tumores malignos puede ser dificultoso. Si bien su aproximación diagnóstica es clínica-imagenológica, el diagnóstico definitivo es histológico.

MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente sana, 17 años, que consulta a urgencias por 4 días de constipación, dolor y distensión abdominal, asociado a inapetencia y taquipnea. Se solicita tomografía de abdomen y pelvis que evidencia extensa ascitis, derrame pleural bilateral e imagen densa redondeada anterior al útero parasagital derecha, sospechosa de hematoma o quiste complejo anexial. La ecografía transvaginal y abdominal evidenció una lesión ovárica sólida derecha de 100x86x82 mm, vascularizada y que se describe de aspecto maligno. La edad de la paciente orientó inicialmente sospecha de disgerminoma, sin embargo, los marcadores tumorales mostraron Ca125: 1951 U/ml. Se deriva a centro con ginecología oncológica, donde se realizó anexectomía derecha con linfadenectomía pélvica y lumboaórtica, con drenaje de 4 litros de ascitis y resección del tumor ovárico sólido, cuyo estudio histopatológico confirmó fibroma celular mitóticamente activo de 11,5 cm. Evoluciona

favorablemente, con resolución total de los síntomas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El síndrome de Meigs es infrecuente, especialmente en jóvenes dada su baja prevalencia de fibromas. Puede simular una patología maligna, sin embargo, la resolución completa del cuadro tras la cirugía (tratamiento de elección) y el estudio histopatológico confirman el diagnóstico. Este debe incluirse como diagnóstico diferencial una vez descartada la malignidad. El caso resalta la importancia de una evaluación clínica e imagenológica integral para un diagnóstico y manejo terapéutico adecuado.

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

INCIDENCIA DE ENDOMETRIOSIS SOBREINFECTADOS ANTE EL DIAGNÓSTICO DE ABSCESO TUBOOVÁRICO (ATO) EN EL HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ, 2024-2025

Norambuena C.(1), y Castro C.(2), _Carstens C._(2), García F.(2)

(1) Residente de Ginecología y obstetricia Hospital El Carmen de Maipú; (2) Becado Ginecología obstetricia Universidad Institución de afiliación: Universidad Finis Terrae.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como una enfermedad caracterizada por el crecimiento de células del epitelio endometrial fuera del útero, causando dolor y/o infertilidad, con una incidencia del 1-11 % de la población a nivel mundial. En Chile se estima que hay entre 300-400 mil personas que la padecen. Tiene un impacto en la calidad de vida y se presenta de forma variable, pudiendo ser oligosintomática hasta tener síntomas severos y complicaciones. El endometrioma se asocia a endometriosis profunda hasta en un 70 %, con una incidencia mundial entre el 17-44 %. Los endometriomas pueden complicarse con sobreinfección hasta en un 2 % y simular un absceso tubo ovárico (ATO), lo que dificulta el diagnóstico inicial y condiciona el manejo. Conocer su incidencia permite optimizar estrategias diagnósticas y terapéuticas.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital El Carmen de Maipú entre enero de 2024 y junio de 2025. Se revisaron los registros clínicos de pacientes con diagnóstico inicial de ATO confirmado por criterios clínico-imagenológicos y manejo hospitalario.

RESULTADOS

De un total de 45 pacientes diagnosticadas con enfermedad inflamatoria pélvica que se operaron, 7 se asociaron a endometriomas sobre infectados, lo que representa una frecuencia local del 15,6 % (IC 95 %: 5,0-26,1 %). En este subgrupo se registraron diversas complicaciones: una paciente presentó colección pélvica, otra desarrolló

tromboembolismo pulmonar, una tercera requirió hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis y otra una histerectomía total, lo que implicó traslado a la unidad de cuidados intensivos y aumentó la estancia hospitalaria de 3 a 6 días, del total de 7 operadas 2 requirieron reintervención, lo que corresponde a una incidencia de 28.6%. Del total de casos, solo 4 tenían el diagnóstico preoperatorio confirmado de endometriosis.

CONCLUSIONES

En el periodo analizado se identificó una incidencia del 15,6 % de endometriomas sobreinfectados entre los casos inicialmente catalogados como ATO, muy superior al 2 % reportado a nivel mundial. Este hallazgo enfatiza la importancia de una evaluación diagnóstica rigurosa que permita distinguir oportunamente ambas entidades y, de este modo, orientar un manejo terapéutico más preciso y efectivo.

CESÁREA EN PACIENTE CON VEJIGA NEUROGÉNICA Y CIRUGÍA DE MITROFANOFF

Autores: Olea, M., Catalán A., Pinochet T., Veliz V., Lattus J.,

Hospital Santiago Oriente Dr Luis Tisné Brousse

INTRODUCCIÓN

La cirugía de Mitrofanoff fue descrita en 1980, como una alternativa a la cateterización vesical por vía uretral, para el manejo de la vejiga neurogénica. Este procedimiento consiste en la creación de una estoma con injerto de apéndice, tubas uterinas o intestino delgado a la pared abdominal asociado o no a una cirugía de ampliación vesical. Esta cirugía muy frecuentemente es realizada en la infancia dentro del manejo de lesiones medulares, malformaciones del aparato genitourinario o defectos del cierre del tubo neural como el mielomeningocele y espina bífida. En muchos casos, estas pacientes mantienen su capacidad de sostener un embarazo, por lo que el manejo preconcepcional, controles del embarazo y la decisión de la vía de parto debe ser manejados por un equipo multidisciplinario.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de reportes de caso y descripción de antecedentes de paciente derivada a Unidad de Cirugía Obstétrica Programada del Hospital Luis Tisné Brousse.

RESULTADO

Es derivada por patología fetal desde la red asistencial paciente de iniciales C.A.A. de 29 años, primigesta, cursando embarazo de 37 semanas con antecedente de Diabetes pregestacional, Espina bífida operada, Vejiga neurogénica operada (Cirugía de Mitrofanoff en Hospital Exequiel González Cortés), Escoliosis operada, displasia de cadera y feto con cardiopatía fetal compleja, para completar estudio y realizar manejo y resolución

del embarazo. Dada la complejidad de manejo de esta paciente, y que es la primera experiencia con paciente con estas características derivada a nuestro establecimiento, se realizó una revisión en la literatura para planificar el abordaje quirúrgico. Existe escasa evidencia internacional y no existen casos reportados a nivel nacional, por lo que se presenta la experiencia del Hospital Luis Tisné, a partir de la exposición de un caso clínico documentado con imágenes, como orientación para otros centros a nivel nacional. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CONCLUSIONES

Las derivaciones urinarias continentes son parte del manejo de la vejiga neurogénica y la mejora en la calidad de vida de las pacientes. Es fundamental el adecuado seguimiento y manejo en las gestaciones por un equipo multidisciplinario con el objetivo de una adecuada planificación quirúrgica y obtener los mejores resultados perinatales posibles.

HISTERECTOMÍA VAGINAL AMBULATORIA: EXPERIENCIA CLÍNICA DURANTE LOS AÑOS 2023-2024 EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR, CHILE.

Opazo B. J, Bravo O. E, Carrillo M. L, Mincez R. S.

Servicio de Ginecología. Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del mar, Chile.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las cirugías ginecológicas más frecuentes en Chile y el mundo. La vía vaginal ha demostrado ser la mejor técnica para extirpar el útero por patología benigna. Varios estudios han demostrado que la histerectomía vaginal es factible de ser realizada en forma ambulatoria en aquellos centros que cuentan con la experiencia por esa vía, ya que es segura, de bajo costo y con bajas cifras de reingreso. Nuestro servicio tiene reconocida pericia en ella, por lo que sometimos a un grupo de pacientes a histerectomía bajo esta modalidad. El objetivo de esta publicación es reportar nuestra experiencia en histerectomía vaginal ambulatoria en un hospital público.

MÉTODOS

Reclutamiento prospectivo de pacientes con indicación de histerectomía por vía vaginal por patología benigna y que cumplieran los criterios para cirugía mayor ambulatoria, registrando las variables quirúrgicas y demográficas en el servicio de Ginecología del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, Chile. El único criterio de exclusión utilizado fue tamaño uterino mayor al equivalente a 15 semanas de gestación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital.

RESULTADOS

Entre mayo de 2023 y septiembre de 2024, 134 pacientes que reunieron los criterios para Cirugía Mayor Ambulatoria fueron reclutadas y sometidas a histerectomía vaginal, de las cuales 10 fueron con asistencia laparoscópica. La edad promedio fue 44,7 años, la mayor de

66 años. El IMC fluctuó entre 19 y 36,5 con un promedio de 28,3. Ocho pacientes (6%) eran nulíparas y el 46,3% tenía el antecedente de cicatriz de cesárea previa, entre 1 y 4. De ellas, 33 (53,2%) además tuvieron a lo menos un parto por vía vaginal. La anestesia empleada fue regional (raquídea) en el 91,8% de las pacientes, en 11 la intervención se efectuó con anestesia general, diez de ellas, por requerir asistencia laparoscópica. El tiempo operatorio promedio fue de 69 minutos con un rango de 29 a 144 min. La estadía postoperatoria promedio fue de 20,5 horas. El diagnóstico principal fue Adenomiosis, Miomatosis uterina y Pólipo Endometrial en el 86,6% de los casos (116 pacientes). Sólo 11 pacientes (8,2%) presentaron complicaciones quirúrgicas, 6 hematomas o absceso de cúpula, 1 hemoperitoneo post histerectomía que requirió reintervención, 2 lesiones vesicales reparadas en el mismo acto quirúrgico y 2 pacientes reingresadas por dolor. No hubo conversiones a vía abdominal en esta serie.

CONCLUSIÓN

Podemos definir que la histerectomía vaginal ambulatoria es factible de realizar con muy buenos resultados en pacientes seleccionadas y que reúnen los criterios de cirugía mayor ambulatoria, muestra seguridad, bajo reingreso y alta satisfacción, manteniendo beneficios de menor estancia y costos.

TERATOMA EN PACIENTE TRANS OPERADO: LA IMPORTANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Pailamilla I. (1), Tapia J. (2), Zavala M. (1), Rubio C. (1), Blamberg A. (1)

1. Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

2. Ginecólogo Oncólogo, Clínica Dávila, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

Los teratomas maduros son los tumores de células germinales más frecuentes del ovario, representando aproximadamente el 20% de todas las neoplasias ováricas y hasta el 70% de los tumores germinales benignos en mujeres en edad reproductiva [1]. El diagnóstico luego de una salpingooforectomía bilateral (SOB) es muy raro. Generalmente se considera como síndrome de remanente ovárico (SRO) [2]. En estos casos, persiste tejido ovárico residual luego de la cirugía, pudiendo originar distintos tumores, desde quistes funcionales a neoplasias. [3,4]

aún en pacientes aparentemente sin ovarios. Es importante recordar que las patologías ginecológicas pueden darse en pacientes trans masculinos, las cuales pueden pasar desapercibidas luego de ser operados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente trans masculino de 58 años, con antecedente de histerectomía total con SOB, faloplastia y prótesis testiculares. Consulta por historia de larga data de dolor abdominopélvico. Al examen físico abdominal sin hallazgos. Se solicita resonancia de pelvis, la cual informa lesión quística compleja en excavación pelviana, de 7,1 x 5,5cm, con caracteres de teratoma. Se decide realizar laparoscopia exploratoria, en la cual se evidencia tumor sobre cúpula vaginal, no relacionado a órganos pélvicos. Al extraer, se constata salida de sebo y pelos. Biopsia informa hallazgos histológicos compatibles con teratoma quístico maduro. No se observan atipias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La aparición de un teratoma luego de una SOB es un hallazgo muy raro, probablemente secundario a un SRO. Este caso destaca la necesidad de considerar esta entidad como diagnóstico diferencial de masas pélvicas,

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MIOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pailamilla I. (1), Blamberg A. (1), Rubio C. (1), Zavala M. (1), Lynch E. (2)

1. Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

2. Ginecóloga Obstetra, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

Los miomas son la neoplasia uterina más común en la mujer. Generalmente asintomáticos, pero según tamaño y ubicación pueden causar síntomas. Producen alteraciones del ciclo menstrual, dispareunia, dolor pélvico y otros (1). Los de gran tamaño causan síntomas compresivos como constipación, tenesmo o retención urinaria. En ocasiones, los casos atípicos pueden confundirse con sarcomas uterinos. Estos son tumores malignos poco frecuentes. Se sospechan principalmente frente a tumores de rápido crecimiento (2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 39 años, usuaria de DIU, con historia de gran lesión abdomino-pélvica de 6 años de evolución. Consulta por salida de pus desde pared abdominal supraumbilical. Al examen físico hemodinamia estable, afebril. Abdomen muy distendido, se palpa masa abdominal que ocupa gran parte de la cavidad y matidez desplazable. A la ecografía no se logra visualizar útero ni anexos. Destaca anemia (Hb 6.6 g/dL) y trombocitosis (700.000 cel/mm³), parámetros inflamatorios elevados, hipoalbuminemia (1.8 g/dL), BHCG negativa y marcadores tumorales negativos. TAC informa sospecha de mola completa tubárica. Se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro. Al realizar drenaje de lesión para estudio, se describe contenido autolítico, sin células neoplásicas. Dado evolución tórpida se solicita TAC de control que describe derrame pleural bilateral, masa anexial, ascitis y signos de posible carcinomatosis peritoneal. Se decide manejo quirúrgico para quistectomía. Al ingreso a cavidad peritoneal, se constata lesión que origina

de la pared anterior del útero. Se observan ovarios sanos y tejido de aspecto necrótico en pared abdominal, sin signos de carcinomatosis peritoneal. Se realiza histerectomía. Resultado de biopsia indica mioma uterino.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los miomas son tumores uterinos frecuentes y benignos. Suelen ser un hallazgo imagenológico que no requiere mayor confirmación. En casos como este, con presentación orientadora de malignidad, es difícil sospechar de un mioma. Es importante reconocer los cuadros atípicos como una posible variable clínica para lograr un tratamiento oportuno. Sin embargo, es necesario ampliar el estudio y descartar otras patologías.

HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO EN EMBARAZO DE 14 SEMANAS, ASOCIADO A ENDOMETRIOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Quiñones S (1, 2), Dominga Palacios-Bacqué M (2), Fabian Velásquez S (1, 2), Barbara Neira (1)

1. Hospital del Carmen de Maipú

2. Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN

El hemoperitoneo espontáneo en embarazo (HEGE) corresponde al sangrado intraperitoneal no traumático que ocurre durante la gestación, hasta 42 días post parto (1). Su incidencia oscila entre 4-4.9 por cada 100.000 partos, lo que hace que sea una complicación muy poco frecuente del embarazo (2). Si bien se desconoce con precisión su etiología, la endometriosis se ha asociado y descrito como una de las principales patologías causantes de este cuadro.

MÉTODOS

Se presenta caso clínico de paciente femenina multípara de 1 por parto vaginal, cursando embarazo de 14 semanas con antecedentes de litiasis renal izq y endometriosis, quien acude a urgencias por dolor tipo cólico, inicio abrupto, de 1 día de evolución, que inicia en epigastrio e irradia a fosa iliaca izquierda acompañado de vómitos y lipotimia. Niega síntomas urinarios bajos, fiebre, hematuria, diarrea. Ingres a hemodinámicamente estable, se toman exámenes de laboratorio y se indica analgesia, con pobre respuesta, por lo que se solicita tomografía que impresiona hemoperitoneo y litiasis renal izq no obstructiva. Se decide hospitalizar y evoluciona con caída Hb en 2 pts en re control, ecografía con hemoperitoneo importante y abdomen agudo, por lo que ingresa a pabellón para laparoscopia exploradora. En pabellón se evidencia proceso adherencial entre recto sigmoides, ambos anexos y fondo uterino con lesiones sangrantes en napa compatibles con endometriosis peritoneal profunda. Lesiones de aspecto endometriósico sangrantes en sigmoides y fondo uterino, tejidos pélvicos friables

inflamatorios que sangran al contacto. Posteriores muestras de biopsia de tejido, confirman el diagnóstico de endometriosis. La paciente evoluciona en buenas condiciones y posterior embarazo sin mayores conflictos. Se realiza cesárea programada, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Como mencionado anteriormente, HEGE corresponde a una complicación infrecuente del embarazo. Dentro de las causas, se reporta que un 71% están asociado a endometriosis (2). La presentación clínica más frecuente corresponde a dolor agudo en flancos, signos de shock hipovolémico (47.5%), sin exteriorización de sangrado, con o sin caída de los niveles de Hb (3). Su etiología es difícil de precisar previo a la intervención quirúrgica, pero las imágenes sirven para la identificación de líquido libre en la cavidad peritoneal. Es una complicación del embarazo que se asocia a mayor morbilidad materno fetal. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CONCLUSIÓN

El pronóstico de esta patología varía según el tiempo de detección e intervención. Por lo anterior, es relevante su identificación precoz, reconocer factores de riesgo como historia previa compatible con endometriosis, monitorización y manejo oportuno.

ENDOMETRIOSIS VESICAL, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE

Podariu A.1, Lavanderos S.2,3, Rodriguez B.2, Barboza O.2, Seguel A.2,

1. Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile

2. Unidad de cirugía mínimamente invasiva. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.

3. Escuela de medicina. Facultad de Medicina. Universidad Diego Portales

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de mucosa endometrial normal (glándulas y estroma) implantada de forma anormal en lugares distintos a la cavidad uterina. La endometriosis afecta, a nivel mundial, a aproximadamente el 10% de las mujeres en edad fértil. Entre el 0.3 al 12% tendría compromiso del tracto urinario, y de estas, la vejiga y el uréter son las localizaciones más comúnmente afectadas, reportándose afectación vesical en 84% aproximadamente. A continuación, se presentan dos casos de endometriosis vesical.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Paciente de 56 años, multipara de 2, con cuadro de metrorragia y dolor en fosa ilíaca derecha sin otros síntomas. El TC Abdomen y pelvis destaca engrosamiento parietal vesical en la pared izquierda de 30x25mm de aspecto neoplásico. Cistoscopia muestra lesión mamelonada friable en fondo vesical de 6 cm de apariencia extravésical, con coágulos. Biopsia muestra cistitis crónica con focos de endometriosis. Se realiza cistectomía parcial por laparotomía, donde destaca nódulo duro de pared vesical que compromete mucosa de aproximadamente 6 cm de diámetro mayor. El segundo caso es de una paciente de 34 años, multipara de 1, con cuadro de dolor pélvico crónico y dismenorrea severa, acompañados de síntomas urinarios y rectales. Cistoscopia muestra lesión de aspecto rugoso hipervascularizada en la pared derecha de la vejiga, con un tamaño aproximado de 23x22x16 mm, compatible con endometriosis infiltrante. La RM de abdomen y pelvis destaca lesión en el techo

vesical (23x22x16 mm). En la laparoscopia exploradora, destaca en vejiga nódulo endometriósico de 4 cm hacia pared lateral derecha. Se realizó cistectomía controlada para la resección completa del nódulo endometriósico vesical, seguida de cistorrafia sin tensión. En ambos casos se confirma el diagnóstico de endometriosis vesical mediante anatomía patológica.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico clásico es la urgencia y aumento de la frecuencia miccional cíclica, el dolor suprapúbico con o sin hematuria, disuria y dispareunia. Se sospecha en mujeres premenopáusicas y con cultivo de orina negativo. Puede simular una cistitis recurrente. La hematuria macroscópica cíclica sólo está presente en el 20% de los pacientes. El diagnóstico de certeza es anatomopatológico.

CONCLUSIÓN.

La endometriosis del tracto urinario es una entidad poco frecuente y requiere un alto índice de sospecha, especialmente en mujeres en edad fértil con historia conocida de endometriosis. Reconocer los signos es crucial para desarrollar un plan de tratamiento efectivo que prevenga complicaciones futuras, alivie los síntomas y mejore la calidad de vida de las mujeres que viven con endometriosis.

EMBARAZO INTERSTICIAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Podariu A.1, Struque C. 1, Cuevas J. 1, Olguín K. 2, Barboza O. 3

1 Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile.

2 Interna de medicina, Universidad de Los Andes.

3. Ginecólogo-Obstetra, Hospital Luis Tisné Brousse

INTRODUCCIÓN

El embarazo intersticial corresponde a una forma poco frecuente de embarazo ectópico, en el cual la implantación ocurre en la porción intersticial de la trompa uterina. Representa cerca del 2-4% de los embarazos ectópicos, pero conlleva un riesgo elevado de hemorragia severa debido a la cercanía con vasos uterinos y a la capacidad de distensión miometrial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 25 años, múltipara de 1, con antecedentes de laparotomía media supra e infraumbilical de urgencia en otro centro por embarazo cornual derecho complicado con hemoperitoneo, donde se realizó laparotomía media, salpingectomía derecha y cierre del cuerno en dos planos. A los 10 días postoperatorio consulta en el servicio de urgencia por sangrado genital y de herida operatoria asociado a dolor abdominal difuso. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con abdomen levemente sensible sin signos de irritación peritoneal, la ecografía transvaginal mostró imagen hiperecogénica de 14 × 10 mm en cuerno derecho con doppler circunferencial y líquido libre moderado, BHCG inicial: 3.329 UI/L. Ante la sospecha de embarazo intersticial persistente, se decide manejo conservador con metotrexato. La paciente evoluciona favorablemente, con disminución progresiva de BHCG, sin dolor ni sangrado genital. Finalmente fue dada de alta con indicación de control seriado de BHCG hasta negativización.

DISCUSIÓN

El embarazo intersticial constituye un desafío diagnóstico, dado que las pacientes pueden estar asintomáticas o presentar síntomas inespecíficos hasta etapas avanzadas, donde el riesgo de hemorragia es alto. La ecografía transvaginal doppler permite identificar lesiones sospechosas, aunque el antecedente quirúrgico puede confundir el hallazgo. El manejo depende de la estabilidad hemodinámica, extensión de la lesión y deseo reproductivo. La cirugía de urgencia es necesaria en casos complicados, mientras que el tratamiento conservador con metotrexato es una alternativa segura en pacientes estables y permite preservar la fertilidad.

CONCLUSIÓN

El embarazo intersticial es una patología infrecuente pero de alta morbimortalidad materna. El diagnóstico oportuno y el manejo individualizado son determinantes para un desenlace favorable. El tratamiento médico puede ser una opción eficaz en pacientes con clínica estable y deseo de paridad. El seguimiento estrecho con BHCG es esencial para confirmar la resolución completa.

EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL SUR DE CHILE.

Barbieri, L.1, Sandoval, J.1, Correa M.E.¹, Manghi, M.1

1. Instituto de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN

El embarazo en cicatriz de cesárea (ECC) corresponde a la implantación del saco gestacional en el defecto del miometrio que queda como consecuencia a una cirugía uterina, principalmente la cesárea y conlleva riesgo alto de hemorragia masiva, acretismo placentario, entre otros. Presenta frecuente subdiagnóstico pero estimaciones sugieren una incidencia entre 1 en 1800 a 2656 embarazos, y corresponde a menos del 1% de todos los embarazos ectópicos. Existen diversos tratamientos médicos y quirúrgicos descritos en la literatura con resultados variables. El objetivo de este trabajo es caracterizar la población con diagnóstico de embarazo en cicatriz de cesárea en el Hospital Base de Valdivia entre el periodo Enero y Diciembre 2024 y describir sus respectivos manejos.

METODOLOGÍA

Estudio de análisis retrospectivo. Se consideró el registro clínico de todas las pacientes ingresadas a la unidad de Ginecología del Hospital Base de Valdivia con diagnóstico de embarazo en cicatriz entre el periodo Enero y Diciembre del 2024. Se consideraron datos demográficos, antecedentes, valores de exámenes de laboratorio, descripciones ecográficas y manejos.

RESULTADO

Se registraron 5 pacientes, con un promedio de edad 35 (rango 28-41) años, IMC promedio 31.0 . Promedio de número de cesáreas 2.4 con una mediana de 3. Promedio de edad gestacional al diagnóstico 6.8 semanas, con una mediana de 6. Una de ellas se realizó una histerectomía

subtotal por no deseo de paridad. A una se administró tratamiento médico con metotrexato en dosis única, logrando negativización de la b-HCG a las 4 semanas. Dos de ellas recibieron Metotrexato + Leucovorina en dosis múltiple, logrando negativización de la b-HCG en un caso, y con persistencia de elevación de b-HCG en el otro caso por lo cual se realizó una resección del embarazo en cicatriz de cesárea y reparación del defecto vía laparoscópica. Un caso se realizó resección histeroscópica del embarazo en cicatriz. No hubo necesidad de transfusión sanguínea ni complicaciones quirúrgicas asociadas, tampoco mortalidad materna. 2 de las 4 pacientes con conservación de fertilidad lograron embarazo normotópico posterior a resolución del cuadro.

CONCLUSIÓN

El ECC es un diagnóstico poco frecuente, sin embargo dado el alza de número de cesáreas se debe considerar en la evaluación del primer trimestre de todas las pacientes con cicatriz de cesárea anterior. En la elección del tratamiento se debe considerar el deseo de paridad y los hallazgos ecográficos, el tratamiento médico podría ser efectivo en embarazos pequeños, sin embargo la presencia de un embrión o con bHCG persistentes debieran llevar a considerar un tratamiento quirúrgico para evitar mayores complicaciones.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA DEL ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL: EXPERIENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN SANGRADO UTERINO ANORMAL Y POSTMENOPÁUSICO EN UN HOSPITAL AL SUR DE CHILE.

AUTORES: Jara A.N.¹, Sandoval J.S.¹, Correa M.E.¹, Rosa G.A.¹

¹ Instituto de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN

El rol de la ecografía en el sangrado uterino anormal (SUA) y el sangrado de la postmenopausia (SPM) es entregar una sospecha diagnóstica y orientar la estrategia de estudio bióptico-terapéutica, a fin de obtener una etiología y descartar la patología maligna. Sin embargo, los errores diagnósticos son frecuentes, lo que lleva a procedimientos incompletos o innecesarios. Se ha diseñado una estrategia basada en la descripción del compromiso endometrial, diferenciando si es focal o difusa (Goldstein 2015) a fin de orientar un estudio ambulatorio aspirativo, o bien, histeroscopia terapéutica para estudio y resección de lesión focal. El objetivo de este trabajo es caracterizar el estudio diagnóstico de la patología endometrial basado en la estrategia de clasificación acorde a si la lesión es focal o difusa

MÉTODOS

Estudio descriptivo de una cohorte única retrospectiva en mujeres mayores de 35 años evaluadas por SUA o SPM asociado a engrosamiento endometrial, en un período de 12 meses en la unidad de Ginecología del Hospital Base Valdivia. La primera evaluación ecográfica clasificó el engrosamiento endometrial en difuso o focal, utilizándose estudio mediante hidrosonografía en caso de duda de clasificación. El estudio histopatológico se realizó mediante biopsia aspirativa endometrial o legrado quirúrgico en caso de engrosamiento difuso, y bajo visión histeroscópica en caso de engrosamiento focal.

RESULTADOS

Se incluyeron 104 mujeres, cuyo promedio de edad fue

de 51.3 años (DS 10.1). Durante la evaluación ecográfica inicial, se categorizaron 50 (48.1%) casos de engrosamiento endometrial focal, 49 (47.1%) de engrosamiento endometrial difuso y 5 (4.8%) casos con sospecha de lesión focal. A la totalidad de casos de engrosamiento difuso se les realizó estudio mediante biopsia aspirativa Pipelle o legrado bióptico y se obtuvieron los siguientes resultados: 17/49 (34.7%) casos con patología maligna o premaligna (cáncer endometrial/hiperplasia), 10/49 (20.4%) endometrio secretor, 6/49 (12.2%) patología focal, 16/49 (32.7%) muestras insuficientes. De estas muestras insuficientes a 3 se les realizó legrado quirúrgico posterior: 2 pólipos endometriales y 1 muestra insuficiente. A los 50/104 casos de engrosamiento focal se les realizó histeroscopia: 34/50 (68,0%) pólipos endometriales, 10/50 (20%) miomas submucosos, 2/50 (4%) pólipos con atipias, 1 (0.5%) endometrio secretor, 1 (0,5%) carcinoma endometrial y 2 procedimientos sin lesión intracavitaria. A las 5 pacientes con sospecha de lesión endometrial focal se les realizó hidrosonografía, la cual fue sugerente de pólipo endometrial, hallazgo que se confirmó en todas tras la realización de histeroscopia y biopsia.

CONCLUSIONES

La clasificación ecográfica del engrosamiento endometrial en focal o difuso permite orientar adecuadamente el estudio diagnóstico. En pacientes con una lesión difusa en la ecografía se puede cometer un error diagnóstico hasta casi en la mitad de los casos y es relevante profundizar el estudio diagnóstico, ya que un estudio aspirativo

puede ser insuficiente. Cuando la lesión sospechada es focal, este hallazgo es confirmado en casi la totalidad de los casos por histeroscopia. La distinción entre las lesiones focales o difusas es de especial relevancia en las pacientes postmenopáusicas dado el riesgo aumentado de cáncer endometrial. En todos los casos la histeroscopia diagnóstica ambulatoria es de elección, sin embargo cuando no está disponible la hidrosonografía es una alternativa.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA: SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Sepúlveda F, Bravo I, Fernández C, Stambuk M, Riquelme J.

Hospital Dr. Gustavo Fricke

INTRODUCCIÓN

El embarazo en cicatriz de cesárea (EECA) corresponde a una forma infrecuente de implantación del trofoblasto, ubicándose en una cicatriz uterina previa por cesárea. La creciente prevalencia de partos por cesárea ha aumentado la incidencia de esta patología. Con una incidencia estimada de 1 por cada 1.800 a 2.500 embarazos en mujeres con antecedente de cesárea.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es revisar la experiencia y los resultados del manejo quirúrgico conservador (con preservación de la fertilidad) en pacientes con diagnóstico de EECA, tratados en el Hospital Dr. Gustavo Fricke entre los años 2020 y 2025.

METODOLOGÍA

Se recopilaron una serie de casos clínicos con análisis retrospectivo. Se incluyeron nueve pacientes con diagnóstico confirmado de EECA, tratadas en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Fricke entre el año 2020 y 2025. El abordaje quirúrgico consistió en resección en cuña del embarazo ectópico mediante laparoscopia, con preservación uterina. Dado que es un análisis retrospectivo en el cual no se realizó una intervención asociada al estudio y no se utilizan datos identificables de las pacientes, no se solicitó aprobación por el comité de ética del hospital.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico promedio en esta serie fue de 2 horas y 30 minutos. Ninguna paciente tuvo complicaciones

postoperatorias y el tiempo promedio de hospitalización fue de 2,3 días. Respecto a la evolución reproductiva posterior, el 33% de las pacientes (3 de 9) lograron un nuevo embarazo tras la intervención, de los cuales un caso (11,1%) correspondió a un embarazo viable. Es importante considerar que, al momento del análisis, el 55,5% de las pacientes (5 de 9) aún no cumplía un año desde la cirugía, periodo durante el cual se recomienda enfáticamente evitar la gestación.

CONCLUSIONES

Los procedimientos quirúrgicos realizados en el Hospital Dr. Gustavo Fricke entre los años 2020 y 2025 demostraron ser seguros y eficaces en el manejo del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, con desenlaces favorables a corto y mediano plazo. Ninguna de las pacientes analizadas presentó complicaciones postoperatorias mayores, como histerectomía, necesidad de reintervención quirúrgica, hemorragia significativa que requirieron transfusión, ni necesidad de cuidados en unidades de mediana o alta complejidad. Sería deseable un análisis a mayor plazo e idealmente con más pacientes, para sacar más conclusiones respecto a la fertilidad futura asociada a la cirugía analizada.

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS PROFUNDA, CON COMPROMISO INTESTINAL; EN UNIDAD DE ENDOMETRIOSIS DE CLÍNICA MEDS, SANTIAGO

Sovino H 1, Cornejo N 1, Duque G 1, Gonzáles R1, León M 1, Readí A1, Sanguinetti A 1, Carrillo K 1, Latorre J 2, Trillos A2.

1 Unidad de Endometriosis Clínica MEDS

2 Alumnas de Medicina UDD.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis intestinal es la ubicación más frecuente de la endometriosis extragenital. Afecta entre el 3,8 a 37 % de las pacientes con endometriosis. Puede comprometer distintas partes del intestino, afectando más frecuentemente al recto en un 13 a 53%. El tratamiento quirúrgico requiere de un enfoque multidisciplinario, y según la ubicación, el tamaño y la profundidad de las lesiones, se puede realizar shaving, resección discoide o resección segmentaria. Nuestro objetivo es describir el perfil de las pacientes, el tipo de cirugía y las complicaciones inmediatas presentadas, en pacientes con endometriosis con compromiso intestinal en las que se realiza resección discoide o segmentaria.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, en pacientes con endometriosis intestinal confirmada por ecografía transvaginal extendida, que fueron sometidas a cirugía de resección intestinal discoide o segmentaria, entre junio 2024 a julio 2025, en Clínica MEDS, Santiago. Se construyó una base de datos que incluyó datos sociodemográficos, clínicos y quirúrgicos. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Dentro del periodo estudiado, se realizaron 111 cirugías laparoscópicas de endometriosis profunda, dentro de las cuales a 25 pacientes se realizó resección intestinal discoide o segmentaria. La edad promedio de las

pacientes fue de 38 años, el IMC promedio de 23,7 y un 55% era nulípara. En cuanto a los síntomas, lo más frecuente fue dolor pélvico y la fatiga, ambas en un 94%, luego continuó la disquécia en un 78%. Un 68% de las pacientes presentaron constipación y dispareunia. 7 pacientes ya se habían sometido a una cirugía de endometriosis. Un 94.7% se encontraba en tratamiento médico con anticonceptivos hormonales y un 10% con agonistas de GnRH. De las 25 resecciones intestinales, 11(44%) fueron discoides y 14 (66%) segmentarias. La distancia del margen anal promedio fue de 10.5cm y no se realizaron colostomías de protección. No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni a un mes de seguimiento. El 100% de las biopsias fueron compatibles con endometriosis intestinal.

DISCUSIÓN

La endometriosis intestinal presenta clásicamente los síntomas reportados en nuestro estudio, siendo lo más frecuente el dolor pélvico y la fatiga. Es importante un correcto diagnóstico por imágenes de la enfermedad para planificar la cirugía. El tratamiento quirúrgico, con resección intestinal es un manejo eficiente y seguro en las pacientes con indicación de cirugía. Este estudio demuestra lo importante que es un equipo multidisciplinario en el correcto manejo de las pacientes con endometriosis.

REPORTE DE UN CASO: FÍSTULA VESICO VAGINAL POR DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Nazar, N1; Fernandez, C1; Avendaño, S1; Torres C2; Venegas, F3

1 Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo. 2 Médico Cirujano, Hospital Padre Hurtado. 3 Residencia Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco. Categoría: Caso Clínico – Ginecología general. Institución de afiliación: Hospital Padre Hurtado – Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

La fístula vesicovaginal (VVF) es una comunicación anómala entre la vejiga y la vagina que ocasiona incontinencia urinaria persistente y deterioro de la calidad de vida. En países desarrollados, su origen suele ser iatrogénico, principalmente posterior a histerectomía. La migración de dispositivos intrauterinos (DIU) hacia la vejiga constituye un evento infrecuente, con una incidencia aproximada de 0,4 por cada 1000 inserciones. El DIU puede actuar como cuerpo extraño intravesical, favoreciendo la formación de cálculos y procesos inflamatorios que eventualmente derivan en una VVF.

METODOLOGÍA

Se realizó un reporte de caso clínico mediante revisión de ficha médica de una paciente tratada en un hospital público de alta complejidad. Incluyó análisis de antecedentes clínicos, laboratorio e imágenes. Se cuenta con consentimiento informado de la paciente para la difusión académica.

RESULTADOS

Mujer de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad, consulta en servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución de deterioro progresivo del estado general, síntomas respiratorios y compromiso de conciencia. Ingresa en malas condiciones generales, en sopor superficial, hemodinámicamente inestable, con acidosis metabólica severa, hiperkalemia marcada (K 9,5 mEq/L) e insuficiencia renal avanzada (creatinina 14,5 mg/dL, BUN 155 mg/dL). La tomografía computarizada (TC) reveló

hidroureteronefrosis bilateral, litiasis vesical y la presencia de un DIU migrado hacia la vejiga, asociado a una VVF, identificada como foco séptico principal. Durante su hospitalización requirió manejo intensivo con ventilación mecánica, terapia de reemplazo renal, nefrostomías bilaterales, antibioticoterapia dirigida y cuidados multidisciplinarios, logrando finalmente recuperación clínica y egreso con seguimiento urológico y ginecológico para resolución quirúrgica diferida de la fístula.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Aunque poco frecuente, la migración vesical de un DIU debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de mujeres con infecciones urinarias recurrentes o litiasis vesicales atípicas. En este caso, el hallazgo del DIU migrado permitió identificar el foco séptico responsable de sepsis, insuficiencia renal aguda e hiperkalemia crítica, condiciones que requirieron manejo intensivo y multidisciplinario. La TC fue clave para confirmar el diagnóstico y orientar la estrategia terapéutica. Este caso subraya la importancia del control ginecológico periódico en portadoras de DIU y la necesidad de un abordaje precoz y coordinado entre ginecología, urología y cuidados críticos para reducir la morbimortalidad y asegurar una resolución definitiva.

PALABRAS CLAVE

Fístula vesicovaginal, Dispositivo intrauterino, Litiasis vesical, Sepsis urinaria.

TORSIÓN OVÁRICA BILATERAL: PRESENTACIÓN INUSUAL DE CUADRO CLÍNICO FRECUENTE

Zavala M.R¹, Blanche D², Gutierrez J.D², Llana M.F², Brunman E³

1 Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de Los Andes

2 Interno Ginecología y Obstetricia Universidad de Los Andes

3 Ginecólogo Universidad de Los Andes, Hospital Parroquial San Bernardo

La torsión ovárica corresponde a la rotación completa o parcial del anexo sobre su eje, comprometiendo el flujo vascular, pudiendo evolucionar en necrosis y/o pérdida de la función ovárica. Se estima que este cuadro abarca el 2,7% de las urgencias ginecológicas, con una incidencia mundial de 5,9/100.000 mujeres/año (3). La torsión bilateral sincrónica es una entidad extremadamente infrecuente, sin incidencia formal reportada. Según la búsqueda realizada en la literatura, se reportan solo 12 pacientes "bien documentados" (desde 1990, con registro de la confirmación imagenológica y quirúrgica) (ref. 5-16). Este reporte busca evidenciar la torsión anexial bilateral, con el fin contribuir al diagnóstico precoz de pacientes con cuadros similares.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 33 años, multípara de 1, consulta por un cuadro agudo de dolor abdominal intenso, de inicio súbito y asociado a vómitos. Ingresa a urgencia estable, sin compromiso hemodinámico. Al examen físico destaca: abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa ilíaca derecha y signos de irritación peritoneal. Al tacto vaginal se pesquisa dolor a la palpación uterina. Exámenes de laboratorio sin alteraciones. En la ecografía transvaginal se evidencia anexo derecho con lesión sólido-quística de 92 x 85 x 72 mm, bilocular, contenido denso y escaso flujo al Doppler. Se decide la exploración mediante laparotomía y se evidencia una lesión anexial izquierda de 10 cm, sólido-quística y aspecto necrótico. La trompa ipsilateral se describe necrótica y con tres vueltas sobre su eje. Se realiza una anexectomía izquierda. Al revisar

el anexo derecho este presenta una vuelta sobre su eje, asociada a un quiste ovárico de 5 cm y contenido seroso. Se realiza destorsión, quistectomía derecha. Ambas muestras fueron enviadas a anatomopatología e informadas como: cistoadenoma seroso de ovario con signos de torsión y quiste ovárico sugerente de cistoadenoma seroso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La torsión ovárica bilateral es una condición de urgencia que exige un manejo precoz. Este caso destaca la importancia de considerar la torsión bilateral como un diagnóstico diferencial del abdomen agudo, en mujeres jóvenes con lesiones en ambos ovarios. Este cuadro, si no se diagnostica a tiempo significa una mayor morbi-mortalidad para la paciente.



GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

**XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025**

EXPERIENCIAS DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO EN GESTANTES ADOLESCENTES EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Musa S1; Cornejo J1, Montero, A2.

1. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
2. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente constituye un problema de salud pública en Chile y el resto del mundo. Para su abordaje, además del ámbito biomédico se necesita incorporar la dimensión psicosocial como condicionante de esta experiencia. El propósito del estudio fue identificar las prácticas deficientes en la atención y aquellas percibidas como beneficiosas. El objetivo general fue explorar las experiencias de trabajo de parto y parto (TDP y P) en adolescentes menores de 19 años, en el sistema público y privado de la Región Metropolitana.

MÉTODOS

Diseño cualitativo siguiendo el paradigma post positivista. Se realizó muestreo por conveniencia y se aplicó una entrevista semiestructurada. Se utilizó Teoría Fundamentada. La información fue codificada de manera inductiva y se triangularon los resultados. Se aprobó por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESULTADOS

Entre Julio y Noviembre del 2024 se entrevistaron 11 mujeres mayores de 18 años que tuvieron su parto durante la adolescencia, alcanzando el criterio de saturación. El promedio de edad al parto fue 16,3 años (Rango: 13 – 19 años) y a la entrevista fue 24,2 años (Rango: 21 – 28 años). El 36,4% tuvo el parto en una institución pública. El 54,5% tuvo parto vía vaginal. Las principales categorías que originaron la metacategoría “Experiencia durante el trabajo de parto y parto” fueron: “Experiencia favorable”;

“Experiencia no favorable” y “Violencia obstétrica”. Los códigos que originaron la categoría “Experiencia favorable” fueron: respeto de la autonomía; atención personalizada; información oportuna; trato amigable, empático y respetuoso; permitir acompañante significativo; tener tiempo suficiente para el apego inmediato del/la Recién Nacido (RN); poder preguntar; recibir respuesta a las dudas y contar con apoyo y contención. Para la categoría “Experiencia no favorable” los códigos fueron: información ausente, insuficiente o confusa; bajas expectativas respecto de la atención; miedo al maltrato; miedo a un resultado no favorable; sentirse vulnerable; no permitir acompañante significativo; falta o tiempo insuficiente para el apego inmediato; falta de identificación del personal; falta de apoyo y contención; dilación en la atención y diagnóstico; invisibilización de la adolescente; problemas en la aplicación de consentimiento informado; no respetar la autonomía ni el derecho a decidir. Los códigos para la categoría “Violencia obstétrica” fueron: maltrato verbal y amenazas; estigma y prejuicios hacia el embarazo adolescente; atención despersonalizada; falta de empatía; restricciones para la alimentación, deambulación e ir al baño; múltiples tactos vaginales por diferentes personas; no poder decidir vía del parto; cesárea sin clara indicación obstétrica; no recibir respuesta a las dudas; falta de privacidad; maniobra de Kristeller; episiotomía no informada ni consentida; obligar a amamantar; hospitalización en camilla; falta de acceso a analgesia epidural. La atención en el sector público conlleva mayor tiempo de espera y es menos personalizada y empática. En el sector privado se

reconoce mejor trato, mayor privacidad, mayor apoyo y contención, mayor fomento del apego del/la RN, mayores facilidades para permitir acompañante significativo, mayor frecuencia de cesárea y menos oportunidades para que la adolescente decida de manera autónoma.

CONCLUSIONES

Aun cuando se evidencia una valoración positiva del TDP y P, hubo situaciones de maltrato que fueron opacadas y/o minimizadas por la obtención de un resultado favorable, independiente del sector de salud donde ocurrió la atención. Pese a que desde hace varios años se promueve la atención humanizada del parto, en la realidad persisten situaciones que atentan contra la dignidad de las mujeres, que se acrecienta al ser adolescente. Es perentorio que los equipos de salud reconozcan a las adolescentes como titulares de derechos, no invisibilizándolas. Debe existir una política pública que prevenga y evite situaciones constitutivas de violencia obstétrica.

ÚLCERAS GENITALES POR VIRUS EPSTEIN BARR EN LA ADOLESCENCIA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Queirolo M(2), Menéndez M(1), Merino P(1), Schulín-Zeuten C(1), Ralph C(1).

1.Unidad de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, Ginecología, Universidad Católica.

2. Residente Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile .

INTRODUCCIÓN

Las úlceras genitales agudas en adolescentes constituyen un motivo de consulta poco frecuente, pero generan gran preocupación. Aunque las etiologías infecciosas de transmisión sexual suelen ser las primeras consideradas, en la población pediátrica deben explorarse diagnósticos alternativos. Si bien es poco frecuente la infección por Virus Epstein Barr (VEB) puede asociarse a úlceras genitales muy dolorosas. El VEB es un virus linfotrópico de ADN doble cadena, perteneciente a la familia Herpesviridae. La mayoría de las infecciones primarias son subclínicas y la mononucleosis infecciosa es la manifestación clínica aguda más conocida del VEB. La patogénesis de estas úlceras agudas asociadas a VEB sigue siendo incierta. Se ha propuesto que podrían originarse por un efecto citolítico directo de la replicación viral en el epitelio vulvar junto con la respuesta inflamatoria, o bien por una reacción de hipersensibilidad localizada mediada por inmunocomplejos. La detección de material viral en las muestras genitales podría explicarse por viremia, infiltración de linfocitos infectados o autoinoculación. El objetivo de este caso es mostrar una presentación atípica de manifestación sistémica por VEB. Se cuenta con consentimiento informado para presentar el caso.

CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años, premenárquica, con antecedente de herpes zoster a los 8 años con estudio inmunológico normal. Inicia cuadro de faringitis aguda febril de probable etiología viral, por lo que se indica manejo sintomático. Dos días después presenta sangrado genital

asociado a prurito y dolor vulvar urente EVA 6/10 y al examen se evidencia una lesión ulcerada y eritematosa en labio mayor izquierdo. Se toman exámenes donde destaca leucopenia y tira de orina reactiva sugerente de infección urinaria, por lo que inician antibióticos vía oral. A las tres semanas, dado persistencia de dolor en la zona genital, consulta nuevamente y se indica manejo analgésico tópico más corticoides vía oral. Ante persistencia de sintomatología se indica hospitalización para completar estudio y manejo. Al examen físico se observan 3 úlceras genitales en satélite, con compromiso de mucosa y piel, en labios mayores y menores de aprox 3 mm cada una. Dentro del estudio destaca serología VEB (IgG 23.6, IgM >160) y panel PCR de muestra genital: VEB (+). Se maneja con tratamiento sintomático sistémico y tópico, con resolución de sintomatología completa a las 6 semanas.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso clínico de una paciente premenárquica con una presentación poco habitual de infección aguda por VEB, manifestada como úlceras genitales dolorosas. El VEB se puede detectar mediante serología y directamente de las lesiones por PCR. Debido a que la seroconversión puede retrasarse incluso semanas, el estudio directo mediante PCR de las lesiones entrega un diagnóstico en forma precoz. El tratamiento es fundamentalmente sintomático, dirigido al control del dolor y prevención de sobreinfección bacteriana. En algunos casos, el uso de corticoides sistémicos se ha considerado como terapia de soporte, aunque no existe evidencia

concluyente sobre su impacto en la evolución.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia de considerar la infección por VEB dentro del diferencial de úlceras genitales en adolescentes, especialmente en ausencia de antecedentes de actividad sexual. El ADN viral se puede detectar en las lesiones genitales mediante PCR y la IgM confirma una infección aguda. Su reconocimiento temprano permite orientar un manejo adecuado, evitar tratamientos innecesarios y disminuir la ansiedad de pacientes y familias.



GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

ADENOCARCINOMA SIMIL MESONÉFRICO: UN NUEVO COMPAÑERO DE LA ENDOMETRIOSIS

Albornoz G. , Correa M. , Muñoz D. , Jaramillo J.

Instituto de Ginecología y Obstetricia - Universidad Austral de Chile.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma similar mesonéfrico (MLA) es una entidad ginecológica infrecuente, incorporada en la clasificación de la OMS en 2020. Su perfil histológico e inmunohistoquímico recuerda al adenocarcinoma mesonéfrico cervical, aunque en la mayoría de los casos se origina a partir de epitelio mülleriano. La endometriosis, tradicionalmente considerada benigna, ha demostrado potencial de transformación maligna en distintos subtipos tumorales, tales como carcinoma endometrioide, células claras y, también, el MLA.

MÉTODO

Se presenta el caso de una paciente de 61 años, con historia de infertilidad, con masa anexial derecha de 18 cm, quística multiloculada con tabiques finos. Sin ascitis. El marcador sérico CA-125 discretamente elevado en 90 U/mL, con estudio de extensión negativo. Se realizó histerectomía total, anexectomía bilateral y omentectomía inframesocólica.

RESULTADOS

En el intraoperatorio se observó tumor anexial, ascitis y extensa endometriosis ovárica y profunda. El citológico peritoneal fue negativo. El estudio anatomopatológico informó adenocarcinoma similar mesonéfrico con compromiso de la superficie ovárica y borde positivo, asociado a adenomiosis y endometriosis en útero, trompa, ovario contralateral y omento. El panel inmunohistoquímico se informó: PAX8(+)(origen mülleriano), GATA3(+) y TTF-1(+)(perfil característico de MLA), CD10(+)luminal (diferenciación mesonéfrica), WT1 (-)

(descarta carcinoma seroso), y p53 wild type (excluye alto grado). El CA-125 descendió a 12 U/mL tras la cirugía. Posteriormente, un control tomográfico previo a inicio de quimioterapia evidenció adenopatías retroperitoneales no presentes en estudio previo de hace 5 meses, clasificándose como cáncer de ovario FIGO IIIB. Se indicó quimioterapia con paclitaxel/carboplatino, aún no iniciada por decisión de la paciente.

CONCLUSIÓN

La asociación con endometriosis se confirma en múltiples reportes, demostrando incluso transición histológica directa desde lesiones endometriósicas. Aunque el curso de esta enfermedad suele ser crónico y no letal, la asociación con distintos carcinomas sugiere que puede actuar como una lesión precursora en un subconjunto de pacientes. Reconocer este potencial maligno permitiría desarrollar estrategias de vigilancia más estrechas en mujeres con enfermedad extensa o atípica. En el caso del MLA, la identificación de este origen mülleriano, sumado a su inmunofenotipo y perfil genético, apoya la hipótesis de que la endometriosis constituye un terreno fértil para la transformación maligna.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CÁNCER GINECOLÓGICO EN MUJERES DE 35 AÑOS O MENOS: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA EN UNA COHORTE INSTITUCIONAL 2020-2025.

Arancibia, T1., Ebner, P2., Pérez, J1., Sánchez, F2.

- 1 Programa de Formación de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Sede Occidente.
2. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres ginecológicos en mujeres jóvenes constituyen una entidad poco frecuente, pero representan un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente debido a la expectativa de vida y de fertilidad de las pacientes. El presente estudio describe las características clínicas y los enfoques terapéuticos de una cohorte de pacientes de 35 años o menos con cáncer ginecológico en un hospital terciario de Chile, donde hasta la fecha no existen estudios similares.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes presentadas en el Comité de Ginecología Oncológica del Hospital San Juan de Dios entre enero de 2020 y julio de 2025. Se analizaron características demográficas y reproductivas, tipo e histología del cáncer, etapa al diagnóstico y tratamiento recibidos, incluyendo tanto intervenciones oncológicas como estrategias de preservación de función ovárica y de fertilidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 94 pacientes, con una mediana de edad de 32 años. El 22% eran nulíparas, 28% multíparas de 1 y 50% multíparas de ≥ 2 . La distribución por tipo de cáncer fue: cervicouterino 81% (76% escamoso, 22% adenocarcinoma, 1% adenoescamoso), ovárico 14% (38% germinales, 38% epiteliales, 23% estromales), endometrial 1% y otros 4% (mola invasora y coriocarcinoma). El estadio al diagnóstico fue mayoritariamente temprano. En cáncer cervicouterino, 64% fueron etapa I, 5% etapa II y 30% etapa \geq III. En cáncer de ovario, 69%

correspondió a etapa I, 8% a etapa II y 23% a etapa \geq III. En otros tumores, 50% correspondió a etapa I y 50% a etapa III. Los tratamientos incluyeron cirugía conservadora en 22% de las pacientes, cirugía radical en 41%, quimioterapia en 50% y radioterapia en 43%. Se realizaron tres transposiciones ováricas, con FSH promedio posterior al tratamiento de 94 mUI/mL.

CONCLUSIONES

En esta cohorte, el cáncer cervicouterino predominó, destacando la importancia de fortalecer programas de prevención primaria y secundaria. Este fue seguido por tumores ováricos, ambos con diagnóstico principalmente en etapas tempranas, lo que permitió tratamientos conservadores y estrategias de preservación de fertilidad. En comparación con series internacionales de la misma edad, se observó un patrón similar de predominio de cáncer cervicouterino y diagnóstico temprano, aunque con menor proporción de tumores germinales de ovario. Los resultados de la transposición ovárica sugieren un beneficio limitado en la preservación de la función endocrina, lo que resalta la necesidad de un manejo multidisciplinario que combine sobrevida y calidad de vida futura.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética. Los datos fueron procesados resguardando la anonimidad de las participantes y no se incluyó información identificable.

ADENOCARCINOMA VILLOGLANDULAR CERVICAL EN FIGO IIB: EL ROL DE LA IMAGEN Y LA DECISIÓN MULTIDISCIPLINARIA.

Avilés I.1, Sepúlveda C.2, Ocampo J.2, Labra C.3, Rojas F.4.

(1) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

(2) Internos de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

(3) Matrona, Hospital de Lota, Chile.

(4) Tutor, Ginecólogo - Obstetra, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma villoglandular endocervical (AVG) es una variante poco frecuente del adenocarcinoma cervical, habitualmente descrita en mujeres jóvenes y con mejor pronóstico relativo. Sin embargo, su comportamiento clínico depende del estadio al diagnóstico más que de la histología. Este reporte presenta un caso de AVG en paciente posmenopáusica con enfermedad localmente avanzada.

MÉTODOS:

Paciente femenina de 51 años, menopáusica, con antecedente de obesidad mórbida, derivada por citología con ASC-H. La biopsia confirmó AVG asociado a neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado. Se realizó etapificación con TAC, PET-CT y RM pélvica. El caso fue evaluado por comité oncológico multidisciplinario.

RESULTADOS:

Inicialmente clasificada como FIGO IB1, la RM pélvica reveló una lesión de 3.6 cm con compromiso parametrial bilateral, cuerpo uterino y vagina superior, reclasificándola como estadio IIB. Se descartó diseminación a distancia. Se indicó tratamiento con radioquimioterapia basada en cisplatino semanal, seguida de braquiterapia intracavitaria. La paciente inició el protocolo en marzo de 2025, con seguimiento clínico y laboratorio sin hallazgos de progresión.

CONCLUSIONES:

El AVG, pese a su histología favorable, puede presentar extensión local significativa. La etapificación por imagen, especialmente con RM, es esencial para definir la conducta terapéutica. Este caso destaca la importancia del enfoque multidisciplinario y del uso de imagenología avanzada en la planificación oncológica.

DECLARACIÓN ÉTICA:

El presente caso no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética. Se ha garantizado el anonimato y la confidencialidad de los datos utilizados, sin incluir información que permita identificar directamente a la paciente.

TERATOMA INMADURO ASOCIADO A PSICOSIS: REPORTE DE UN CASO

Cancino M.J.1, Martínez S2, Elgueta V2.

1) Médico Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile.

2) Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus clínico Osorno.

INTRODUCCIÓN

Los teratomas inmaduros son tumores malignos de células germinales poco frecuentes que afectan predominantemente a mujeres jóvenes. La mayoría de las pacientes se presentan con enfermedad en estadios tempranos, siendo manejadas con cirugía conservadora de la fertilidad y quimioterapia adyuvante principalmente. El pronóstico es positivo en estados iniciales, pero disminuye a medida que avanza el estadio y aumenta el grado histológico.[1] A continuación, presentaremos el caso de una paciente diagnosticada con teratoma inmaduro.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por decaimiento, astenia, disnea, hipoestesia facio-crural derecha y amnesia, TAC de encéfalo sin lesiones evidentes por lo que se da de alta. Recosulta por síntomas psicóticos. Se amplía estudio con TAC de abdomen: "lesiones quísticas multiloculares con tejido sólido en ambas regiones anexiales de aspecto tumoral". Evaluada por neurología, se describe delirium severo y agitación psicomotora requiriendo manejo con antipsicóticos y benzodiazepinas. Se hospitaliza bajo sospecha encefalitis inmunomediada. Ecografía ginecológica transvaginal concluye lesión multilocular sólida abdominopélvica de aspecto maligno y origen indeterminado, no impresionando de origen ovárico. Laparotomía exploradora: ovarios sanos, en omento mayor se observa tumor de 15 cm adherido sin

más lesiones, se realiza omentectomía infracólica con conservación de ovarios, postoperatorio se maneja con pulsos de metilprednisolona. Biopsia: teratoma maduro grado III, omento con gliomatosis peritoneal.

DISCUSIÓN

Los teratomas ováricos, son desencadenantes identificados de encefalitis anti-NMDAR, un síndrome caracterizado por síntomas neuropsiquiátricos, convulsiones y alteración del estado de conciencia. La patogénesis implica la expresión ectópica de antígenos neuronales dentro del teratoma, lo que provoca una respuesta autoinmune dirigida contra receptores neuronales en el sistema nervioso central, conduciendo a la encefalopatía.[2-3] La literatura médica respalda de manera sólida una asociación entre los teratomas inmaduros y las encefalopatías autoinmunes, en particular la encefalitis anti-NMDAR, mediada por la expresión ectópica de antígenos neuronales y la subsecuente autoinmunidad.[2-4]

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA; REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Collingwood-Selby, A. (1), Sánchez, F (2).

(1) Programa de Título de Especialista de Ginecología y Obstetricia de Universidad de Chile, Sede Occidente

(2) Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

El pronóstico de los cánceres (CA) ginecológicos depende en gran medida del diagnóstico y tratamiento temprano. Dado que los métodos diagnósticos tradicionales presentan limitaciones (especialmente en ambientes de bajos recursos), se plantea la aplicación de herramientas de inteligencia artificial (IA). Con el desarrollo de machine learning, redes neuronales, y en particular de modelos tipo transformer (siendo ChatGPT su principal exponente) esta tecnología ha tenido un gran desarrollo en los últimos años, incluyendo en el área de ginecología oncológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

se realizó una revisión de la literatura en Pubmed, utilizando los términos de "inteligencia artificial" y "ginecología oncológica", la cual dió como resultado un total de 326 publicaciones, evidenciándose un aumento exponencial desde el año 2020. Se seleccionaron aquellas publicaciones que presentaran mayor relevancia o aplicabilidad clínica. Resultados: existe evidencia de que la IA podría aumentar la precisión y eficiencia en el screening, diagnóstico y tratamiento. Modelos de IA entrenados para el análisis de imágenes han demostrado tener una sensibilidad y especificidad comparable a la de expertos para el análisis de citología y clasificación colposcópica. La radiómica aplicada en resonancias magnéticas de CA cervicouterino ha demostrado poder predecir con alta precisión la invasión linfovascular, compromiso ganglionar, invasión estromal; y en casos localmente avanzados, predecir la sobrevida, con mayor precisión que modelos clínico-radio-patológicos. El

análisis de la ultrasonografía mediante IA logra realizar el diagnóstico de CA de ovario con sensibilidad similar a la de un ecografista experto, y mayor especificidad. El análisis automatizado de imágenes histológicas mediante IA logra reducir la variabilidad diagnóstica, clasificar en subtipos de CA de ovario con alta precisión, predecir mutaciones genéticas y probabilidad de recurrencias. Su uso para asistir la administración de radioterapia permite una aplicación más precisa y con menos efectos adversos. Un modelo entrenado con una base de datos de CA de mama permite predecir la resistencia a quimioterapia con sensibilidad de alrededor de 60%. También se ha descrito su uso para automatizar la selección de pacientes para ensayos clínicos, y para asistir en instancias como comités oncológicos. Un área aún en desarrollo es su aplicabilidad en cirugía robótica, presentando importantes avances en los últimos años.

CONCLUSIÓN

Existe una evidencia creciente sobre las diversas aplicaciones de la IA en ginecología oncológica, con un amplio espectro de posibles usos. El análisis de la evidencia disponible es complejo, ya que las metodologías de los estudios y los modelos de IA utilizados son heterogéneos y no siempre son explicitados en las diferentes publicaciones. Para plantear un uso clínico se requieren ensayos multicéntricos y estudios prospectivos, aplicados a la realidad local. Por otro lado, existen disquisiciones éticas que se deben resolver previo a su uso en un ambiente clínico.

PAPANICOLAU EN MOVIMIENTO: IMPACTO DE UNA UNIDAD MÓVIL EN LA COBERTURA DE TAMIZAJE CERVICAL EN LA REGIÓN DE ATACAMA, 2024

Autores: Cortes B., Muñoz J., Cervantes P., Scherer E., Pizarro E.

Afiliación: Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Regional de Copiapó, Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es prevenible mediante la detección y tratamiento oportuno de lesiones precursoras. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció como meta al 2030 una cobertura mínima del 70% de tamizaje cervical a lo largo de la vida (1). En Chile, la pesquisa mediante Papanicolau (PAP) ha mostrado avances, pero persisten brechas regionales, especialmente en poblaciones alejadas o con menor acceso a servicios de salud. En este contexto, la implementación de una unidad de ginecología móvil en la Región de Atacama buscó acercar el tamizaje a la comunidad, contribuyendo a mejorar las coberturas y equidad en salud.

MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo de la cobertura de Papanicolau en la población femenina inscrita en FONASA de 25 a 64 años en la Región de Atacama durante el año 2024. Se evaluó la población total regional, la comuna de Copiapó y el aporte específico de la unidad de ginecología móvil en la toma de PAP.

RESULTADOS

- La población femenina objetivo en la región fue de 73.010 mujeres, con 48.509 PAP vigentes, lo que corresponde a una cobertura regional de 66,4%.
- En la comuna de Copiapó, la población objetivo fue de 39.370 mujeres, con 25.060 PAP vigentes, equivalente a 63,7% de cobertura.
- La unidad de ginecología móvil realizó 1.414 PAP, lo que corresponde al 5,6% del total de PAP de la comuna, impactando significativamente en la

cobertura.

- Si se excluyera la contribución de esta unidad, la cobertura en Copiapó habría sido de 60%, lo que refleja que la estrategia móvil permitió superar esta brecha y acercarse al estándar recomendado por la OMS (70%).

CONCLUSIONES

La implementación de una unidad de ginecología móvil en la Región de Atacama aportó un incremento relevante en la cobertura de Papanicolau, especialmente en la comuna de Copiapó, donde su impacto representó el 5,6% de los exámenes realizados en 2024. Este modelo de tamizaje itinerante contribuye a disminuir inequidades territoriales en el acceso a la pesquisa del cáncer cervicouterino y se posiciona como una estrategia replicable en otras regiones del país para alcanzar las metas 90-70-90 propuestas por la OMS.

IMPACTO DE LAS DISPARIDADES EN SALUD EN EL CÁNCER CERVICOUTERINO

Autores : Cortés, D 1 ; Berbin, D 2 ; Muñoz, E 3 ; Orlandini, E 4 ; Brañes, J 4 ; Cuello, M. 4

1. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. Becado de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile
4. Equipo de ginecología Oncológica, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de morbilidad en las mujeres chilenas, con una incidencia anual de 1.500 casos. 1 La detección precoz tiene un impacto en la tasa de supervivencia teniendo una variación que va desde 91% en etapas iniciales hasta 19% en etapas avanzadas.

2 MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo que incluyó a las pacientes del equipo de patología cervical de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre los años 2014 al 2024. Se clasificaron a las pacientes según su cobertura en los grupos de cobertura privada (ISAPRE), cobertura pública con modalidad de Libre elección (MLE) y derivadas para atención por segundo prestador (2doP). Se compararon variables demográficas y clínicas entre los grupos utilizando chi-cuadrado y análisis de varianza. Se calcularon odds ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC), se consideró significancia estadística un $p < 0.01$.

RESULTADOS

Se consideraron 298 pacientes, donde 53.02% ($n = 158$) representan al grupo ISAPRE, 31.21% ($n = 93$) MLE y 15.77% ($n = 47$) a 2doP. Las edades promedio fueron mayores en el grupo 2doP (50.64 años) con respecto a MLE (44.25 años) e ISAPRE (42.49 años), $p < 0.01$. En cuanto a residencia, 65% del grupo ISAPRE residía en Santiago versus 49.4% del grupo MLE y

44.68% de los grupo 2doP, $p = 0.002$. Respecto al estadio diagnóstico, 29.7% de las pacientes ISAPRE fueron diagnosticadas con estadio II o superior en comparación con 35.58% (OR 0.68 IC 0-38-1.21) del grupo MLE y 57.4% (OR 0.3 IC 0.14-0.62) del grupo 2doP, $p = 0.004$. No se observaron diferencias estadísticas en la tasa de recurrencia. No obstante, la tasa de complicaciones post-tratamiento fueron mayores en MLE (36.56%; OR 0.42; IC 0.19-0.91) y en 2doP (23.4%; OR 0.80; IC 0.36-1.74) en comparación con ISAPRE (19.62%), $p = 0.002$.

CONCLUSIONES

El acceso limitado a salud dentro del sistema público, se asocia con un perfil de pacientes consultantes de mayor edad que poseen un etapa más avanzada y mayores complicaciones post-tratamiento, afectando negativamente el pronóstico. De esta manera, las disparidades en salud contribuyen a peores resultados, haciendo notar la necesidad de políticas públicas destinadas a mejorar el acceso y con ello mejorar los resultados de salud.

DESIGUALDADES QUE MARCAN: ESTADIOS AVANZADOS Y COMPLICACIONES EN MUJER CON CÁNCER CERVICOUTERINO SEGÚN COBERTURA EN SALUD

Cortés D.¹, Berbin D.¹, Friederich I.¹, García P.¹, Muñoz E.², Orlandini E.³, Brañes J.³, Cuello M.³,⁴

¹ Estudiantes de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile ² Programa de Formación de Ginecología y Obstetricia, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile ³ Unidad de Oncología Ginecológica, Departamento de Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile / Ginecólogos Oncólogos, Red de Salud UC-Christus ⁴ Investigador Asociado, Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN), Red de Salud UC-Christus

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres chilenas, con una incidencia anual estimada de 1.500 casos.¹ La detección precoz mejora significativamente la supervivencia, con tasas que oscilan entre 91% en estadios tempranos y 19% en avanzados.²

HIPÓTESIS

El tipo de cobertura de salud se asocia a diferencias significativas en edad al diagnóstico, estadio clínico y complicaciones post-tratamiento en mujeres con cáncer cervicouterino.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes atendidas por el equipo de Patología Cervical de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 2014 y 2024. Las pacientes fueron clasificadas según su tipo de cobertura: privada (ISAPRE), pública con libre elección (MLE), y derivadas desde el sistema público a un segundo prestador (2doP). Se analizaron variables demográficas y clínicas mediante pruebas chi-cuadrado y ANOVA. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC), considerando $p < 0.01$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se analizaron 298 pacientes: 53.0% (n=158) ISAPRE, 31.2% (n=93) MLE y 15.8% (n=47) 2doP. La edad promedio fue significativamente mayor en 2doP (50.6

años) respecto a MLE (44.3) e ISAPRE (42.5), $p < 0.01$. La residencia en Santiago fue más frecuente en ISAPRE (65%) que en MLE (49.4%) y 2doP (44.7%), $p = 0.002$. Respecto al estadio clínico al diagnóstico, 57.4% de 2doP fueron diagnosticadas en estadio II o superior, comparado con 35.6% en MLE (OR 0.68, IC 0.38-1.21) y 29.7% en ISAPRE (referencia), $p = 0.004$. Las tasas de complicaciones post-tratamiento fueron mayores en MLE (36.6%; OR 0.42, IC 0.19-0.91) y 2doP (23.4%; OR 0.80, IC 0.36-1.74) en comparación con ISAPRE (19.6%), $p = 0.002$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de recurrencia.

CONCLUSIONES

Las pacientes con menor acceso al sistema de salud, particularmente aquellas derivadas desde el sistema público, presentan mayor edad al diagnóstico, estadios más avanzados y más complicaciones post-tratamiento. Estas disparidades evidencian el impacto del modelo de atención fragmentado en los resultados clínicos y refuerzan la necesidad de implementar políticas públicas que mejoren el acceso equitativo a la detección y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino.

CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Cruz C, Ramírez S. Instituto de Afiliación: Universidad de los Andes

Instituto Oncológico FALP

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) es la neoplasia ginecológica más frecuente asociada al embarazo, con una incidencia de 1.8-4/100.000 gestaciones¹. Aproximadamente el 30% de los CaCu son diagnosticados en edad reproductiva mientras que hasta un 3% son reportados durante el embarazo 2-3. La estrategia terapéutica depende de la edad gestacional, el estadio tumoral, y el deseo de la paciente. La quimioterapia neoadyuvante (QNA) está recomendada en el manejo del CaCu y embarazo en los estadios Ib1 hasta los IIB a la espera de la madurez fetal o parto. Debe iniciarse en el segundo trimestre para evitar el riesgo de teratogenicidad y malformaciones durante la organogénesis, y finalizar al menos 3 semanas antes del parto/cesárea para evitar complicaciones infecciosas y hematológicas.

MÉTODOS

Paciente de 42 años, nulípara, cursando embarazo de 11 semanas que presenta citología cervical positiva para adenocarcinoma. Biopsia ampliada informa un adenocarcinoma mucinoso, tipo endocervical grado 3 asociado a VPH, sin permeación linfovascular. Se solicita resonancia de cuello uterino a las 14 semanas que muestra neoplasia parcialmente exofítica confinada en el labio anterior del cérvix de 9x14x27mm, sin compromiso parametrial, estadio FIGO IB2. Se inicia QNA con cisplatino/paclitaxel cada 21 días hasta las 32 semanas de embarazo completando cinco ciclos entre el 28 de diciembre 2021 y 2 de marzo 2022. Se realiza cesárea electiva a las 37 semanas y un mes posterior histerectomía radical abdominal con linfadenectomía pélvica.

RESULTADOS

Se obtiene un recién nacido vivo, peso de 3035 gr, adecuado para la edad gestacional, APGAR 9-9. Biopsia definitiva describe respuesta patológica mayor a un 50%; tamaño tumoral de 9 x 5 mm, invasión estromal de 5 mm, márgenes negativos, ausencia de compromiso parametrial, invasión linfovascular presente, sin compromiso de los linfonodos pelvianos resecados. Tres años de seguimiento sin evidencia de recurrencia ni complicaciones pediátricas como pérdidas visuales ni auditivas, con un desarrollo neurocognitivo dentro de rango normal. 4,5

CONCLUSIONES

Existen casos descritos de QNA y embarazo en que no se observa un deterioro en el pronóstico oncológico. Las tasas de respuesta oscilan en torno al 90% para estadios tempranos retrospectivo⁷⁶. En un trabajo que reclutó 33 pacientes, los estadios I hasta 4 cm y los localmente avanzados (IIA-IIIB) representaron el 60% y 40% respectivamente. Del total de la serie con una mediana de seguimiento de 16 meses se observó una recurrencia del 26.7%, correspondiendo el 75% de estas a estadios localmente avanzados. Se puede ofrecer QNA a pacientes que deseen preservar un embarazo en curso para alcanzar la madurez fetal.

CARCINOMA MIXTO DE VULVA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Cruz C, Arcila N, Giavedoni M, Sanhueza V, Pabón M.

Afiliación: Universidad de los Andes/Universidad Andrés Bello/Instituto oncológico FALP

INTRODUCCIÓN

Los adenocarcinomas vulvares primarios corresponden a una neoplasia infrecuente, usualmente no se describen dentro de las histologías habituales de los cánceres vulvares. Su incidencia no se encuentra establecida en la literatura médica actual^{1,2} y su aparición se asocia a la endometriosis vulvoperineal, causada por la siembra traumática durante procedimientos quirúrgicos como la episiotomía^{3,4}. Actualmente no existen directrices de tratamiento estandarizadas, basándose su manejo en el reporte de casos y en la extrapolación de pautas del cáncer vulvar escamoso o de adenocarcinomas de ovario⁵. A continuación se presenta un caso clínico de un carcinoma vulvar mixto primario, secundario a un quiste de endometriosis, se describe su diagnóstico y manejo multidisciplinario.

METODOLOGÍA

Mujer, 39 años, con parto vaginal con episiotomía hace 18 años. Presenta dolor abdominal vago y a la movilización. Al examen destaca lesión expansiva paravaginal y pararrectal derecha de 6cm, desde nivel de la episiotomía hacia profundo y hacia el glúteo, con mucosa vaginal y anal sanas y compromiso dudoso del esfínter anal. Se solicita resonancia de pelvis que muestra una lesión tumoral isquioanal derecha de 7 cm que compromete al músculo esfínter anal externo y tejido conectivo subcutáneo en región perianal vulvar, sin compromiso del canal anal, y PET CT que evidencia masa isquiorectal derecha hipermetabólica (SUV 15.31). Se obtiene biopsia por punción la cual informa un adenocarcinoma endometrioide, de origen ginecológico (PAX 8 positivo). Se procede a cirugía de resección en conjunto con equipo

de cirugía digestiva, con cuña vaginal lateral derecha, resección paraanal con conservación de esfínter anal externo y biopsia intraoperatoria que informa márgenes negativos. Luego, reparación del defecto con plastia vaginal y colgajo dermocutáneo en Y-V.

RESULTADOS

Biopsia definitiva informa carcinoma predominantemente endometrioide (95%), con componente minoritario de células claras (5%), grado I, de 9 cm con bordes negativos. Con receptores de estrógeno positivos en componente endometrioide y NAPSIN positivo en componente células claras. Impresiona desarrollarse en relación a quiste endometriósico, con compromiso de los haces de músculo esfinteriano. A la fecha, paciente con evolución favorable. Se define en comité oncológico mantener seguimiento.

CONCLUSIÓN

En definitiva, este caso clínico resalta la necesidad de mantener un alto índice de sospecha, la importancia de una evaluación imagenológica e histopatológica detallada, y el valor de un manejo colaborativo para optimizar los resultados en pacientes con neoplasias infrecuentes y de complejo manejo quirúrgico.

CIRUGÍA ROBÓTICA Y LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Cruz C1, Canals MA2, Lambert A2, Ramírez S2

Institución de afiliación: Universidad de los Andes1/ Instituto Oncológico FALP2

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio presenta una alta asociación con la obesidad¹. En particular, la obesidad mórbida (definida como un IMC > 35) representa un desafío en la cirugía mínimamente invasiva del cáncer de endometrio, aumentando el riesgo de complicaciones y conversiones^{1,2} contexto, la cirugía robótica ha surgido como alternativa a la laparoscópica^{3,4,5,6}. En este, pero la evidencia comparativa sigue siendo limitada.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte comparativa que incluyó 53 pacientes con cáncer de endometrio e IMC >35, sometidas a histerectomía mínimamente invasiva con o sin ganglio centinela entre 2019 y 2025 en el Instituto Oncológico FALP. En ausencia de detección del ganglio centinela o según criterio oncológico intraoperatorio, se efectuó linfadenectomía complementaria. Se compararon 31 pacientes operadas por vía robótica con 22 por vía laparoscópica. Se analizaron edad, IMC, tiempo operatorio, sangrado intraoperatorio, tasa de conversión, complicaciones, reintervenciones, mortalidad postoperatoria, estadía y reingresos. Se compararon variables cuantitativas entre cirugías usando el test de Wilcoxon-MannWhitney y para variables categóricas test exacto de Fisher, considerando significativo $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron con el software R, versión 4.3.1

RESULTADOS

La edad mediana fue 61 años en el grupo robótico y 60 en el laparoscópico ($p=0,39$). El IMC promedio fue 41,7 vs 39,7 kg/m², respectivamente ($p=0,262$). Hubo más

pacientes con ASA III en el grupo robótico 35,5% vs 22,7% aunque sin diferencias significativas ($p=0,376$). El tiempo operatorio total fue mayor en robótica 149 min (consola 95 min) vs 118 min para laparoscopia ($p=0,005$). No hubo diferencias en el sangrado (142,6 vs 140 ml; $p=0,36$). La conversión a laparoscopia ocurrió en 6,5% (2/31) de los casos robóticos vs 0% laparoscópicos ($p=0,629$). Las complicaciones fueron 9,7% en robótica vs 18,2% en laparoscopia ($p=0,431$). Se registró una reintervención en el grupo robótico y ninguna en laparoscopia ($p=1,0$). No hubo mortalidad postoperatoria en ambos grupos ni diferencias en la estadía ni reingresos hospitalarios.

CONCLUSIÓN

La cirugía robótica en pacientes con cáncer de endometrio y obesidad mórbida mostró un mayor tiempo operatorio, resultados y desenlaces perioperatorios comparables a la laparoscopia, con tasas similares de complicaciones. Estos hallazgos sugieren que la robótica es una alternativa segura y factible en este subgrupo de alto riesgo.

BETA GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA (B-HCG) MÁS DE UN MILLÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Godoy I1, Hinostroza L2, Valdés C3, Ferrand P4.

1. Médica General de Zona, Hospital de Pichidegua. 2. Médica General de Zona, Hospital de Queilén. 3. Ginecólogo Obstetra. Residente de Ginecología Oncológica UC. 4. Ginecólogo Obstetra, Jefe de Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Base San José de Osorno

INTRODUCCION

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) conforma un grupo de enfermedades que se derivan de una proliferación trofoblástica anormal de la placenta con potencial para invadir localmente el útero y metastatizar. Histológicamente, se clasifican en Mola hidatiforme (Completa o parcial) (80%), Neoplasia Trofoblástica gestacional, incluye Mola invasiva (15%) y Coriocarcinoma (5%). El factor de riesgo mejor establecido es la edad materna avanzada (> 40 años) seguido del antecedente de gestación molar previa (<1% si un antecedente y 15-20% si dos antecedentes). La presentación clínica más frecuente es metrorragia de primer trimestre, abortos del primer trimestre y pubalgia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 49 años, sin antecedentes mórbidos, multipara de 2 por parto vaginal, usuaria de anticonceptivos orales desde hace 7 años. Refiere sangrado intermenstrual hace 4 meses. Desconoce fecha última regla (FUR). Consulta por cuadro de 1 semana de evolución de vómitos de aspecto bilioso asociado a epigastralgia. Además, refiere sangrado intermenstrual hace 4 meses. Al examen físico destaca masa móvil a nivel de hipogastrio. Se solicita TAC abdomen y pelvis con contraste, que informa: "Útero aumentado de tamaño, con aparente distensión de la cavidad endometrial y contenido heterogéneo". En ecografía transvaginal destaca: útero en anteversoflexión, con cavidad endometrial dilatada y con múltiples áreas circulares anecoicas como en panal de abeja, y que al usar Doppler color presenta vascularización (score color 2-3). Ovario derecho normal;

izquierdo no se observa. Ante sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), se complementan exámenes: B-HCG: 1628614.00 mIU / ml. Se hospitaliza en Servicio de Ginecología y se realiza histerectomía y aneختomía bilateral, con biopsia que informa mola hidatiforme completa, sin evidencia de invasión vellositaria en cortes examinados.

DISCUSIÓN

Embarazo molar debe sospecharse ante hemorragia en el primer trimestre, altos niveles de BHCG para la edad gestacional, asociados a náuseas y vómitos intensos, hipertiroidismo clínico o subclínico, útero de tamaño mayor a lo esperado, presencia de elementos fetales (mola parcial), o de imágenes ecográficas en "tormenta de nieve" (mola completa).

CONCLUSIÓN

La mola hidatiforme parcial es una patología poco frecuente. Se encuentra dentro de las causas principales del sangrado uterino dentro del primer trimestre, su diagnóstico es importante para su posterior manejo y seguimiento. Es de suma importancia tener en cuenta el potencial maligno de esta entidad, sobre todo al presentarse con niveles elevados de B-HCG.

MELANOMA MALIGNO PRIMARIO DE CUELLO UTERINO Y VAGINA: REPORTE DE CASO

Gomà I1, Pey O1, Armijo M2, Jara D2, Torres P2. Braun H3.

1Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana Santiago

2Unidad de Oncoginecología, Ginecología, CR de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado, SSMSO

3Unidad de Ginecología, Ginecología, CR de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado, SSMSO

INTRODUCCIÓN

El melanoma maligno del tracto genital femenino es una neoplasia extremadamente rara, teniendo una incidencia anual de 1.74 cada 1 millón/mujeres. La mayoría de los casos primarios se detectan en la vulva o la vagina, la extensión a cuello uterino, útero y ovario es infrecuente. La presentación clínica suele ser inespecífica, generalmente las pacientes son asintomáticas, pueden presentarse más tardíamente con genitorragia. El pronóstico es muy desfavorable debido a la ausencia de clínica temprana.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 79 años, multipara de 4 partos vaginales, menopausia a los 45 años, no usuaria de TRH, último PAP a los 65 años sin alteraciones. Consulta por genitorragia de dos meses de evolución, sin otros síntomas asociados. Al examen físico destaca lesión tumoral de 7 cm originada en pared vaginal lateral derecha asociada a lesiones solevantadas de carácter gomoso en pared posterior y lateral izquierda de la vagina. No se logra identificar cuello uterino. Vulva de aspecto normal. Al tacto vaginal parametrios impresionan libres. Se realiza biopsia que informa hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con melanoma maligno (Positivo: S100, SOX10, HMB45, MELAN-A, VIMENTINA) y tinción de schmorl positiva para pigmento melánico. No es posible determinar origen primario o secundario. En dermatología no evidencian nevos atípicos en piel, mucosa oral, vulvar ni ungueal. Se realiza TAC TAP que describe masa neoplásica centrada en el canal vaginal

sin signos sugerentes de diseminación macroscópica a distancia. TAC cerebral sin hallazgos encefálicos de significado patológico. RMN de pelvis que describe masa de 8x7x6 cm centrada en el cérvix, con características de neoplasia primaria. Infiltración directa del miometrio, ambos parametrios y pared vaginal hasta tercio inferior. Adenopatía iliaca interna derecha secundaria de 13 mm. Se realiza PET CT que describe masa sólida hipermetabólica centrada en cuello uterino. Adenopatía hipermetabólica supra e infradiafragmática de aspecto secundario. Múltiples lesiones focales hepáticas hipermetabólicas secundarias. Nódulo pulmonar con tenue metabolismo sospechoso de localización secundaria. No fue posible diferenciar origen de cuello uterino o vaginal ya que afectaba a ambos sincrónicamente. Se clasifica como melanoma vaginal y de cuello uterino etapa IVB (FIGO) con compromiso óseo, hepático, pulmonar y ganglionar. Es derivada a oncología médica para manejo.

CONCLUSIONES

Este caso muestra una neoplasia extremadamente infrecuente del tracto genital femenino, con una combinación sincrónica de afectación cervicovaginal inusual, que presenta dificultades tanto diagnósticas como terapéuticas constituyendo un aporte al escaso cuerpo de evidencia disponible y destacando la importancia de un diagnóstico temprano, tanto de lesiones precancerosas como de tumores poco frecuentes.

ADOLESCENTE CON TUMOR OVÁRICO DE CÉLULAS GERMINALES MIXTO: PRESENTACIÓN INFRECUENTE Y DESAFIANTE

Jameux P.1, Lagos A2.

1 Universidad de Chile - 2 Hospital Luis Tisné Brousse

INTRODUCCIÓN

Los tumores de células germinales (TCG) constituyen aproximadamente el 5% de las neoplasias ováricas malignas, afectando predominantemente a niñas y adolescentes. Los subtipos más frecuentes incluyen el disgerminoma, el teratoma inmaduro y el tumor del saco vitelino. Por su parte, los TCG mixtos son aún más infrecuentes, representando alrededor del 5% de todos los TCG. La detección temprana y un abordaje multidisciplinario son fundamentales para mejorar la sobrevida y preservar la fertilidad.

MÉTODOS

Se presenta el caso de una adolescente de 15 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos que consulta por cuadro de dolor abdominal de 2 meses de evolución, asociado a aumento de volumen abdominopélvico progresivo. Se describen hallazgos clínicos, imagenológicos, anatomopatológicos, así como el manejo implementado. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se evidenció una voluminosa masa abdominopélvica, palpable hasta nivel supraumbilical, acompañada de marcadores tumorales elevados: alfa-fetoproteína 12.500 ng/ml, β -hCG 20 mUI/ml, lactato deshidrogenasa 507 U/L y CA-125 63 U/ml. La ecografía transvaginal y transabdominal reveló un tumor ovárico derecho sólido-quístico de 24 cm e hidroureteronefrosis bilateral. La tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis no

evidenció signos de diseminación. Se realizó cirugía conservadora mediante laparotomía media infra y supraumbilical con citológico, anexectomía derecha y omentectomía, logrando residuo tumoral macroscópico cero. La histopatología confirmó un TCG mixto compuesto por teratoma inmaduro grado 1 (50%), carcinoma embrionario (20%), tumor del saco vitelino (20%), coriocarcinoma (5%) y teratoma maduro (5%), con cápsula comprometida, pero sin afectación de omento ni citología peritoneal. Posteriormente, recibió quimioterapia adyuvante con Bleomicina, Etopósido y Cisplatino durante 3 ciclos, logrando remisión completa evidenciada por normalización de los marcadores tumorales y ausencia de enfermedad residual en estudios de imagen.

CONCLUSIONES

Los TCG ováricos mixtos son extremadamente raros. Su presentación en adolescentes y mujeres jóvenes plantea el desafío de alcanzar remisión completa, al mismo tiempo que se preserve la fertilidad. Este objetivo puede lograrse mediante diagnóstico precoz y manejo por un equipo multidisciplinario oportuno, siendo los pilares fundamentales la cirugía conservadora con citorreducción óptima y la quimioterapia adyuvante.

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL CON FETO VIVO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO.

Marambio-Alfaro T.1, Lagos B.1, Radic C. 2, Martínez I. 2, Yañez M.3

1 Médico Becado Programa Ginecología y Obstetricia, Universidad Católica del Norte.

2 Médico Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital

3 Interno de medicina, Universidad Católica del Norte, Hospital de La Serena

INTRODUCCIÓN

Se presenta caso de paciente de 30 años, sin antecedentes de relevancia. Consultó en urgencia ginecoobstétrica del Hospital de La Serena por cuadro de dos meses de evolución, caracterizado por náuseas y vómitos persistentes, más dolor abdominal difuso, sin respuesta a tratamiento convencional. Evaluación obstétrica inicial: impresiona placentomegalia. Es hospitalizada con diagnóstico de hiperemesis gravídica. Durante su ingreso destaca supresión de TSH, elevación significativa de T4 libre, enzimas pancreáticas, transaminasas, y β -hCG mayor a 1 millón.

MÉTODOS

En consideración de elevación de enzimas pancreáticas y transaminasas, se sospecha pancreatitis. Se realizó ecografía abdominal y colangiografía, sin hallazgos patológicos. En consideración de β -hCG, se practica ecografía ginecológica, identificando ovario derecho aumentado de tamaño, con múltiples quistes, de aspecto tecaluteínico. Se solicitan marcadores tumorales, mostrando elevación de AFP y CA-125. Durante la hospitalización, presentó evolución tórpida con persistencia de síntomas gastrointestinales, requiriendo UTI para manejo intensivo, optimización de antieméticos y control del estado general. Evaluada por endocrinología, se inició metimazol, ajustado progresivamente. A nivel ginecológico, luego de los estudios realizados, se sospecha enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) como posibilidad diagnóstica, apoyada por los niveles extremadamente altos de β -hCG, presencia de quistes tecaluteínicos, placentomegalia e hiperemesis severa. Se solicitaron estudios de imagen sin signos de metástasis (RNM encéfalo y tórax), y se realizó amniocentesis

para análisis genético fetal (QFPCR y cariograma) que se informó como triploidía XXX, compatible con trisomía 13, 18 y 21. Se discutió caso con la paciente, su pareja y equipos médicos, explicando la necesidad de continuar con estudios dirigidos a confirmar ETG y sus posibles implicancias fetales. El caso fue presentado en comité regional de Gineco-Oncología y continúa bajo estrecho control clínico en contexto de ETG.

RESULTADOS

Tras 30 días de hospitalización y estudio, se consigna ausencia de latidos cardiorfetales, se confirma vía ecográfica y se induce trabajo de aborto con mifepristona y misoprostol, con vaciamiento uterino al día siguiente. Paciente es dada de alta tras presentar evolución favorable y regresión de parámetros de laboratorio, se indicó método anticonceptivo y continuidad de controles ambulatorios en policlínico de oncoginecología.

CONCLUSIONES

Es destacable, particularmente en el caso presentado, la ausencia de elementos ecográficos clásicos que orientaran hacia el diagnóstico final de ETG. A partir de los hallazgos clínicos, imagenológicos y de laboratorio, es posible concluir que, la resolución del caso, requiere de la evaluación sistemática e integral de equipos de forma coordinada, para así poder entregar atención adecuada, así como también de un diagnóstico oportuno y seguimiento acorde a lo esperado.

ASPECTOS ÉTICOS

La publicación de este caso clínico, cuenta con el consentimiento de la paciente, y está en conocimiento que en ninguna de las partes a presentar habrá indicio alguno que pudiera revelar su identidad.

IMPACTO CLÍNICO Y QUIRÚRGICO DE UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA EN UN HOSPITAL REGIONAL: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN COPIAPÓ

Muñoz J., González F., Cervantes P., Scherer E., Hidalgo V.

Hospital Regional de Copiapó, Servicio de Salud de Atacama, Chile.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres ginecológicos representan un importante problema de salud pública en Chile, con más de 54.000 nuevos casos y 28.500 muertes estimadas en 2020 según GLOBOCAN. En regiones extremas, las pacientes debían desplazarse grandes distancias para recibir atención oncológica, lo que generaba demoras y consecuencias sociales relevantes. En este contexto, se implementó una unidad de ginecología oncológica en el Hospital Regional de Copiapó, cuya evolución tras 5 años permite evaluar su impacto clínico y quirúrgico.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de la actividad de la unidad entre octubre 2020 y octubre 2025. Se analizaron registros institucionales considerando número de pacientes evaluadas en comité, cirugías oncológicas realizadas, tiempos de espera quirúrgicos y derivaciones evitadas. Además, se describió la conformación del equipo multidisciplinario y su integración a la red asistencial.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, 507 pacientes fueron evaluadas en comité de ginecología oncológica y se realizaron 366 cirugías en la unidad. El tiempo de espera quirúrgico promedio se redujo a menos de 40 días, en comparación con más de 120 días previos a la implementación. Se evitó el traslado de pacientes a otras regiones, lo que mejoró la continuidad de cuidados y la calidad de vida. La conformación de un equipo multidisciplinario permitió diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral. La ausencia de radioterapia en la región

sigue siendo una limitación pendiente.

CONCLUSIONES

La unidad de ginecología oncológica del Hospital Regional de Copiapó ha generado un impacto clínico positivo, reduciendo tiempos de espera, mejorando el acceso local a cirugía oncológica y fortaleciendo el trabajo multidisciplinario. Este modelo descentralizado constituye una estrategia efectiva para disminuir inequidades territoriales en cáncer ginecológico y puede ser replicado en otras regiones del país.

CÁNCER DE CÉRVIX: AVANCES REGIONALES HACIA LA META 90-70-90 DE LA OMS PARA SU ELIMINACIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Autores: Muñoz J., Borchert G., Cervantes P., Scherer E., Canales D.

Afiliación: Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Regional de Copiapó, Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer ginecológico en el mundo, con una carga desproporcionada en países de ingresos medios y bajos. En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la estrategia 90-70-90 para eliminarlo como problema de salud pública en 2030: 90% de cobertura de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), 70% de tamizaje en mujeres a lo largo de la vida y 90% de tratamiento de lesiones precancerosas. En Chile, la vacunación inició en 2014, extendiéndose a niños en 2019 y adoptando esquema de dosis única en 2024, junto con un fortalecimiento progresivo del tamizaje citológico y de los programas de tratamiento.

MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo de las coberturas de vacunación contra el VPH y de tamizaje mediante Papanicolau (PAP) en el país y en la III Región de Atacama entre 2022 y 2024. Se registraron las intervenciones locales en lesiones precursoras y los casos presentados en comité multidisciplinario de ginecología oncológica.

RESULTADOS

La cobertura de vacunación en niñas de 4º básico fue de 89,4% en 2022, 88,4% en 2023 y 89,3% en 2024; en 5º básico alcanzó 59,4%, 77,9% y 86,7% en los mismos años. En la III Región, las coberturas se acercan al 90%, con menos de un punto de diferencia respecto a la meta. La pesquisa citológica aumentó de 45,2% en 2022 a 57,1% en 2024 a nivel nacional; en Atacama se alcanzó 50,6% en 2022, 67,2% en 2023 y 66,4% en 2024. En el

mismo período se realizaron 397 conizaciones cervicales en nuestro hospital, logrando el 100% de tratamiento de lesiones preinvasoras. En tres años, 344 pacientes fueron presentadas a comité oncológico, consolidando la atención regional.

CONCLUSIONES

La experiencia regional demuestra un avance sostenido hacia el cumplimiento de las metas 90-70-90 de la OMS. La III Región ha alcanzado casi por completo la cobertura de vacunación contra el VPH, se encuentra a menos de 4 puntos de la meta en tamizaje citológico y ha superado ampliamente la meta de tratamiento de lesiones precancerosas. Estos resultados reflejan el impacto de los programas nacionales y del trabajo local en la descentralización de la atención oncológica, constituyendo un modelo replicable para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública en Chile.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO: DESAFÍO TERAPÉUTICO EN PACIENTE JOVEN CON RECIDIVA LOCORREGIONAL PERSISTENTE.

Hernández N (1), Bravo L (2), Del Río M (3), Paredes M (4).

(1)Becada de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Católica del Maule, (2)Interno de Medicina de la Universidad Católica del Maule, (3)Ginecólogo-Obstetra, jefe de la unidad de Preparto del Hospital Regional de Talca. (4)Ginecólogo-Oncólogo, jefe de la unidad de Oncoginecología del Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma adenoide quístico de la glándula de Bartolino es una neoplasia epitelial infrecuente, representando <0,1% de todos los cánceres ginecológicos. Clínicamente se presenta como una masa palpable, indolora, sólida y de crecimiento lento, similar a cuadros benignos como quistes o abscesos, con un comportamiento localmente agresivo, marcada invasión perineural, tendencia a recidivas loco-regionales tardías y eventual diseminación hematógena, principalmente pulmonar, siendo su única forma de diagnóstico el estudio histopatológico. Se presenta el caso de una paciente manejada en un hospital regional del sur de Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un reporte de caso clínico con revisión de la literatura de una paciente manejada en un hospital de alta complejidad tras firma de consentimiento informado.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente de 39 años, con carcinoma adenoide quístico de glándula de Bartolino, estadio IB (FIGO) diagnosticado en 2017 y manejado con vulvectomía radical. Posteriormente presentó recidiva local, tratada con quimio radioterapia. Durante el seguimiento, presentó síntomas persistentes de dolor vulvar intenso, espasmos del piso pélvico y síntomas vegetativos (náuseas, mareos), con estudios imagenológicos donde la resonancia magnética (RMN) reporta sospecha de recidiva, realizándose biopsia dirigida que confirma recidiva local y se realiza nueva vulvectomía radical, describiéndose tumor de aproximadamente 5cm derecho, con extensión

al tejido celular subcutáneo y compromiso de rama isquiopubiana, sin infiltración de vagina, uretra ni ano. La histopatología informa invasión linfovascular, perineural y compromiso del borde profundo. El comité oncológico indica tratamiento adyuvante con braquiterapia y quimioterapia sistémica, completado sin eventos adversos relevantes y alivio del dolor. Al control del 2025, reinicia dolor vulvar, RMN revela nueva lesión de 2cm en relación al músculo obturador interno, adyacente al trayecto del nervio pudendo, lo que se correlaciona clínicamente. Se realiza resección de recidiva con reconstrucción con colgajo de Martius, el cual se lleva a cabo sin incidentes y evolución satisfactoria post operatoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El cáncer de glándula de Bartholino representa <1% de las lesiones malignas de la vulva con un rango de edad de presentación desde los 40 a los 60 años. Se caracteriza por invasión perineural y alta tasa de recidiva local, tiende a infiltrar estructuras adyacentes y diseminarse a distancia (pulmones, hígado y huesos). El diagnóstico de suele retrasarse por confundirse con procesos benignos o infecciosos. En cuanto al tratamiento, no existen guías internacionales debido a su baja incidencia, la resección quirúrgica con márgenes negativos es el pilar terapéutico, y la radioterapia adyuvante se considera en casos con invasión perineural o márgenes positivos. El rol de la quimioterapia es limitado y generalmente reservado para enfermedad avanzada o recurrente. El pronóstico es variable aunque muchos pacientes logran supervivencia prolongada.

MALIGNIZACIÓN DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA DE LARGA DATA: REPORTE DE CASO

Pey O¹, Braun W. H¹, Gomà I¹, Armijo M2, Braun B. H2

1 Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana Santiago

2 Unidad de Ginecología, Ginecología, CR de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado, SSMSO

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una enfermedad que afecta aproximadamente al 10 % de las mujeres en edad reproductiva, puede comprometer múltiples estructuras pélvicas. Aunque es considerada una condición benigna, su transformación maligna ha sido descrita en menos del 1 % de los casos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años, menopáusica, con antecedentes de endometriosis profunda de larga evolución, hipertensión arterial e hipotiroidismo. Presenta múltiples cirugías abdominopélvicas por endometriosis severa. En el 2014 se realiza una histerectomía total con ooforectomía parcial. El 2016 se realiza una anexectomía bilateral por persistencia de síntomas de lesiones endometrióticas. Durante el año 2023, la paciente presenta hidroureteronefrosis derecha secundaria a estenosis distal del uréter, por lo que se realiza de un reimplante ureteral. En mayo del mismo año presenta un cuadro de obstrucción intestinal, la colonoscopia informa una estenosis infranqueable a 20 cm del margen anal, sin alteraciones mucosas visibles, compatible con compresión extrínseca. Se decide laparotomía exploradora, identificándose adherencias extensas en pelvis y acodamiento del colon sigmoides. Ante la imposibilidad de resolver la obstrucción, se instala colostomía en asa. En marzo de 2025 se realiza nueva laparotomía por progresión del dolor abdominal y masas pélvicas palpables. En el intraoperatorio se identifica tumor pétreo fijo en pelvis posterior que compromete recto, cara posterior de vejiga y cúpula vaginal, fibrosis retroperitoneal extensa y

uréter izquierdo acodado adherido a tumor. Se efectúa colectomía parcial izquierda con colostomía, resección de 20 cm de íleon y liberación parcial del uréter izquierdo, quedando enfermedad residual irresecable. Todas las biopsias de cirugías previas confirmaban diagnóstico de endometriosis y el estudio histopatológico reveló un adenocarcinoma infiltrante de patrón glandular, con células pleomórficas y actividad mitótica elevada. El perfil inmunohistoquímico fue: CK7+, CEA+, RE+, SATB2+, PAX8-, CDX2-, CK20-, p53 wild-type, descartando primario intestinal, urotelial u ovárico. Se realiza un TAC que evidenció múltiples metástasis hepáticas, compromiso óseo e implante en yeyuno. Se concluyó que se trataba de un adenocarcinoma avanzado sobre endometriosis profunda con inmunofenotipo ginecológico, sin primario definido etapa FIGO IVB.

DISCUSIÓN

Este caso clínico demuestra la progresión de endometriosis profunda a cáncer de estadio avanzado destacando la dificultad del diagnóstico debido a la superposición clínica con la enfermedad benigna. Dada la baja incidencia y el comportamiento agresivo en casos avanzados se requiere una vigilancia dirigida en pacientes con endometriosis extensa y de larga evolución.

MOMENTO ÓPTIMO DEL USO DE INHIBIDORES DE LA POLI ADP-RIBOSA (IPARP) EN CÁNCER DE OVARIO BRCA/HRD+

Rojas R1, Valdés C2, Viveros G2, Brañes J.3 Ibáñez C.4

1. Residente Oncología Médica UC, 2. Residentes Ginecología Oncológica UC 3. Departamento de Ginecología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile 4. Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCION

El cáncer de ovario epitelial continúa siendo la principal causa de mortalidad ginecológica. A pesar de avances en cirugía citorreductora y quimioterapia basada en platinos, la mayoría de las pacientes recaen. Los iPARP han emergido como un hito terapéutico, especialmente en pacientes con alteraciones en BRCA1/2 y deficiencia de recombinación homóloga (HRD).

METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de 446 pacientes diagnosticadas con cáncer de ovario epitelial entre 2001 y 2025. Para este estudio se incluyeron 179 pacientes con estudio de BRCA/HRD de las cuales 85 eran BRCA/HRD +. De ellas, se utilizó iPARP en 42 pacientes. (24 en primera línea; 18 en recurrencia). Ambas cohortes de pacientes estudiadas estaban balanceadas respecto al status quirúrgico y estadio al momento del diagnóstico. En el presente estudio se analizó el impacto del uso de iPARP en la sobrevida global (SG)

RESULTADOS

En el análisis de supervivencia se evaluó el impacto del uso de iPARP en primera o segunda línea de tratamiento en cáncer de ovario. Al evaluar el uso global de iPARP en la cohorte total (n=85), se observó una mediana de supervivencia global de 125,9 meses (IC95% 125,9-NR) en las pacientes que recibieron iPARP (n=42), frente a 83,9 meses (IC95% 50,7-124) en las pacientes que no lo recibieron (n=43). En un segundo análisis, las pacientes que recibieron iPARP en 1ª línea (n=18) presentaron una mediana de supervivencia de 126 meses, frente a

aquellas que lo recibieron como terapia de 2da línea (n=24), donde no se alcanzó la mediana.

CONCLUSIONES

La mayor eficacia de los iPARP se observa en el escenario de primera línea de tratamiento como terapia de mantenimiento tras respuesta a quimioterapia con platino, especialmente en pacientes con mutación BRCA o HRD+. Su uso en etapas más tardías es menos beneficioso, lo que refuerza la necesidad de identificación temprana de biomarcadores y de iniciar la estrategia de mantenimiento lo antes posible para optimizar resultados clínicos.

REPORTE DE CASO: TUMOR NEUROENDOCRINO DE TROMPA DE FALOPIO

Rojas A(1), Rees M(2), Roco C(3).

1.- Ginecologo - Obstetra Hospital San Pablo de Coquimbo

2.- Ginecologa-Obstetra Hospital San Jose de Parral

3.- Ginecologo - Obstetra, Residente sub-especialidad ginecologia oncologica Instituto Nacional del cancer

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos (TNE/NEN) ginecológicos son infrecuentes (<2% de neoplasias), con mayor frecuencia en cérvix y endometrio, mientras que la trompa de Falopio constituye una localización excepcional. Se clasifican según OMS 2022 en tumores bien diferenciados (NET) y carcinomas poco diferenciados (NEC), subdivididos en células pequeñas y células grandes (LCNEC). Estos últimos son altamente agresivos y suelen expresar sinaptofisina, cromogranina A y CCD56.

molecular (TP53, PIK3CA, KRAS, AKT/mTOR) abre perspectivas para terapias dirigidas e inmunoterapia.

Este caso refuerza la importancia de la sospecha clínica, el uso de inmunohistoquímica y la publicación de nuevos reportes que aporten a generar futuras guías terapéuticas.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso de una paciente de 64 años con distensión abdominal y baja de peso. Estudios de imagen mostraron masa anexial izquierda y nódulos peritoneales. Durante la cirugía se realizó histerectomía con resección intestinal y Hartmann. La biopsia informó carcinoma seroso de alto grado (3%) y carcinoma neuroendocrino de células grandes (97%) originado en trompa, con extensión a colon, ovario, parametrio y cuello uterino.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico diferencial requiere histología e inmunohistoquímica. Reportes previos documentan apenas 7 NEC y 5 NET tubáricos descritos en la literatura. El tratamiento recomendado se extrapola de NEC pulmonares e incluye cirugía citorreductora y quimioterapia con platinos (cisplatino-etopósido), con casos aislados de sobrevida prolongada tras manejo multimodal. El pronóstico global es desfavorable, pero la caracterización

TUMOR ANEXIAL BORDERLINE EN EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sandoval, J.1,2, Manghi, M.1, Barbieri, L.1, Ortigoza, M.1

1. Instituto de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

2. Unidad de Ginecología, Hospital Base de Valdivia, Valdivia, Chile.

INTRODUCCIÓN: Las masas anexiales en el embarazo representan un desafío diagnóstico y terapéutico debido a la necesidad de equilibrar la seguridad materno-fetal con el manejo oportuno de una patología potencialmente maligna. La prevalencia estimada es de 2-20 por cada 1000 gestaciones, superior a la población general de la misma edad, principalmente por la mayor pesquisa mediante ecografía obstétrica rutinaria, siendo de estos 1% tumores borderline y 2% tumores malignos. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de tumor borderline que fue intervenida durante la gestación y su resultado perinatal.

MÉTODOS: Se realizó la recolección de datos clínicos de la paciente a partir de la ficha institucional, con énfasis en la evolución obstétrica, estudios de imágenes, marcadores tumorales, procedimientos quirúrgicos, hallazgos histopatológicos y desenlaces perinatales. Para complementar, se efectuó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Google Scholar.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta cursando embarazo de 11 semanas quien se realiza ecografía de 1er trimestre habitual donde se pesquisa una lesión bilateral multilobulada sólida con múltiples papilas confluentes, con vascularización score color 2-3 de 14x13x9 cm a derecha y de 13x9x13 cm a izquierda, sin líquido libre. Marcadores tumorales: Ca-125 379, CEA 1.43, Ca 19-9 24, AFP 8.17, LDH 176. Se realiza una laparotomía exploradora a las 18 semanas de gestación, con hallazgo intraoperatorio de tumores multilobulados sólidos bilaterales. Se realiza anexectomía bilateral + biopsias múltiples de omento y peritoneo. Biopsia definitiva: Tumor seroso borderline bilateral, foco de microinvasión en ovario derecho. Biopsias peritoneales y omento sin neoplasia. Paciente

queda en seguimiento, con control de marcadores a los 4 meses con Ca-125 3.6. La paciente continúa sus controles obstétricos habituales en la unidad de Alto Riesgo Obstétrico y es hospitalizada a las 39+6 semanas por sospecha de preeclampsia, se realiza un test de tolerancia a las contracciones previo a inducción, con resultado positivo y se realiza cesárea de urgencia, obteniendo un recién nacido en buenas condiciones. Paciente continúa sus controles sin sospecha de recidiva.

DISCUSIÓN: El hallazgo de masas anexiales en el embarazo es un escenario al alza principalmente por la alta disponibilidad de ecografía de primer trimestre, y su evaluación inicial debe ser estructurada y dentro de los modelos predictivos de malignidad existentes, como los propuestos por IOTA. En general, en la mayoría de los casos se tratan de lesiones menores a 5 cm o de bajo riesgo de malignidad por lo que pueden manejarse de forma expectante, sin embargo ante una lesión sospechosa, la gestación no debe ser un impedimento en el estudio y tratamiento. La cirugía suele recomendarse posterior al segundo trimestre, cuando disminuye el riesgo de aborto y aún existe una buena visualización de los órganos pélvicos. El caso presentado resalta la importancia de individualizar la conducta y contar con un equipo multidisciplinario, la intervención oportuna permitió un adecuado control oncológico y con un buen resultado obstétrico, en línea con lo reportado en la literatura internacional.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS: El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA CORPORAL EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO INSTITUCIONAL

Solé V1, Catalán C1, Tapia F2, Morales P2, Larsen F1.

1. Programa de formación Radioterapia Oncológica. Universidad Diego Portales / Clínica IRAM, Santiago de Chile.
2. Programa de formación Ginecología oncológica Universidad de Chile / Hospital Clínico San Borja Arriarán.

INTRODUCCIÓN

La radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) en cáncer oligometastásico ha demostrado mejorar control local (CL) y sobrevida global (SG). Se reportan los resultados de una cohorte de pacientes con cáncer cervicouterino oligometastásico tratadas con SBRT dirigida a la metástasis en un centro oncológico chileno.

MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con cáncer cervicouterino oligometastásico tratadas en Clínica IRAM (Santiago de Chile) entre enero de 2020 y marzo de 2025. Se recopilieron variables como histología, número y localización de metástasis, toxicidad (CTCAE v5.0), CL y SG desde el tratamiento de la metástasis. El análisis estadístico fue descriptivo y se efectuó con el software R versión 4.5.1.

RESULTADOS

La cohorte incluyó 13 pacientes, con una mediana de edad de 41,5 años (rango 29–74). La histología fue carcinoma escamoso en 12 pacientes. Diez pacientes presentaron metástasis como recurrencia metacrónica, 2 presentaron persistencia ganglionar y 1 paciente debutó con enfermedad oligometastásica. Los sitios de metástasis fueron pulmón y ganglionar en 7 (53,8%) casos cada uno, seguido de hígado y hueso, un caso cada uno. Siete pacientes presentaron lesión única y 6 presentaron dos. Una paciente no recibió tratamiento sistémico posterior a la SBRT. El CL de las lesiones tratadas fue de 100%. La mediana de SG alcanzada hasta la publicación de este trabajo ha sido 37 meses (IQR 23–51; rango 14–75). Dos

pacientes han recidivado, una con recurrencia local en cuello uterino y otra con progresión multimetastásica falleciendo a causa de ésta. No se reportaron casos de toxicidad aguda. Dos pacientes presentaron toxicidad tardía G3 (sigmoiditis actínica y estenosis ureteral unilateral).

CONCLUSIONES

Se presenta el primer reporte en Latinoamérica del uso de SBRT en cáncer cervicouterino oligometastásico. El tratamiento es seguro con resultados de sobrevida superiores a lo descrito en enfermedad metastásica sólo con terapia sistémica. La SBRT debe considerarse en el tratamiento del cáncer cervicouterino oligometastásico.

EL IMPACTO DE LA EDAD EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE OVARIO

Valdés C1, Viveros G1 Rojas R2, Brañes J.3 Ibáñez C.4

1. Residentes Ginecología Oncológica UC, 2. Residente Oncología Médica UC, 3. J. Departamento de Ginecología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile 4. Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCION

Chile se encuentra en transición demográfica. Alrededor del 20% de la población actual tiene 60 años o más, y la proyección para el 2050 aumentaría al 32.1%. Cáncer, afecta a uno de cuatro chilenos. Cáncer de Ovario (CO) en el año 2020 se diagnosticaron 932 nuevos casos y más de 500 mujeres fallecieron por esta causa, sin desglose de resultados según grupos etarios. CO ha experimentado una tendencia al incremento en su incidencia y mantiene su tasa de mortalidad, siendo el tumor ginecológico más letal. Sin embargo, los desenlaces en pacientes mayores de 60 años no están bien caracterizados en nuestro medio. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la edad y características clínicas, en el manejo terapéutico y los desenlaces de sobrevida global (SG) y sobrevida libre de progresión o recurrencia (SLP).

MÉTODOS

Se analizó retrospectivamente una población de 446 pacientes tratadas por cáncer epitelial de ovario I en Pontificia Universidad Católica, entre los años 2001 al 2025. Las pacientes se estratificaron en dos grupos según edad (<60 vs ≥60 años). Se compararon características basales (etapa FIGO, histología, estado BRCA/HRD), tipo de manejo (citorreducción primaria óptima o no óptima, cirugía de intervalo, quimioterapia adyuvante, neoadyuvante o paliativa) y número de líneas de tratamiento. Se evaluó la asociación de estas variables con sobrevida global (SG) y sobrevida libre de progresión (SLP).

RESULTADOS

El 52,7% de las pacientes tenía ≥60 años. Estas presentaron mayor frecuencia de enfermedad avanzada al diagnóstico (91,4% vs 74,7%; $p<0,001$) y fueron sometidas a cirugía primaria con menor frecuencia (32,9% vs 60,1%; $p<0,001$). La mediana de SG y SLP globales fueron 49,8 y 13,5 meses respectivamente. Al comparar según edad (mayor o menor a 60 años) observamos que las pacientes mayores de 60 presentan SLP y SG significativamente menor (19,9 v/s 11 meses para SLP y 66,5 v/s 40,7 para SG respectivamente. La cirugía citorreductora óptima se asoció a un beneficio significativo en SG y SLP independientemente de la edad, estadio o estatus BRCA/HRD. El estatus BRCA/HRD fue positivo en 44,6% de las pacientes testeadas (N=175) y se asoció a mayor SG, aunque no a SLP. El uso de iPARP en su mayoría ocurrió en segunda línea, lo que podría haber influido en los resultados de SLP. En el análisis multivariable encontramos:

- Edad ≥60 se asoció a mayor riesgo de progresión (HR 1,39; IC95% 1,03–1,89; $p=0,032$), pero no de muerte (HR 1,13; $p=0,480$).
- Cirugía óptima se asoció a menor riesgo de progresión (HR 0,43; IC95% 0,31–0,58; $p<0,001$) y de muerte (HR 0,39; IC95% 0,28–0,55; $p<0,001$), con beneficio independiente de edad, estadio y estado BRCA/HRD.
- BRCA/HRD positivo se asoció a mayor SG (HR 0,52; $p=0,025$), pero no a SLP.

CONCLUSION

La población de mujeres mayores de 60 años que se diagnostican con cáncer epitelial de ovario, lo hacen en etapa más avanzada que las menores de 60 años, son operadas en menor proporción y sus SG y SLP son menores que la población menor de 60 años. El estatus mutacional es similar en ambas poblaciones y es un factor importante independiente en SG. En cuanto al manejo, la cirugía óptima es el factor que más impacta en los resultados finales y es independiente de la etapa, del estatus mutacional y del tipo histológico de las pacientes.

TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA DEL OVARIO: SERIE DE 22 CASOS DURANTE 2016 Y 2024 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO.

Vielma O, S1,2. Montero V, B1,3.

1Serv. de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago. 2Depto. de Ginecología y Obstetricia Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 3Programa de Formación de Especialistas, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El tumor de células de la granulosa (TCG) del ovario es una neoplasia de baja frecuencia, constituyendo menos del 5% de los tumores malignos ováricos. Suele diagnosticarse en etapas tempranas y presenta una alta tasa de recurrencia. Dado su baja incidencia, el diagnóstico, manejo y tratamiento constituye un desafío. No existen series de casos recientes en nuestro país. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, hallazgos quirúrgicos, tratamiento y recurrencia de las pacientes con TCG de ovario sometidas a cirugía en nuestro centro.

MÉTODOS

A partir del registro de biopsias de la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios se seleccionaron aquellas pacientes con diagnóstico histológico de TCG tipo adulto del ovario entre los años 2016-2024 y se accedió a sus fichas clínicas, protocolos operativos e informes de biopsia. Las variables cuantitativas se expresan como medias o medianas y las variables cualitativas como frecuencias absolutas o relativas. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes con una edad promedio de 48 años (18-70 años). La presentación clínica más frecuente fue dolor abdominal y/o tumor abdominopélvico (81.8%) y el sangrado genital se presentó en el 31.8%. Un 50% de las pacientes fueron sometidas a histerectomía total y salpingooforectomía bilateral por vía abierta. Dentro de los hallazgos intraoperatorios un 49.8% de los tumores

presentaba consistencia quística y un 18.3% sólida. El tamaño promedio del tumor ovárico fue de 15 cms (1-30 cms), unilaterales en todos los casos y en su mayoría derecho (63.6%). El 36.4% presentaba adherencias a otros órganos, principalmente hacia omento mayor. En 3 casos se describió rotura de tumor previo a cirugía, y en 1 caso durante el intraoperatorio. En el 9.1% de las pacientes se realizó diagnóstico de un cáncer de endometrio simultáneo. En lo que respecta a la estadificación FIGO, 63.6% de las pacientes se encontraba en un estadio IA. La cirugía fue el tratamiento primario en todas las pacientes, sólo un 22.7% requirió quimioterapia adyuvante y de ellas 80% fue con un esquema en base a bleomicina, etopósido y platino. En el 13.6% (n=3) se presentó recurrencia, dos de ellas con etapificación IC2 y otra IIB al diagnóstico. Las recurrencias se detectaron como una afectación de colon (n=1), carcinomatosis peritoneal (n=1) y tumor retroperitoneal con nódulos pulmonares (n=1), y en promedio, 27 meses posterior a la cirugía. Hubo 13.6% de las pacientes que fallecieron durante el seguimiento y en dos de ellas se había diagnosticado una recurrencia.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la mayoría de los casos fueron diagnosticados en estadios tempranos, y presentaron una tasa de recurrencia acorde a lo descrito en la literatura internacional, concentrándose en aquellas pacientes con estadios IC2 y IIB. El abordaje quirúrgico fue el pilar de tratamiento, y sólo una minoría requirió quimioterapia adyuvante. Esta serie actualiza la experiencia nacional en una patología poco prevalente y con escasa literatura disponible.

IMPACTO DE LA GENOTIPIFICACIÓN VIRAL EN PACIENTES CON CITOLOGÍA NEGATIVA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL CO-TEST EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO

Vielma S.1-2

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

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), especialmente por los genotipos de alto riesgo oncogénico, se reconoce como el factor etiológico necesario para el desarrollo de lesiones intraepiteliales (LIE) y del cáncer invasor del cuello uterino. Ello ha modificado las estrategias de tamizaje, desplazando el rol exclusivo de la citología hacia esquemas que integran pruebas de detección del VPH, ya que ha demostrado un valor predictivo superior. El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar la experiencia acumulada durante dos años en el Hospital San Juan de Dios respecto al impacto de la genotipificación viral en pacientes con citología negativa.

MÉTODOS

Por medio del acceso a la base de datos CITOWEB se seleccionaron todas aquellas pacientes del área occidente de la Región Metropolitana que se hayan realizado cotest con resultado de citología negativa para células neoplásicas e identificación de algún genotipo de VPH en test COBAS entre los años 2023 y 2024. Las pacientes fueron derivadas y evaluadas en la Unidad de Patología Cervical donde se practicó una colposcopia, según el criterio clínico habitual se determinó la necesidad de tomar una biopsia y la decisión de realizar un tratamiento excisional por medio de un cono LEEP fue determinada por cada tratante. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Entre enero de 2023 y diciembre de 2024 se realizaron

un total de 85.828 PAP con resultado negativo para células neoplásicas y en 14.713 (17%) se realizó también cotest. La positividad para genotipificación viral fue de un 11.19% (1.92% VPH-16, 0.61% VPH-18 y 8.66% VPH-OAR). Se realizaron 500 evaluaciones colposcópicas, 38.6% no tuvo hallazgos patológicos, 55.2% fue sugerente de infección por VPH o LIE bajo grado y 6.2% de LIE alto grado, de estas últimas 80.6% fue positivo para VPH-16, 6.5% para VPH-18 y 12.9% para VPH-OAR. Se realizaron 495 biopsias, 21% resultó negativa para neoplasia, 29.1% infección por VPH, 30.3% LIE bajo grado y 19.2% LIE alto grado, además en una paciente se diagnosticó un adenocarcinoma in situ y en otra un carcinoma escamoso (ambas positivas para VPH-16). Dentro de las biopsias cervicales positivas para LIEAG un 64.2% fue positivo para VPH-16, un 8.4% VPH-18 y un 27.4% VPH-OAR. Se realizaron 135 procedimientos excisionales tipo cono LEEP, 81 (60%) resultaron positivos para LIE alto grado y de ellos 72.8% tenían positividad para VPH-16, 7.4% para VPH-18 y 19.8% para VPH-OAR. La incidencia de procedimientos en blanco (sin presencia de neoplasia residual en la muestra) fue de 5.2% y más del 70% de estos tenía positividad para PCR-VPH OAR.

CONCLUSIONES

Este trabajo demuestra el valor de la genotipificación viral, sobre todo con VPH 16 y/o 18, en aquellas pacientes con citología negativa que de otra forma no hubieran sido derivadas a Unidad de Patología Cervical, ya que 19.2% tenía diagnóstico de una LIEAG (incluso en un caso se diagnosticó un cáncer invasor) y por ende requirieron manejo excisional como tratamiento para evitar la progresión hacia lesiones de mayor grado o invasoras.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA LINFADENECTOMÍA PARA-AÓRTICA LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL VERSUS EXTRAPERITONEAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO

Vielma S.1-2

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

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio representa hasta un 6% de los cánceres ginecológicos y su incidencia se encuentra al alza. Desde el año 1988 se plantea como estándar la etapificación quirúrgica, que tradicionalmente se realizaba por medio de una laparotomía, sin embargo los últimos años se ha propuesto la laparoscopia como una alternativa. Respecto a la linfadenectomía para-aórtica laparoscópica existen dos vías de acceso (transperitoneal y extraperitoneal), cuya diferencia radica en la colocación de trócares y la forma de abordaje al campo quirúrgico. El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar la experiencia acumulada sobre ambas técnicas quirúrgicas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario de Valencia, España (este trabajo fue parte de la tesis para optar al grado de máster en cirugía endoscópica ginecológica y pélvica por la FUE-Universitat Jaume I).

MÉTODOS

Por medio del acceso a la base de datos del Servicio de Ginecología del Hospital General Universitario de Valencia se identificaron todas aquellas pacientes que se hayan sometido a una cirugía de etapificación por cáncer de endometrio vía laparoscópica y se clasificaron según si la linfadenectomía fue vía trans o extraperitoneal, para luego acceder a sus fichas clínicas y registrar los datos que fueran necesarios. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Entre los años 2012-2022 se realizaron un total de 64 linfadenectomías para-aórticas laparoscópicas, 75% (n = 48) fue por vía extraperitoneal y el 25% (n = 16) transperitoneal. El promedio de edad de las pacientes incluidas fue de 64 años (39-84 años) y 75% (n = 48) se encontraba en estadios FIGO I o II, sin diferencias entre ambos grupos. No se observaron diferencias respecto al tiempo operatorio (187 vs 186 minutos). En el acceso transperitoneal se observó una menor pérdida sanguínea estimada durante la cirugía (100 cc vs 118 cc) y días de estadía hospitalaria (2.5 vs 3 días), mientras que en el grupo de pacientes vía extraperitoneal el número de ganglios obtenidos durante el procedimiento fue mayor (6.2 vs 4.4). Respecto a las complicaciones intraoperatorias no se reportaron en el grupo transperitoneal y hubo 1 (2%) en el grupo extraperitoneal. Respecto a las complicaciones ocurridas durante los 30 días posteriores al procedimiento no hubo mayores diferencias (18.75% vs 16.6%). En el grupo transperitoneal hubo una mayor proporción de pacientes en estadios avanzados FIGO III-IV (35% vs 19%).

CONCLUSIONES

El acceso extraperitoneal para la linfadenectomía para-aórtica laparoscópica permite obtener un mayor número de ganglios linfáticos y no conlleva necesariamente un mayor tiempo operatorio, pérdidas sanguíneas intraoperatorias ni prolongación de la estadía hospitalaria significativas, además de una menor incidencia en las complicaciones ocurridas dentro de los 30 días posteriores a la intervención.

TRIAGE Y SEGUIMIENTO DE 610 MUJERES CON GENOTIPIFICACIÓN PARA VPH OTROS DE ALTO RIESGO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO

Montero J.C.1-2, Vielma S.1-2,

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

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino invasor representa un importante problema de salud en el mundo, en especial para los países de medianos y bajos ingresos. La infección por genotipos oncogénicos del virus papiloma humano (VPH) origina casi la totalidad de los casos y ello ha modificado las tácticas de tamizaje desde una basada únicamente en citología hacia aquellas que integran la genotipificación viral. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia con el programa piloto de cotest para VPH en el Hospital San Juan de Dios que se viene realizando desde el año 2019, combinando citología y test VPH (COBAS) en mujeres mayores de 30 años del área occidente

MÉTODOS

Por medio del acceso a la base de datos CITOWEB se seleccionaron todas aquellas pacientes del área occidente de la Región Metropolitana que se hayan realizado cotest por primera vez en atención primaria entre los años 2020 y 2022. Las pacientes con VPH-OAR y citología ASCUS o superior fueron derivadas y evaluadas en la Unidad de Patología Cervical (UPC) donde se practicó una colposcopia y según el criterio clínico habitual se determinó la necesidad de tomar una biopsia cervical. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Entre enero 2020 y diciembre 2022 se realizaron 30.725 exámenes de cotest, siendo la positividad para VPH

12.4% (3.9% VPH 16-18 y 9% VPH-OAR). Durante el año 2020 hubo un total de 610 test positivos para VPH-OAR, de los cuales 21% presentaba una citología alterada como ASCUS o superior y por ende fueron derivadas a UPC. De las 129 mujeres referidas, 30% presentó una LIEAG, 48% una LIEBG, 20% sin lesión histológica y una paciente presentó un cáncer invasor. De las 481 mujeres con citología negativa, en 104 pacientes no se obtuvo información, 157 se repitió el cotest y 31% fueron nuevamente positivo para VPH-OAR, por lo que se refirieron a UPC y 24% tuvo una LIEAG, mientras que en 220 sólo se realizó citología de seguimiento, 11% resultó alterada y 38% de ellas tenía una LIEAG.

CONCLUSIONES

Al detectar un mayor número de casos con el tamizaje en base a genotipificación viral, el número de derivaciones a nivel secundario aumenta. En este estudio la positividad para VPH-OAR fue de un 9%, muy superior a la positividad reportada únicamente con citología, por lo que resulta fundamental establecer estrategias de triage con cotest que permitan una tasa de derivación del 21%. Cuando se realiza seguimiento de pacientes con positividad para VPH-OAR con cotest y hay persistencia de la tipificación viral, un 31% es referida a UPC, mientras que el seguimiento únicamente con citología presenta genera una derivación de sólo 11%, lo que determina una pérdida de casi la mitad de los casos con LIEAG. En conclusión el triage citológico y seguimiento diferenciado al grupo con citología negativa permite disminuir la referencia del grupo de mujeres con HPV OAR en un 60%.

LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA ÓPTIMA Y EL ESTADO BRCA/HRD COMO PREDICTORES INDEPENDIENTES DE SOBREVIDA EN CÁNCER DE OVARIO

Viveros G1 Valdés C1, Rojas R2, Brañes J.3 Ibáñez C.4

1. Residentes Ginecología Oncológica UC, 2. Residente Oncología Médica UC, 3. Departamento de Ginecología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile 4, Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile Rojas R2, Jorge Brañes.3 Ibáñez C.4

INTRODUCCIÓN

El cáncer epitelial de ovario (CO) es la principal causa de muerte por cáncer ginecológico en Chile. Con los avances en quimioterapia y terapias dirigidas, el factor pronóstico más relevante continúa siendo la citoreducción óptima. La caracterización molecular (BRCA y HRD) identifica subgrupos con mejor respuesta a iPARP y quimioterapia basada en platinos, pero su impacto combinado con la cirugía óptima aún no está del todo dilucidado. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la cirugía óptima y del estatus BRCA/HRD sobre la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG) en una cohorte multicéntrica chilena.

MÉTODOS

Se analizó retrospectivamente a 446 pacientes tratadas por CO entre 2001 y 2025 en U. Católica. Para este estudio se incluyeron 288 pacientes operadas por CO. Se clasificaron según resultado de cirugía: citorreductora óptima (Cop), definida como residuo tumoral=0, o no óptima (No-op). Se recolectaron variables clínicas (edad, estadio FIGO, antecedentes familiares), moleculares (BRCA/HRD) y de tratamiento (uso de quimioterapia, n° de líneas, iPARP). La asociación entre cirugía, BRCA/HRD y desenlaces se evaluó mediante análisis de Kaplan-Meier y modelos de regresión de Cox univariable y multivariable, ajustando por estadio y biomarcadores.

RESULTADOS

De las 288 pacientes operadas, 63,8% se alcanzó Cop, presentaron mayor frecuencia de BRCA/HRD+ (54,2% vs. 23,8%; $p<0,001$) y menor proporción de etapas

avanzadas (III/IV, 66,8% vs. 89,4%; $p<0,001$). La mediana de SLP fue significativamente superior en Cop (31,8 meses) comparado con No-op (10,7 meses; $p<0,0001$), y la mSG fue de 48,1,4 vs. 125,9 meses respectivamente ($p<0,0001$). En el análisis multivariable, la Cop redujo de manera independiente el riesgo de progresión (HR 0,35; IC95% 0,22-0,56; $p<0,001$) y de muerte (HR 0,43; IC95% 0,24-0,75; $p=0,003$), mientras que el estadio avanzado se asoció a peor pronóstico (HR para progresión 2,92; IC95% 1,77-4,81; $p<0,001$). El estado BRCA/HRD no fue predictor significativo de SLP (HR 0,88; $p=0,556$), pero sí se asoció con menor riesgo de muerte, SG (HR 0,52; IC95% 0,29-0,92; $p=0,025$). La concordancia de los modelos fue 0,64 para SLP y 0,69 para SG, demostrando adecuada capacidad discriminativa.

CONCLUSIONES

La Cop es predictor independiente de SG y SLP, incluso al ajustar por BRCA/HRD. Además, el estatus BRCA/HRD se asoció con mayor SG, reforzando la relevancia de su determinación para estratificación pronóstica. Nuestros resultados respaldan la derivación temprana a centros especializados para maximizar la tasa de citorreducción óptima, junto con la integración de biomarcadores moleculares en la toma de decisiones.

MÁS ALLÁ DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR: EXPERIENCIA CHILENA EN CÁNCER DE OVARIO SEROSO AVANZADO CON CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, QUIRÚRGICA Y GENÉTICA

Viveros G1, Valdés C1, Armijo M1, Rojas R2, Ibáñez C.3, Orlandini E4, Cuello M4, Brañes J.4

1. Residentes Ginecología Oncológica UC, 2. Residente Oncología Médica UC 3. Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 4. Departamento de Ginecología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario seroso de alto grado (HGSOC) representa la neoplasia ginecológica más letal, diagnosticada habitualmente en etapas avanzadas. Si bien la literatura internacional destaca el rol del estado BRCA/HRD y de la quimioterapia, en Chile no existen cohortes que integren datos clínicos, quirúrgicos, moleculares y de sobrevida. El objetivo de este estudio fue caracterizar nuestra experiencia institucional y evaluar factores pronósticos de sobrevida libre de progresión (SLP).

MÉTODOS

Cohorte retrospectiva de pacientes con HGSOC estadio III-IV operadas en la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 2003-2025. Se analizaron edad, tipo de cirugía (primaria vs intervalo), citoreducción óptima (R0), complicaciones perioperatorias (Clavien-Dindo), respuesta a quimioterapia, cinética del marcador (Δ In CA-125 >1 vs ≤ 1), y estado molecular BRCA/HRD. La SLP se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier y modelos de Cox multivariados.

RESULTADOS

Se incluyeron 76 pacientes, con mediana de edad de 59 años (rango 34-76). El 56,6% recibió cirugía primaria y el 43,4% cirugía de intervalo. La citoreducción óptima (R0) se logró en 22,7%. Complicaciones Clavien-Dindo \geq III ocurrieron en $<2\%$. En el análisis multivariado, la citoreducción subóptima se asoció con mayor riesgo de recurrencia (HR 3,0; $p=0,015$) y la neoadyuvancia mostró tendencia a peor SLP (HR 2,1; $p=0,07$). La edad, el grado de complicaciones y el Δ In CA-125 no fueron

significativos. El perfil molecular reveló mutaciones BRCA en 29,6% y HRD positivo en 22,9%, sin asociación significativa con SLP en esta cohorte (log-rank $p>0,5$).

CONCLUSIÓN

Esta es la primera cohorte chilena que integra datos clínicos, quirúrgicos y moleculares en HGSOC avanzado. A pesar de la era molecular, la citoreducción completa continúa siendo el factor pronóstico determinante, mientras que BRCA y HRD no demostraron impacto en la SLP localmente. Estos resultados refuerzan la importancia de la cirugía óptima y plantean la necesidad de integrar biomarcadores moleculares en futuras estrategias de tratamiento.

MAPEO GANGLIONAR CENTINELA CON VERDE DE INDOCIANINA EN CÁNCER DE ENDO- METRIO: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN CHILE CON CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR (2022-2025)

Viveros G1, Valdés C1, Armijo M1, Rojas R2, Ibáñez C.3, Brañes J4, Cuello M4, Orlandini E4.

1. Residentes Ginecología Oncológica UC , 2. Residente Oncología Médica UC , 3. Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 4. Departamento de Ginecología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El mapeo del ganglio centinela (GC) con verde de indocianina (ICG) ha surgido como alternativa a la linfadenectomía sistemática en cáncer de endometrio, reduciendo morbilidad sin comprometer la precisión diagnóstica. En Chile existen pocos datos que integren variables clínicas, histológicas, moleculares y oncológicas.

MÉTODOS

Cohorte retrospectiva de pacientes con cáncer de endometrio operadas por vía mínimamente invasiva, con identificación de ganglio centinela con verde indocianina, en la Pontificia Universidad Católica de Chile entre enero de 2022 y julio de 2025. Se evaluaron edad, histología, grado tumoral, tasas de detección uni/bilateral, linfadenectomía de rescate, positividad en ultrastaging, conversión a laparotomía, perfil molecular (p53, MMR, POLE), uso de adyuvancia y resultados de sobrevida libre de progresión (SLP) y sobrevida global (SG).

RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes, con edad media de 59 años. La histología predominante fue endometrioides (82,9%), seguida de seroso (7,3%) y células claras (9,8%); el 36,6% fueron grado 1, 36,6% grado 2 y 26,8% grado 3. La tasa de detección del GC fue 97,6% bilateral y 2,4% unilateral; en el único caso sin detección contralateral se realizó linfadenectomía pélvica. El ultrastaging fue positivo en 2,4%. La conversión a laparotomía alcanzó 7,3%. La caracterización molecular se completó en 63,4% de casos: p53 alterado en 9,8%, MMRd en 12,2% y POLE mutado en 2,4%. El 34,1% recibió adyuvancia, principalmente según

esquema PORTEC-3 (17,1%). En el seguimiento, 94,9% de las pacientes permanecieron libres de progresión y 97,5% vivas, sin diferencias en SLP o SG según patrón de detección del GC (log-rankp=0,87).

CONCLUSIONES

El mapeo centinela con ICG mostró alta tasa de detección, baja necesidad de linfadenectomía sistemática y buenos resultados oncológicos iniciales. La integración de datos clínicos, histológicos y moleculares aporta información relevante sobre la práctica local en cáncer de endometrio.

BIOMARCADORES DINÁMICOS Y MOLECULARES EN CÁNCER DE OVARIO SEROSO AVANZADO: ANÁLISIS DE RAN/RAL, CA125, KELIM Y BRCA/HRD EN UNA COHORTE CHILENA

Viveros G1, Valdés C1, Armijo M1, Rojas R2, Ibáñez C.3, Brañes J4, Orlandini E4, Cuello M4

1. Residentes Ginecología Oncológica UC, 2. Residente Oncología Médica UC, 3. Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 4. Departamento de Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

Los biomarcadores dinámicos como RAN/RAL, la cinética del CA125 (LnCA125) y el KELIM han emergido como predictores de respuesta al tratamiento en cáncer de ovario seroso de alto grado (HGSOC). Su valor clínico en cohortes latinoamericanas sigue poco caracterizado.

MÉTODOS

Se incluyeron 130 pacientes con HGSOC avanzado tratadas en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Los puntos de corte óptimos para RAN/RAL y LnCA125 al diagnóstico se calcularon mediante maximally selected log-rank statistics (surv_cutpoint, R). La supervivencia libre de progresión (SLP) se evaluó con curvas de Kaplan-Meier y modelos de Cox. Se exploraron asociaciones con cirugía primaria, KELIM y estado molecular (BRCA, HRD).

RESULTADOS

El cutoff óptimo para RAN/RAL fue 3,28 (97 alto, 48 bajo). La mediana de SLP fue 11,1 meses en RAN/RAL bajo vs 6,5 meses en RAN/RAL alto; en Cox, RAN/RAL alto mostró tendencia a peor pronóstico (HR=1,50; IC95% 0,98-2,30; p=0,06). Para LnCA125, el cutoff fue 5,56 (131 alto, 32 bajo); la mediana de SLP fue 6,5 vs 9,1 meses, sin diferencias significativas (HR=0,70; IC95% 0,45-1,08; p=0,11). El KELIM se asoció a la dinámica de respuesta: pacientes con valores altos tuvieron mejor SLP que aquellas con KELIM bajo, especialmente en quienes lograron cirugía primaria. No se observaron diferencias en SLP al estratificar KELIM según BRCA o

HRD. En la cohorte, el 29,6% presentó mutaciones BRCA y 22,9% HRD positivo, sin impacto significativo en desenlaces.

CONCLUSIONES

En esta cohorte chilena de HGSOC, un RAN/RAL bajo se asoció a mejor SLP, mientras que LnCA125 no mostró valor pronóstico. El KELIM fue un marcador dinámico relevante, asociado a mejores desenlaces en pacientes con cirugía primaria, independientemente del estado BRCA/HRD. La integración de biomarcadores dinámicos, quirúrgicos y moleculares puede optimizar la estratificación pronóstica en la práctica clínica local.

COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA Y DESENLACES EN CÁNCER DE OVARIO SEROSO AVANZADO

Viveros G1, Valdés C1, Armijo M1, Rojas R2, Ibáñez C.3, Brañes J4, Orlandini E4, Cuello M4

1. Residentes Ginecología Oncológica UC, 2. Residente Oncología Médica UC, 3. Departamento de Hematología y Oncología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 4. Departamento de Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario seroso de alto grado se diagnostica mayoritariamente en etapas avanzadas y suele requerir cirugía citorreductora. Persiste incertidumbre sobre cómo la complejidad quirúrgica impacta la seguridad perioperatoria y los desenlaces oncológicos. Nuestro objetivo fue caracterizar una cohorte institucional y explorar la relación entre complejidad quirúrgica, complicaciones, duración del tratamiento primario y supervivencia libre de progresión (SLP) y global (SG).

METODOLOGÍA

Se analizaron pacientes operadas con cáncer de ovario avanzado. Se realizó una agrupación según el score de complejidad quirúrgica en leve (1), intermedia (2) y alta (3). Se describieron grupos de complejidad quirúrgica, complicaciones post operatorias y gravedad de estas según la clasificación Clavien-Dindo (CD). Se evaluó la asociación entre complejidad quirúrgica y duración total del tratamiento primario mediante Kruskal Wallis, y mediante Chi Cuadrado los factores complejidad quirúrgica, complicación y clasificación con CD. Para análisis de sobrevida se construyeron modelos de riesgos proporcionales (Cox) con PHReg (statsmodels), con reporte de modelo reducido por complejidad.

RESULTADOS

Se incluyeron 78 pacientes; la distribución por complejidad fue: leve 30.8%, intermedia 30.8% y alta 38.5%. El 33.3% presentó complicaciones post operatorias. La complejidad se asoció a mayor probabilidad de

complicación (χ^2 $p=0.001$) y a mayor gravedad según Clavien-Dindo ($p=0.014$). La duración total del tratamiento primario no difirió entre grupos (medianas 152-157 días; Kruskal-Wallis $p=0.440$). En SLP, el modelo de Cox reducido mostró menor riesgo para complejidad intermedia versus leve (HR 0.30; IC95% 0.12-0.76; $p=0.011$) y ausencia de diferencia significativa para alta versus leve (HR 0.55; IC95% 0.24-1.25; $p=0.154$); c-index 0.598. Para SG, el ajuste multivariado completo fue inestable; el modelo reducido no mostró diferencias concluyentes (p.ej., alta versus leve HR 1.50; IC95% 0.25-8.98; $p=0.657$), con c-index 0.793.

CONCLUSIONES

La cirugía compleja incrementa la tasa y gravedad de complicaciones sin prolongar el tratamiento. No se observó detrimento en SLP/SG; destaca mejor SLP en complejidad intermedia.



MEDICINA MATERNO FETAL

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE AGNATIA: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Autores: Aldunate, M. Ortiz, F. Acosta, P., Marques, X., Rencoret, G.

Institución: Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La agnatia es una anomalía congénita de mal pronóstico vital caracterizada por ausencia total o hipoplasia severa de la mandíbula inferior. Se incluye dentro del complejo agnatia-otocefalia, que presenta: fusión o malposición ventromedial de las orejas, microstomía y aglosia o microglosia. Es una condición extremadamente rara, con una incidencia estimada de <1 en 70.000 nacimientos. Es producida por una alteración del desarrollo del primer arco branquial, entre sus causas se encuentran mutaciones genéticas en genes como PRRX1 y OTX2, translocaciones desequilibradas, alteraciones en rutas de señalización, síndromes genéticos (deleción 22q11, síndrome de Pierre Robin, entre otros) y factores teratogénicos. No existe una prueba genética de tamizaje prenatal estandarizada para esta condición, se da principalmente en casos esporádicos, sin recurrencia ni historia familiar asociada.

MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente primigesta de 21 años, sin antecedentes conocidos, que fue evaluada en unidad de Ultrasonografía del Hospital Clínico San Borja Arriarán, desde las 12 semanas de gestación por alto riesgo de aneuploidía donde en evaluación anatómica se evidencia micrognatia importante/ agnatia. Posteriormente se realizó una revisión bibliográfica sobre la patología, su estudio y manejo.

RESULTADOS

Paciente primigesta, evaluada con 12 semanas de gestación, el ultrasonido destacó alto riesgo de aneuploidías

por translucencia nuchal aumentada, Doppler del ductus venoso con índice de pulsatilidad (IP) aumentado, a la evaluación anatómica se evidenció edema cutáneo generalizado asociado a micrognatia importante por lo tanto alto riesgo de aneuploidía. Se ofrece estudio genético con biopsia de vellosidades coriales, la cual no se logra procesar correctamente, sin obtener resultado. Posteriormente evaluado a las 16 semanas, donde se evidencia microcefalia y agnatia. Se realiza amniocentesis para estudio genético mediante cariotipo convencional y FISH de líquido amniótico, obteniendo un cariograma 46, XX, sin alteraciones. Posteriormente se realiza revisión de la literatura de esta condición. La edad promedio del diagnóstico fue a las 23 semanas, se asoció en un 50% a polihidramnios y hasta un 58% a otras malformaciones. Se describió una supervivencia <5%, dada principalmente por obstrucción de la vía aérea, un 87% terminan en interrupción médica. En base a esta información obtenida, se ofreció la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo por segunda causal, según la ley vigente.

CONCLUSIÓN

La agnatia es una malformación extremadamente infrecuente. Existe poca evidencia sobre esta patología, el caso presentado constituye el primer caso reportado en el país, cuenta con características similares a reportes previos y su manejo fue similar a lo descrito.

REMODELADO Y FUNCIÓN CARDÍACA FETAL ASOCIADOS A OBESIDAD PREGESTACIONAL MATERNA: EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON OMEGA-3.

Araujo K (1), Carrasco-Negue K (1), Moya J (1), Carvajal JA (1), Crispi F (3), Casanello P (1,2)

1. Departamento de Obstetricia, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

2. Departamento de Neonatología. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile

3. BCNatal (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Deu), IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

En Chile, dos de tres embarazadas presentan exceso de peso al inicio del embarazo. La obesidad materna se ha asociado a un mayor riesgo de presentar y morir por ECV en sus hijos durante la adultez, cuyo origen podría vincularse con remodelado CV antenatal. En este estudio evaluamos la morfología y función cardíaca en fetos de mujeres con obesidad pregestacional (OB) y el efecto de la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados omega-3.

MÉTODOS

El OMEGA-STEM Trial (NCT06981676), incluye a gestantes normopeso (NP, IMC entre 18.5–24.99 kg/m²), mujeres con OB (IMC ≥ 30 kg/m², < 14 sem) y OB con omega 3 (OB-Omega, 600 mg/día). Entre las 32–34 semanas se realizó evaluación ecográfica que incluyó biometría fetal, Doppler fetoplacentario y ecocardiografía fetal: evaluación de dimensiones cardíacas, función sistólica y diastólica, grosor de la íntima-media de la aorta abdominal (AoAb IMT), grasa epicárdica y evaluación neonatal de presión arterial y frecuencia cardíaca a las 24–48 horas posterior al nacimiento. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado (Comité de Ética #230515004).

RESULTADOS

Se evaluaron 119 fetos (78 NP, 32 OB y 9 OB-Omega). En comparación al grupo NP, los fetos de OB presentaron mayor grosor del tabique interventricular (TIV: $2,91 \pm 0,46$ vs $3,47 \pm 0,61$ mm, $p=0,0001$, z-score: -1.1 vs $0,05$, $p=0,003$)

y mayor grosor relativo ventricular izquierdo ($0,5 \pm 0,11$ vs $0,65 \pm 0,16$ mm, $p=0,001$) con aumento de la pared libre de ambos ventrículos. El área de la aurícula derecha fue mayor ($2,22 \pm 0,37$ vs $2,55 \pm 0,53$ cm², $p=0,0035$, z-score: $0,67 \pm 0,69$ vs $2,01 \pm 0,83$, $p=0,037$), un mayor grosor de AoAb IMT ($0,04 \pm 0,01$ vs $0,05 \pm 0,01$ mm, $p=0,0067$) y mayor grasa epicárdica ($1,78 \pm 0,47$ vs $2,25 \pm 0,57$ mm, $p=0,004$). En la función cardíaca se observó un índice de pulsatilidad del ductus venoso (DV IP) mayor en fetos de mujeres OB (z-score: $-0,54 \pm 1,17$ vs $1,59 \pm 0,69$, $p=0,002$) y reducción del cambio de área fraccional del ventrículo derecho (RV FAC, $31,97 \pm 9,52$ % vs $21,65 \pm 12,07$ %, $p=0,001$). En el grupo OB PUFA, la pared libre del VI fue más delgada en comparación a OB ($3,01 \pm 0,49$ vs $2,54 \pm 0,4$ mm, $p=0,0004$) y el TIV z-score, IP DV, RV FAC no tuvieron diferencias con NP. No hubo diferencias en los parámetros neonatales.

CONCLUSIONES

La obesidad materna se asocia con un remodelado cardiovascular fetal, caracterizado por engrosamiento septal, remodelado concéntrico del VI, dilatación AD, mayor grosor de la AoAb IMT y alteración en la función sistólica y diastólica. La suplementación materna con omega-3 se asoció con morfología y función cardíaca similares a los fetos del grupo normopeso, lo que sugiere un posible efecto protector. Se requiere aumentar el tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL (STFF) EN EMBARAZO TRIPLE MONOCORIAL TRIAMNIÓTICO (MCTA): REPORTE DE CASO

Boza A¹, Yamamoto M², Figueroa H².

¹ Interna de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

² Departamento de Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno-Fetal, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El embarazo triple monocorial triamniótico es una condición rara y poco documentada, con alta morbimortalidad perinatal. La literatura describe apenas 63 casos, con tasas de sobrevida de 26% para tres fetos, 31% para dos y 21% para uno. La correcta determinación de la corionicidad resulta clave para el manejo clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 35 años, nulípara, con embarazo por fertilización in vitro (FIV) tras transferencia de dos embriones. Inicialmente catalogado como bicorial triamniótico, la revisión ecográfica confirmó embarazo MCTA. A las 19 semanas se diagnosticó STFF estadio III y se realizó una ablación láser de anastomosis placentarias, sin complicaciones inmediatas. Posteriormente se evidenció óbito del feto C, continuando la gestación hasta la semana 30+6. Se realizó una cesárea por trabajo de parto prematuro. Se obtuvo dos recién nacidos vivos de 1790 y 1760 g., ambos con ductus arterioso persistente resuelto quirúrgicamente.

DISCUSIÓN

Se ha visto que las complicaciones más frecuentes en MCTA son STFF, restricción selectiva del crecimiento, secuencia de perfusión arterial revertida de gemelos (TRAP) y secuencia de anemia-policitemia gemelar (TAPS). El STFF constituye la principal causa de morbimortalidad, y, aún con ablación láser, la sobrevida de tres fetos es excepcional, siendo más frecuente la sobrevida parcial. La literatura señala que la mayoría de

los casos presentan una configuración vascular con dos donantes y un receptor. Esto sugiere la presencia de anastomosis vasculares múltiples y asimétricas, lo que dificulta la cirugía y condiciona el pronóstico. En este caso, se describe un caso de embarazo triple MCTA con STFF, condición de alta mortalidad perinatal. Pese a la ablación láser correctamente indicada por un estadio III de Quintero, se produjo el óbito de uno de los fetos, con sobrevida de los otros dos.

CONCLUSIÓN

El STFF en embarazos triples MCTA constituye un desafío clínico poco frecuente y de elevada morbimortalidad. Este caso aporta evidencia sobre la importancia de la sospecha diagnóstica precoz de complicaciones al enfrentarse a embarazos múltiples y como abordar el manejo terapéutico subsiguiente.

COLITIS ULCEROSA EN EL EMBARAZO E INICIO DE TRATAMIENTO DE TERAPIA BIOLÓGICA DURANTE LA GESTACIÓN: REPORTE DE CASO.

Cárdenas M. (1), Herrera C. (1), Hadad F. (1), Muñoz C. (1), Álvarez S. (1), López-Leiva S. (2), Uribe N. (2)

(1) Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. (2) Hospital San Camilo, San Felipe.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en especial la colitis ulcerosa (CU), en actividad inflamatoria no controlada, se asocia en pacientes embarazadas, a restricción de crecimiento intrauterino, parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia, anemia materna y hemorragia posparto. Por lo que continuar la terapia de mantenimiento es esencial para disminuir el riesgo de reactivación y complicaciones. En cuanto a la terapia biológica, los anti-TNF como infliximab, no incrementan el riesgo de malformaciones congénitas mayores, abortos espontáneos, ni de mortalidad perinatal. Las mujeres embarazadas que presentan crisis de EII pueden, en términos generales, ser tratadas siguiendo las mismas recomendaciones terapéuticas que se aplican a las pacientes no embarazadas, considerando la última dosis administrada y los cuidados del recién nacido. El presente caso corresponde a una paciente embarazada, con antecedente de CU en tratamiento, preeclampsia, restricción de crecimiento, y crisis de CU, tratada con terapia biológica.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo reporte de caso.

RESULTADOS

Paciente de 26 años, multipara de 2 partos vaginales, cursando embarazo de 24+4 semanas, y antecedente de epilepsia y CU en tratamiento con mesalazina y azatioprina. Consulta en urgencias, por dolor abdominal, deposiciones líquidas y rectorragia. Es hospitalizada

en alto riesgo obstétrico, y evaluada por gastroenterólogo quien diagnostica crisis moderada-severa de CU (Truelove-Sits17), iniciando corticoterapia endovenosa. Tras respuesta clínica subóptima, se decide iniciar terapia biológica con infliximab (mediante ley Ricarte Soto), con buena respuesta en primera dosis, a las 27 semanas de gestación, lo que permitió continuar dosis a las 29 y 33 semanas de embarazo. Caso evaluado en comité perinatal, con medicina materno fetal, gastroenterólogo, neonatología, e infectólogo pediatra, con indicación de diferir vacuna de BCG en recién nacido y sin contraindicación de lactancia, manteniendo controles ambulatorios en alto riesgo. En ecografía de 28+6 semanas, se evidencia restricción del crecimiento fetal (percentil 2,8 de OMS) con doppler normal; además, paciente refiere cefalea intensa y fotopsia, con presiones arteriales normales, con proteinuria en 24h positiva, y exámenes de severidad sin alteraciones. A las 32+6 semanas, se solicita ratio sFlt-1/PIGF, que resulta en 92.1, interpretado como preeclampsia (PE). Se hospitaliza a paciente, evolucionando con presiones elevadas, sin severidad, e indicación de inducción farmacológica a las 37 semanas, con parto vaginal sin complicaciones, de recién nacido masculino de 2.680 gr, Percentil 10 - 25 de Alarcon y Pitaluga, APGAR 9/9.

CONCLUSIONES

El caso expone que iniciar terapia biológica durante el embarazo es una alternativa segura y respaldada por la evidencia en crisis de CU refractarias a tratamiento convencional. El control oportuno de la actividad inflamatoria beneficia tanto a la madre como

al feto, aunque, aún con terapia adecuada, se observó RCIU y preeclampsia, dos condiciones asociadas al curso severo de la enfermedad. Esto refuerza la importancia de, en primer lugar, una adecuada consejería preconcepcional y optimización terapéutica para lograr el embarazo en periodo de remisión, y en segundo lugar, de un seguimiento con gastroenterología y obstetricia, con monitoreo materno fetal seriado y pesquisa precoz de alteraciones hipertensivas y del crecimiento fetal. Además, que el resultado del ratio angiogénico alterado, justificó, hospitalización oportuna, por PE. En relación al manejo postnatal, la secreción y transferencia de tratamientos biológicos, como el infliximab, es mínima, y no se han reportado desenlaces adversos en lactantes amamantados por madres tratadas con biológicos.

SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO DOCOSAHEXAENOICO DURANTE EL EMBARAZO PARA PREVENIR TRASTRONOS DE LA PLACENTACIÓN PROFUNDA: UN ENSAYO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO (DEEPER TRIAL)

Carvajal J.A. 1, 3, Carvajal S.A. 1, 3, Araujo K. 1, 3, Rojas M. P. 2, 3, Casanello P.C. 1, 3, Vera C.M. 1, 3

1. Departamento de Obstetricia. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
2. Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
3. Red de Salud UC Christus. Santiago. Chile.

INTRODUCCIÓN

La placentación profunda defectuosa contribuye a complicaciones obstétricas mayores, incluidas el parto prematuro, la preeclampsia (PE) y la restricción severa del crecimiento fetal (RCF). La suplementación con ácido docosahexaenoico (DHA) podría mejorar la función placentaria, pero la evidencia proveniente de ensayos aleatorizados sigue siendo inconsistente.

OBJETIVO

Evaluar si la suplementación precoz con DHA reduce la incidencia de trastornos de la placentación profunda en una población de medianos ingresos.

MÉTODOS

En este ensayo multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo (NCT02336243), mujeres embarazadas con embarazo único de menos de 16 semanas fueron aleatorizadas a recibir DHA 600 mg/día (n=404) o placebo (n=405) hasta el parto. El resultado primario fue un compuesto de parto prematuro ≤ 34 semanas, PE de inicio temprano o RCF severa ($<$ percentil 3). Los análisis se realizaron por intención de tratar.

RESULTADOS

De 844 mujeres evaluadas, 809 fueron aleatorizadas. El resultado primario ocurrió en 3,47% del grupo DHA y en 2,96% del grupo placebo (RR=1,17; IC95% 0,552,50; p=0,685). No se observaron diferencias significativas para RCF severa (RR=0,79; IC95% 0,22-2,95) ni para PE de inicio temprano (RR=0,50; IC95% 0,09-2,73). Los

resultados maternos y neonatales secundarios fueron similares. La adherencia superó el 90% y no se registraron eventos adversos graves.

CONCLUSIONES

La suplementación diaria con DHA (600 mg) desde el inicio del embarazo fue segura y bien tolerada, pero no redujo significativamente la incidencia de trastornos de la placentación profunda. Estudios futuros deberían explorar dosis más altas o estrategias de suplementación dirigidas, particularmente en mujeres con niveles basales bajos de omega-3.

PALABRAS CLAVE

Ácido docosahexaenoico, parto prematuro, preeclampsia, restricción del crecimiento fetal, ensayo controlado aleatorizado.

INFECCIÓN GRAVE POR SARS-COV-2 EN GESTANTES: ESTUDIO CASO CONTROL DE RESULTADOS PERINATALES EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD.

Castillo C.C. *, Cid A.M.

Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Concepción; Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

El embarazo conlleva cambios fisiológicos e inmunológicos que aumentan la susceptibilidad a infecciones respiratorias. Existe evidencia científica que indica que las gestantes tienen un mayor riesgo de desarrollar formas graves de COVID-19 en comparación con mujeres no embarazadas. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre los antecedentes obstétricos y resultados materno-perinatales en gestantes y púerperas con COVID-19 hospitalizadas en unidades de cuidados críticos (UCC) del Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, durante el año 2021.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo tipo caso-control. Se incluyó el total de gestantes y púerperas diagnosticadas con COVID-19 hospitalizadas durante el 2021. La población incluyó 82 mujeres: 19 ingresadas a UCC (grupo caso) y 63 hospitalizadas en unidad de cuidados estándar (UCE) del Servicio de Obstetricia y Ginecología (grupo control). Se analizaron variables maternas, neonatales y de hospitalización. Además, se aplicó el sistema de alerta temprana Loma Linda Obstetrical Warning Score (LLOWS) para evaluar su utilidad en la detección precoz del deterioro clínico en pacientes que requirieron soporte respiratorio avanzado. Se utilizó estadística descriptiva y bivariada (pruebas de Fisher, Chicuadrado, t de Student o U de Mann-Whitney). Se utilizó software estadístico SPSS v25 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las principales causas de ingreso a UCC fueron neumonía e insuficiencia respiratoria ($p = 0,000$). El 94,7 % de las pacientes requirió oxigenoterapia y el 77,8 % ventilación mecánica ($p = 0,004$). En el grupo caso se observó una mayor frecuencia de cesáreas ($p = 0,001$), prematuridad ($p = 0,000$), Apgar bajo ($p = 0,022$), reanimación neonatal ($p = 0,009$) y hospitalización neonatal ($p = 0,000$). La aplicación del instrumento LLOWS se asoció con la necesidad de soporte respiratorio avanzado y una mayor duración de la hospitalización.

CONCLUSIONES

Las comorbilidades preexistentes y las complicaciones respiratorias graves se asociaron con una mayor probabilidad de ingreso a cuidados críticos y peores resultados materno-perinatales. El uso de sistemas de alerta temprana como LLOWS permite identificar oportunamente a gestantes con riesgo de insuficiencia respiratoria que podrían requerir soporte avanzado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética del Servicio de Salud Concepción y de la Universidad de Concepción. Se utilizó codificación alfanumérica y consentimiento informado verbal telefónico. La confidencialidad fue resguardada conforme a las leyes chilenas N.º 19.628 y 20.584.

DOPPLER DE LA ARTERIA UMBILICAL DE “BAJA RESISTENCIA”: FALSO PARADIGMA DE NORMALIDAD.

Collingwood-Selby A. (1), Pérez, J. (1), Bustos J.C (2).

(1) Unidad de Medicina Materno Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología.

(2) Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.

El Doppler de la arteria umbilical ha sido ampliamente utilizado en la evaluación de insuficiencia placentaria, siendo el marcador más estudiado el índice de pulsatilidad (IP) alterado mayor a percentil 95. En el lado inverso de la curva, hay escasísimas referencias acerca del significado de los fetos con IP del Doppler umbilical menor a percentil 5, que se asume de “baja resistencia”. Estudiamos las posibles asociaciones con patologías y mortalidad perinatal de los fetos con Doppler umbilical de “baja resistencia” (DUBR).

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos los casos de DUBR definido por $IP < p5$ y/o tiempo medio de desaceleración (hPSV-DT) $> p95$ (marcador de compliance) obtenidos desde la base de datos de 3380 pacientes. Se incluyen todos los casos con medición de Doppler hasta 3 semanas previo al parto y con resultado perinatal conocido.

RESULTADOS

Se obtuvieron 166 casos con una incidencia de 4,9 %. Se encontraron 10 casos (6%) de arritmias, la mayoría bloqueos AV tanto aislados o asociados a cardiopatías estructurales. 24 casos de fetos gemelares (14,5%) de los cuales 10 casos fueron receptores de Síndrome de transfusión feto feto (STFF). 31 casos de fetos malformados (18,7%) incluyendo 6 casos de trisomías 21, 18 y 13. 19 casos (11,4 %) de arteria umbilical única, ya sea aislada (6 casos) o asociada a malformaciones (13 casos).

La mortalidad perinatal fue alta de 26 casos (15,7 %) con

13 casos de feto muerto in útero y 13 casos de mortinatos. La mayoría de las muertes perinatales asociados a malformaciones y 3 casos por STFF.

CONCLUSIONES

Los casos de fetos con $IP < p5$ y/o HPSV-DT $> p95$ tienen una alta incidencia de patologías: malformaciones, embarazos gemelares con STFF, bloqueos AV y arteria umbilical única, que a su vez condicionan una alta mortalidad perinatal. El paradigma que el DUBR es un hallazgo sin importancia y que solo representan casos de “baja resistencia” placentaria es falaz, en muchas ocasiones son producto de profundas alteraciones de la hemodinamia fetal y deben ser vigilados estrechamente. “El estudio no involucra datos identificables, ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.”

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO PRENATAL DEL SÍNDROME DE JOUBERT ASOCIADO A MUTACIÓN EN EL GEN OFD1: REPORTE DE CASO.

Sergio de la Fuente G.(1), Javier Gálvez H.(2), Catherine Díaz S.(3), Paz Ahumada D.(1), Macarena Gajardo U.(4), Juan Guillermo Rodríguez A.(1)

1. Medicina Materno Fetal, Staff Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO)
2. Becario Medicina Materno Fetal Universidad de Chile
3. Genetista Clínica, Staff Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO)
4. Becaria Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Joubert corresponde a una ciliopatía primaria; enfermedad genéticamente heterogénea caracterizada por malformaciones del mesencéfalo y rombencéfalo, causante de alteraciones significativas del neurodesarrollo, y retraso mental de grados variables.

OBJETIVO

Reportar un caso de diagnóstico prenatal precoz de Síndrome de Joubert asociado a una variante en el gen OFD1, identificada por secuenciación de exoma completo, correlacionando hallazgos ecográficos del primer y segundo trimestre con análisis genético.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evalúa paciente ecográficamente en primer trimestre por marcadores de aneuploidía. Se identificaron múltiples malformaciones incluyendo el recientemente descrito signo lambda en el cerebro posterior del feto, encefalocele y polidactilia. Se realiza, consejería genética, FISH para aneuploidías y secuenciación del exoma completo fetal mediante amniocentesis.

RESULTADOS

FISH para aneuploidías 13, 18 y 21 fue normal. Exoma en líquido amniótico detecta la variante c.1221+3A>G en el gen OFD1 en heterocigosis ligado al cromosoma X, concordante con Síndrome de Joubert. La madre fue confirmada como portadora.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra la utilidad de marcadores ecográficos precoces como el signo lambda para el diagnóstico prenatal de Síndrome de Joubert, destacando la importancia del análisis genético y la consejería en el contexto de hallazgos inespecíficos y variantes de significado incierto.

BOTOX PRENATAL EN MANEJO DE ONFALOCELE GIGANTE

Autores: Egaña G, González P, Herrera N, Márquez R, Blanco M, Corvalán R, Parraguez F, Arancibia D, Moreno A, Astele F, Ahumada E.

Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Clínica Ciudad del Mar.

INTRODUCCIÓN

El onfalocele gigante es una malformación congénita compleja cuya reparación postnatal habitualmente involucra largas estadías en unidades de neonatología, incrementando los riesgos asociados a hospitalizaciones prolongadas. Se ha probado el uso y beneficio de la toxina botulínica en la reparación de grandes defectos abdominales de adultos y su uso en niños ha ido en aumento. Existen escasos reportes de casos aislados que describen un potencial beneficio de la toxina botulínica en fetos con onfalocele gigante, acortando los tiempos de reparación postnatal y disminuyendo la estadía en unidades de neonatología.

MÉTODO

Paciente primigesta cursando embarazo de 31 semanas con diagnóstico de onfalocele gigante con contenido hepático, intestinal y gástrico desde las 13 semanas. Biopsia de vellosidades coriales 46xx. Resto de anatomía normal. Se discute caso con progenitores y equipo multidisciplinario (medicina materno fetal, cirugía infantil, neonatología y anestesia), en donde se acuerda utilizar toxina botulínica en la pared abdominal fetal. Dado la experiencia que tiene el centro con cirugías prenatales, se decide administrarlo al feto con madre bajo anestesia general en pabellón. Se utilizó un trocar número 22 para inyectar la toxina botulínica bilateralmente teniendo como referencia el extremo distal de la última costilla en donde se identifica el espacio subaponeurótico como una franja econegativa de la pared abdominal fetal. La dosis utilizada fue 25 UI de toxina botulínica en cada lado, inyectándose bajo visión ecográfica y sin

incidentes. Se logró exponer el lado más distal del feto con maniobras gentiles gracias a la anestesia general.

RESULTADOS

Se controló a la gestante semanalmente luego de la administración de la toxina botulínica, identificando a partir de la segunda semana un aumento del contenido abdominal con eventración notoria del contenido hepático y gástrico. Feto evoluciona con crecimiento adecuado y se programa interrupción electiva del embarazo a las 38 semanas. En 2 tiempos quirúrgicos se realiza cesárea obteniendo una recién nacida de 3410 grs que se entrega inmediatamente a equipo de cirugía infantil para la instalación de apósito hidrocoloide adhesivo para lograr una reducción gradual del defecto. Lactante evoluciona con requerimiento de ventilación mecánica y monitorización. Al séptimo día se logra cierre completo del defecto. Paciente es dada de alta a los 32 días de vida alimentándose con leche materna.

CONCLUSIONES

La toxina botulínica prenatal pudiera ser una herramienta segura para mejorar el pronóstico quirúrgico postnatal en los casos de onfalocele gigante, acortando los tiempos de cierre de la pared abdominal y los tiempos de estadía en neonatología.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES DURANTE LA GESTACIÓN Y SU IMPLICANCIA EN LA CONDICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA.

Estrada J1,2, Del Sol M1, Aguayo A2, Ahumada J2, Miglino M.A3

1 Facultad de Medicina, Programa de Doctorado en Ciencias Morfológicas, Universidad de La Frontera, Temuco.

2 Carrera de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Concepción, Chile.

3 Postgraduate Professor, Veterinary Medicine, Universidad Unimar, Marília, Brasil.

INTRODUCCIÓN:

La gestación es una etapa sensible en el desarrollo y bienestar en la adultez. Se ha determinado que la Condición del Espectro Autista (CEA) tiene su etiología en factores ambientales. Esta condición se caracteriza por dificultades persistentes en socialización, conducta, interacción y comunicación, y ha ido en aumento, siendo 1 de cada 160 niños en el mundo. El objetivo fue determinar los factores de riesgo biopsicosociales presentes durante la gestación asociados a la CEA.

MÉTODOS:

Revisión sistemática entre 2013 y 2025 en las bases de datos PubMed, Scielo, WoS, Science, Lilacs y Scopus, identificando 24 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Se determinaron las variables utilizando la nemotecnia PIO, con los términos: gestación, factores de riesgo y condición del espectro autista. Se incluyeron términos clave y libres. Cada conjunto se unió con el operador booleano OR y se limitó la búsqueda utilizando el operador booleano AND.

RESULTADOS:

Dentro de los factores psicológicos, se ha demostrado que existe una relación entre la salud mental materna y el desarrollo de la Condición del Espectro Autista (CEA) en los hijos, independientemente de si están en tratamiento. Enfocándonos en los aspectos biológicos, se identificaron factores que muestran una asociación significativa con el desarrollo del trastorno: la edad materna, el parto prematuro, la cesárea, las complicaciones en la gestación y el sexo masculino del feto. Los niveles

de cortisol están relacionados con un aumento en la sintomatología del trastorno, siendo más prevalente en el sexo masculino. En cuanto a las condiciones sociales, se identificaron algunas, aunque no se encontró una relación significativa con el desarrollo del CEA.

CONCLUSIONES:

Es fundamental incluir en los controles preconcepcionales y prenatales la detección y tratamiento de las condiciones y patologías asociadas con la programación fetal relacionadas con el CEA, además de ampliar las investigaciones al respecto.

PALABRAS CLAVES:

Espectro autista, Programación fetal, Factor biológico, Factor social, Factor psicológico.

CORTISOL MATERNO Y SU IMPACTO EN LA PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO FETAL E INFANTIL.

Estrada J1,2, Del Sol M1, Monserrat P2, Porter B2, Miglino M.A3

1 Facultad de Medicina, Programa de Doctorado en Ciencias Morfológicas, Universidad de La Frontera, Temuco.

2 Carrera de Obstetricia, Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud, Concepción, Chile.

3 Postgraduate Professor, Veterinary Medicine, Universidad Unimar, Marília, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El cortisol es una hormona glucocorticoide que mantiene la homeostasis en el organismo favoreciendo la respuesta a diversos procesos biológicos. No obstante, esta condición se ve alterada por situaciones en que el factor estresante es abrumador liberando cortisol continuo lo que impacta en las señales que permiten las funciones fisiológicas y metabólicas, condición visualizada en situaciones de estrés crónico y patologías de la salud mental como depresión, ansiedad o ambos. El objetivo de este trabajo fue establecer los efectos del cortisol alterado materno en la programación y el desarrollo fetal e infantil.

MÉTODOS

Revisión sistemática, registrada en próspero y bajo las directrices PRISMA. Realizada en las bases de datos PubMed, Scopus, Springer, Ovid, Web of Science, Science Direct y EBSCOhost, desde enero de 2025 hasta la fecha. Se utilizaron términos MeSH "pregnancy", "hydrocortisone", "Embryonic and Fetal Development", "human development" junto a sus sinónimos respectivamente. Actualmente en la etapa de inclusión y extracción de los resultados, presentados en esta oportunidad los preliminares que están descritos en 12 estudios.

RESULTADOS

Los síntomas depresivos, ansiedad y estrés crónico tendrían una asociación con el aumento del cortisol. Esta condición podría regularse con la eficacia del funcionamiento de la enzima 11 β -HSD2 placentaria para convertir el cortisol en su metabolito inactivo que es la cortisona

con el fin de proteger al feto de los niveles excesivos de cortisol materno, con respecto al infante se han observado alteraciones y compromiso en el desarrollo neurológico y en el aprendizaje en la descendencia de gestantes que han sufrido estrés mantenido.

CONCLUSIONES

Podría existir evidencia de su transmisión generacional y en la alteración del eje HPA en la siguiente generación en los casos del cortisol materno elevado.

PALABRAS CLAVES

Pregnancy, hydrocortisone, embryonic development, fetal development, human development.

CERCLAJE UTERINO Y LATENCIA AL PARTO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Vergara MJ¹, Andrighetti MC², Soto R¹, Urzúa N³, Valenzuela S³, Jorquera JI³, Kreisberg M³, Ferrer-Márquez F¹, Urbano N¹, Vera C.¹, Carvajal J.¹, Fuenzalida F¹.

¹Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ²Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ³Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro (PP) es una de las principales causas de morbilidad infantil, en particular aquel que se produce antes de las 28 semanas. La incompetencia cervical es una causa importante de PP. El cerclaje uterino previene el PP por incompetencia cervical en pacientes seleccionadas de alto riesgo bajo 3 indicaciones clásicas, reduciendo en embarazos únicos el PP antes de las 37 (RR 0,8) y de las 34 semanas (RR 0,77). En embarazos múltiples, existe evidencia que respalda su indicación por ultrasonido (US) con cervicometría <15 mm y por examen físico. Existe escasez de estudios respecto a indicaciones y resultados del cerclaje en Chile. En este contexto, el propósito de este estudio es conocer la latencia al parto tras la realización de un cerclaje y caracterizar a este grupo de pacientes en un hospital universitario en Chile.

METODOLOGÍA

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidas a cerclaje en la Red Salud UC Christus, en un periodo de 10 años (2015-2024), que concluyeron su embarazo en la institución. Para el análisis de variables continuas se utilizó mediana y rango intercuartil (RIQ). Para el análisis de latencia al parto, se construyeron curvas de Kaplan Meier.

RESULTADOS

129 pacientes fueron sometidas a cerclaje vía vaginal en el periodo estudiado. De estas, 15 se perdieron al seguimiento, 4 cerclajes fueron frustrados y una paciente presentó un óbito fetal. Finalmente, 109 pacientes fueron incluidas en el análisis. La mediana de edad fue de 34

años (RIQ 31-37). 53 (48,6%) fueron indicados por historia, 45 (41,3%) por US y 11 (10,1%) por examen físico. 6 (5,6%) cerclajes se realizaron en embarazos gemelares y 1 (0,9%) en un embarazo triple. 4 pacientes requirieron re-cerclaje y uno se consideró incompetente, con manejo hospitalizado con pesario. Los cerclajes indicados por historia tuvieron una mediana de latencia al parto de 22,7 semanas (RIQ 18,4-24,2), los indicados por US de 13,6 semanas (RIQ 10,7-16,1) y los indicados por examen físico de 12,6 semanas (RIQ 3,6-14,9). Posterior al cerclaje, un 84% de las pacientes con indicación por historia, un 77% de las pacientes con indicación por US y un 98% de las pacientes con indicación por examen físico, utilizó progesterona. 100% de las pacientes con cerclaje indicado por historia y 97,6% de los indicados por US tuvo un parto posterior a las 28 semanas de edad gestacional (90% y 79% sobre las 34 semanas; 64% y 48,8% sobre las 37 semanas, respectivamente). En el grupo de cerclaje por examen físico un 27,3% nació antes de las 28 semanas y 36,4% sobre las 34 semanas.

CONCLUSIÓN

El cerclaje en sus distintas indicaciones permite prolongar la latencia al parto y reducir la prematuridad extrema. El cerclaje por historia clínica y por US se asocian a una mayor proporción de partos a término, recalcando la importancia del adecuado control prenatal y tamizaje universal con cervicometría para la identificación oportuna de estas pacientes cambiando el curso natural de la insuficiencia cervical. El diagnóstico precoz y manejo correcto de estos casos permite prevenir la prematuridad y sus complicaciones.

METRICAS DE DINAMICA GLICEMICA MATERNA EN DIABETES MELLITUS GESTACIONAL COMO POTENCIALES PREDICTORES DE RIESGO PERINATAL

P Valero^{1,2}, K Silva¹, J Carvajal¹, J Galaz¹, M Fariás¹, R Soto¹, R Moore-Carrasco², EM van der Beek³, L Sobrevia^{1,4}

¹Departamento de Obstetricia, División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (Chile). ²Facultad de Ciencias de la Salud, U Talca, Chile. ³UMCG, U Gröningen, Países Bajos. ⁴Ins tuto Nestlé de Ciencias de la Salud, Suiza.

INTRODUCCIÓN

Alteraciones en perfiles glicémicos son comunes en pacientes con diabetes mellitus po 1 y po 2. Sin embargo, el efecto de diabetes mellitus gestacional (DMG) sobre los parámetros de las variaciones glicémicas de 24 horas (i.e. dinámica glicémica) es desconocido. Objetivo: Determinar los parámetros de dinámica glicémica en mujeres embarazadas con GDM.

MÉTODOS

Mujeres con embarazos sin GDM (no-GDM) o GDM (n = 4-6) del Hospital Clínico UC CHRISTUS (consentimiento informado y aprobación é ca 220723001) fueron incluidas en el estudio. La glicemia fue monitorizada (cada 60 seg) por 14 días con el dispositivo de monitoreo con novo FreeStyle® Libre™-2 en el 3er trimestre (T3) en GDM y 1er (T1) y T3 en no-GDM a par r del cual se determinó 26 métricas de dinámica glicémica mediante el software Spyder 3.5.

RESULTADOS

Los parámetros DT y MSE de dinámica glicémica fueron menores (Student t-test independiente y pareado, promedio \pm SD, $P < 0.05$) en GDM vs no-GDM en T3 (4742 ± 2016 vs 5693 ± 2125 y 0.32 ± 0.03 vs 0.39 ± 0.04 , respectivamente). En no-GDM, el IQR fue mayor (25 ± 8 vs 18 ± 6 mg/dL glucosa y ADRR fue menor (4.6 ± 2.5 vs 5.7 ± 2.7) en T3 vs T1. Se obtuvo correlaciones positivas (+) o negativas (-) (correlación Pearson, $P < 0.05$ significa vo) en no-GDM: edad materna (-X MODD, -CONGA24 -AUC -GVP +MAG de T3), peso pregestacional (+DT de T3) y peso de

término (-ADRR de T1 y -MAGE +EA1C +HBGI +JIND +DT +GMI de T3). En embarazos con GDM (en T3): edad materna (+GVP -IQR), peso pregestacional (+IQR +%CV +SD +CONGA24 +HBGI +Q-score), talla materna (+%CV +MODD +CONGA24) e índice de masa corporal materna pregestacional (+IQR +SD +HBGI +J index +DT -MSE-CI -MSE). El peso del recién nacido de no-GDM correlacionó +%TIR en T1 y +X +%TIR +AUC y +GVP -LBGI -DT -MAG y M en T3. La talla del RN correlacionó +DT y +GVP de T3. En GDM, el peso del recién nacido correlacionó +MAGE en T3.

CONCLUSIÓN

La caracterización de la dinámica glicémica materna revela un valor potencial como marcador predictivo de desenlace perinatal, lo que resalta la necesidad de incorporar su análisis en la evaluación clínica de embarazos con GDM.

FINANCIAMIENTO

DIDEMUC 220723001, FAPESP 2016/01743-5 (Brasil), Becas de doctorado ANID 21221870 y Universidad de Talca (PV), y ANID 21251843 y UC-Nestlé (KS).

RENDIMIENTO DEL ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO Y PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN SANGRE MATERNA PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFLAMACIÓN INTRA-AMNIÓTICA EN CHILE

Vergara MJ^{1,2}, Soto R¹, Bresciane M¹, Bitar F¹, Sande M¹, Palomer J³, Dauvergne J¹, Oyarce I¹, Magdalena Ruiz-Esquirol^{1,2}, Poblete JA^{1,2}, Carvajal JA^{1,2}, Kusanovic JP^{1,2}, Marcelo Farías Jofre^{1,2}, Galaz J^{1,2}

¹División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Red de Salud UC-CHRISTUS. ³Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad perinatal, y la inflamación intra-amniótica (IIA) está presente en una proporción relevante de casos. El diagnóstico estándar de IIA se realiza midiendo la concentración de IL-6 en líquido amniótico, pero su acceso es limitado en Chile. Como alternativa, históricamente se han utilizado parámetros citoquímicos de líquido amniótico y marcadores inflamatorios en sangre materna. En este estudio evaluamos su rendimiento diagnóstico de dichos marcadores para IIA.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los resultados de IL-6 en líquido amniótico (LA) de pacientes en las que se realizó una amniocentesis para descartar IIA y cuyo parto fue atendido en la Red de Salud UC-CHRISTUS entre Enero de 2021 y Julio de 2024. El diagnóstico de IIA se estableció con concentración de IL-6 >2.6 ng/ml. Se analizaron curvas ROC para los resultados de citoquímico de líquido amniótico, así como también parámetros inflamatorios en sangre materna al momento de la amniocentesis. Se calculó el índice de Yuden para calcular el umbral óptimo de detección para cada parámetro. Este proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Red de Salud UC-CHRISTUS (ID 240617014).

RESULTADOS

Se estudiaron 107 pacientes. Los biomarcadores que tuvieron un rendimiento estadísticamente significativo fueron LDH en LA (AUC 0.81; umbral 165, S 77.8%, E

65.3%), Recuento Absoluto de neutrófilos (RAN) en sangre materna (AUC 0.8; umbral 11010, S 62.9%, E 91.3%), leucocitos en sangre materna (AUC 0.79; umbral 13000 S 66.7% y E 86%), Proteína C Reactiva en sangre materna (AUC 0.77; umbral 0.85, S 81.4% E 71.8%), Razón Neutrófilos/Linfocitos (AUC 0.72; umbral 6.4, S 51.9% E 88.8%), % de Neutrófilos en sangre materna (AUC 0.71, umbral 6.4, S 51.9% E 88.8%) y glucosa en LA (AUC 0.70; umbral 23, S 58.8% E 58.8%). Se realizó un análisis multivariado combinando todos estos parámetros, obteniendo los mejores resultados con un modelo de 3 marcadores (LDH y glucosa en LA, y RAN) con una AUC de 0.84 (S 77.8% E 83.8%) para la detección de IIA. Finalmente, se generó una calculadora clínica incluyendo estos tres parámetros.

CONCLUSIÓN

Algunos biomarcadores aislados mostraron rendimiento moderado para diagnóstico de IIA, siendo LDH el con mejor desempeño. La combinación de LDH y glucosa en líquido amniótico asociado al recuento absoluto de neutrófilos en el hemograma mejoró la precisión diagnóstica. Si bien el gold standard para diagnóstico de IIA es la IL-6, el modelo propuesto puede ser una herramienta útil en centros sin acceso a IL-6, favoreciendo el manejo oportuno de la IIA.

FINANCIAMIENTO

Este estudio está financiado por el Fondo de Becarios de la DIDEMUC y FONDECYT Regular 1252163.

AUMENTO DE TASA DE PARTO PREMATURO EN CHILE Y SU CORRELACIÓN CON LA RADIACIÓN SOLAR REGIONAL: POTENCIAL ROL DE LA VITAMINA D.

Cortes P1, Zamora G1, Salas PJ1, Palomer J3, Valero P1, Silva K1, Aravena D1, Sobrevia L1, Poblete JA1,2, Carvajal JA1,2, Kusanovic JP1,2, Bortzutzky A1,2, Farías-Jofre M1,2, Galaz J1,2

1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2Red de Salud UC-CHRISTUS

3Escuela de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad perinatal. Pese a los esfuerzos por disminuir su prevalencia, la tasa de parto prematuro ha permanecido estable e incluso ha aumentado en algunos países. El déficit de vitamina D, relacionado a menor exposición a radiación UVB, ha sido asociado a parto prematuro. En Chile, la amplia variabilidad de radiación solar entre el norte y el sur del país ofrece un escenario único para explorar esta relación. El objetivo de esta investigación fue analizar la evolución de la tasa de parto prematuro en los últimos 15 años y su correlación con la radiación solar regional en Chile.

MÉTODOS

Utilizamos los datos de nacimientos inscritos publicados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) entre el año 2010-2024 para calcular la tasa de parto prematuro. Además, se creó un mapa calorimétrico con la variación en la tasa de parto prematuro agrupando las regiones del norte, centro y sur. Finalmente, se obtuvieron los promedios de radiación solar UVB en las capitales de cada región de Chile usando datos de la NASA POWER para hacer una correlación con la tasa de parto prematuro a lo largo de Chile. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID 240617014).

RESULTADOS

En Chile, la tasa de parto prematuro ha aumentado sostenidamente entre el 2010 al 2024 desde un 7.2% a un

10.2% ($p < 0.001$). Dicho aumento también se observa al analizar la evolución de partos prematuros extremos (24-28 semanas, $p = 0.04$), moderados (28-32 semanas, $p < 0.001$) o tardíos (34-37 semanas $p < 0.001$). Es importante destacar un aumento brusco en la tasa de parto prematuro entre el 2020 y 2021 desde un 8.5% a un 9.4%, posiblemente vinculada a embarazos en contexto de pandemia. Además, hay una correlación inversa estadísticamente significativa entre la radiación solar de UVB regional y la tasa de parto prematuro (r^2 0.6, $p < 0.001$) a lo largo de Chile.

CONCLUSIÓN

En Chile, la tasa de parto prematuro ha aumentado significativamente en los últimos 15 años, mostrando una distribución geográfica inversamente proporcional a la radiación solar regional. Estos hallazgos sugieren un posible rol de la vitamina D en la etiología del parto prematuro y abren la necesidad de nuevos estudios que evalúen estrategias preventivas basadas en este eje.

FINANCIAMIENTO

Esta investigación fue financiada por el proyecto FONDECYT Regular #1252163).

IMPLEMENTACION CLÍNICA DE IL-6 COMO MARCADOR DIAGNÓSTICO DE INFLAMACIÓN INTRA-AMNIÓTICA EN EMBARAZADAS CHILENAS: UNA MIRADA A LA REALIDAD LOCAL

Oyarce I1, Bitar F1, Bresciane M1, Friedrich I1, Escobedo E1, Soto R1,2, Vergara MJ1,2, Magdalena Ruiz-Esquivel1,2, Poblete JA1,2, Carvajal JA1,2, Kusanovic JP1,2, Marcelo Farías Jofre1,2, Galaz J1,2

1 División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2 Red de Salud UC-CHRISTUS

INTRODUCCIÓN

La prematuridad es la principal causa de morbilidad perinatal en Chile y el mundo. Aproximadamente, uno de cada diez partos ocurre prematuramente. De estos, un tercio está relacionado a inflamación intra-amniótica (IIA), que se diagnostica clínicamente con elevación de citoquinas pro-inflamatorias (i.e., IL-6) en el líquido amniótico. Sin embargo, sólo en los últimos años la IL-6 se encuentra disponible en Chile para ser medida en líquido amniótico, por lo que la tasa de IIA y complicaciones perinatales utilizando este marcador, es desconocida.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los resultados de IL-6 en líquido amniótico de pacientes en las que se realizó una amniocentesis para descartar IIA y cuyo parto fue atendido en la Red de Salud UC-CHRISTUS entre Enero de 2021 y Julio de 2024. Se excluyeron pacientes con embarazos gemelares, malformaciones fetales o a las que se realizó amniocentesis para estudio genético. El diagnóstico de IIA se estableció con concentración de IL-6 >2.6 ng/ml. Se analizaron variables clínicas maternas y resultados perinatales. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$. Este proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Red de Salud UC-CHRISTUS (ID 231012007).

RESULTADOS

Se analizaron muestras de 107 pacientes. Un 34.5% tenía cuello corto o insuficiencia cervical, un 32.7% síntomas de parto prematuro con membranas íntegras, un 27.1%

rotura prematura de membranas, y un 5.6% otras patologías (metrorragia, Sd. Febril, etc). Un 25.2% (27/107) de todas las pacientes tenían IIA y 74.7% (88/117) tenían niveles normales de IL6. Además, un 7.5% de las pacientes tuvo cultivos positivos para microorganismos en líquido amniótico. No hubo diferencias en edad materna ni en sexo fetal entre ambos grupos. Si bien la edad gestacional a la amniocentesis no era diferente entre los grupos, el tiempo entre la amniocentesis y el parto fue menor en el grupo con IIA que en el grupo sin IIA ($p=0.001$), lo que se refleja en una mayor tasa de parto prematuro en el grupo con IIA ($p < 0.001$). Finalmente, el peso de nacimiento y el Apgar a los 1 y 5 minutos fue menor en las pacientes con IIA que en las sin IIA ($p=0.01$). Al analizar distintos parámetros medidos en líquido amniótico, los que tuvieron mejor precisión para determinar parto < 7 días fueron IL-6 y LDH.

CONCLUSIÓN

Una de cada cuatro pacientes a las que se les realizó una amniocentesis tuvo inflamación intra-amniótica, la que se asoció a mayor frecuencia de parto prematuro, menor peso neonatal y peores resultados perinatales inmediatos. En nuestra cohorte, IL-6 y LDH en líquido amniótico mostraron la mejor capacidad para predecir parto en menos de 7 días, lo que refuerza la utilidad de incorporar estos biomarcadores en la práctica clínica local para una identificación más temprana y un manejo más preciso del riesgo de prematuridad.

FINANCIAMIENTO: Este estudio está financiado por el Fondo de Becarios de la DIDEMUC y FONDECYT Regular #1252163.

VITAMINA D Y VÍAS INFLAMATORIAS EN PARTO PREMATURO ASOCIADO A INFLAMACIÓN INTRA-AMNIÓTICA: ANÁLISIS IN SILICO DE MEMBRANAS CORIOAMNIÓTICAS

Zamora GZ¹, Wichmann I¹, Valero P¹, Salas PJ¹, Aravena D¹, Silva K¹, Poblete JA^{1,2}, Carvajal JA^{1,2}, Kusanovic JP^{1,2}, Sobrevia L¹, Galaz J^{1,2}.

¹División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Red de Salud UC-CHRISTUS

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es la principal causa de morbilidad perinatal a nivel mundial. Un tercio de los partos prematuros espontáneos ocurre en presencia de inflamación intra amniótica, condición que actualmente carece de terapias específicas. Evidencia creciente indica que la vitamina D ejerce funciones anti-inflamatorias mediante la modulación del inflamasoma NLRP3 y la vía de IL-6. Sin embargo, el rol de esta vitamina en la inflamación intra-amniótica no ha sido investigada en profundidad.

MÉTODOS

Se realizó un análisis bioinformático de una base de datos pública de RNA-seq de membranas corioamnióticas de mujeres con síntomas de parto prematuro con membranas íntegras, asociado a infección intra-amniótica (n=11), inflamación intra-amniótica estéril (n=17) o controles sin inflamación (n=12). Se descargaron matrices de conteo procesadas desde GEO, se normalizaron mediante el método TMM y se realizó análisis de expresión diferencial con el pipeline limma-voom. Se investigaron genes de la vía de la vitamina D (VDR, RXR, CYP24A1, CYP27A1, CYP27B1, CYP11A1, CYP2R1), del inflamasoma NLRP3 (NLRP3, ASC, CASP1, IL1B, IL18, GSDMD) e IL6. Se efectuó además un análisis de enriquecimiento de conjuntos génicos (GSEA) usando bases de datos de ontología biológica (MSigDB). Esta investigación está aprobada por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID 240617014).

RESULTADOS

El análisis reveló que las membranas corioamnióticas con inflamación intra amniótica presentan enriquecimiento significativo de procesos biológicos asociados a inflamación, incluyendo "IL6 JAK STAT3 signaling", "respuesta inflamatoria aguda" y "defensa frente a bacterias". Entre los genes diferencialmente expresados se encontraron IL6, y componentes del inflamasoma NLRP3 como CASP1 y IL1B. Notablemente, también se observaron alteraciones en genes de la vía de la vitamina D, con un aumento de VDR, CYP27A1 y CYP27B, y una disminución de CYP24A1, sugiriendo que la inflamación intra-amniótica impacta directamente sobre este eje inmunomodulador.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados preliminares muestran que la inflamación intra amniótica altera tanto mediadores clásicos de inflamación (IL-6, IL-1 β , NLRP3) como componentes de la vía de la vitamina D en membranas corioamnióticas. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que la vitamina D podría desempeñar un rol protector modulando la inflamación intra amniótica. El estudio en curso permitirá explorar la utilidad de la suplementación con vitamina D como estrategia terapéutica para reducir parto prematuro asociado a inflamación.

FINANCIAMIENTO

Este estudio es financiado por el proyecto FONDECYT Regular #1252163

EXPERIENCIA CON CERCLAJES DURANTE 8 AÑOS: ANÁLISIS MULTIVARIABLE DE FACTORES PRONÓSTICOS EN HOSPITAL BASE DE VALDIVIA.

García-Huidobro MT (1,2), Espinosa F (2), Vogt S (1,2), Guerra F (1,2), Aedo S (2).

(1) Instituto de Ginecología y Obstetricia, Universidad Austral de Chile

(2) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Base de Valdivia

INTRODUCCIÓN

La incompetencia cervical puede generar abortos de segundo trimestre y partos prematuros. El cerclaje cervical es una intervención efectiva para su tratamiento. Se clasifica según tipo de indicación en: cerclajes por historia obstétrica, por ultrasonografía o examen físico. Existe escasa literatura actual sobre factores que determinan su éxito. El objetivo de este estudio fue describir los resultados obstétricos de embarazos con cerclaje en nuestro centro y analizar variables que puedan predecir la edad gestacional al parto.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional, que incluyó embarazos únicos con cerclaje cervical antes de las 27 semanas, entre enero de 2016 y diciembre de 2023, en el Hospital Base Valdivia, Chile. Se compararon los resultados obstétricos según tipo de indicación de cerclaje: historia de incompetencia cervical, ultrasonografía y examen físico. A partir de variables clínicas obtenidas del historial médico se realizó un análisis multivariable de supervivencia, encontrando factores pronósticos para la edad gestacional al parto.

RESULTADOS

Se incluyó una cohorte de 115 embarazadas. Se realizaron 42 (36,5%) cerclajes por historia de incompetencia cervical, 57 (49,5%) por ultrasonografía y 16 (13,9%) por examen físico. La mayoría fueron realizados vía vaginal (n: 113, 98,2%). Solo 2 fueron realizados vía abdominal (1,8%). La mediana de edad gestacional al parto fue de

37,4 semanas. No hubo diferencias significativas al comparar las edades gestacionales al parto entre los 3 grupos analizados. La prolongación de gestación (tiempo entre instalación de cerclaje y parto) fue de 22 semanas para los cerclajes por historia; 15 semanas para los por ultrasonografía y 12,5 semanas para los por examen físico. Se realizaron 5 re-cerclajes durante el periodo de estudio. Hubo 3 abortos de segundo trimestre (2,6%) y no hubo mortinatos. De las variables pronósticas estudiadas, fueron significativas: (i) el tiempo de uso del cerclaje (Hazard Ratio: 0,87 (p: 0.02), (ii) la indicación de cerclaje por historia de incompetencia cervical (Hazard Ratio: 5,49 (p: 0.003) y (iii) la indicación de cerclaje por ultrasonografía (Hazard Ratio: 1.49 (p<0.001).

CONCLUSIONES

El aumento de tiempo de uso de cerclaje y la ausencia de indicación de cerclaje por incompetencia cervical y ultrasonografía, son factores pronósticos independientes que favorecen el parto a término en gestaciones con cerclaje en nuestro centro. Un riguroso control preconcepcional y prenatal podría permitirnos detectar precozmente las mujeres que se benefician de esta intervención logrando indicar el cerclaje en el momento oportuno y así, disminuir la incidencia de parto prematuro.

RESULTADOS PERINATALES DE TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

González F1,2, López Leiva S2, Salamanca M1,2, Urquieta J1,2, Sepúlveda-Martínez A2, Parra-Cordero M2.

1. Residente de Medicina Materno-Fetal, Universidad de Chile.
2. Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La transfusión intrauterina (TIU) de glóbulos rojos es un procedimiento terapéutico que permite una sobrevida mayor al 95% en los fetos afectados. El uso universal de la profilaxis con inmunoglobulina anti-Rh(D) ha reducido drásticamente la necesidad de esta técnica, sin embargo, sigue existiendo necesidad en casos de isoinmunización por este grupo o grupos no clásicos, infecciones, hemoglobinopatías y complicaciones del embarazo gemelar monocorial, entre otras. El diagnóstico de anemia fetal moderada a severa se sospecha de forma no invasiva cuando la medición de la velocidad sistólica máxima de la arteria cerebral media (VMax ACM) es mayor o igual a 1,50 múltiplos de la mediana (MoM), requiriendo confirmación mediante cordocentesis, momento en el cual puede realizarse la TIU si se confirma anemia moderada o severa. La información respecto a los resultados internacionales es amplia, pero en nuestro país los datos sobre la frecuencia, características y resultados de este procedimiento no han sido explorados durante los últimos años.

MÉTODOS

Se realiza un análisis observacional, longitudinal y retrospectivo del grupo de pacientes complicados por anemia severa sometidos a una TIU de glóbulos rojos entre los años 2004 y 2025 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH).

RESULTADOS

Entre los años 2004 y 2025 se realizaron 73 TIU en 23 fetos. En cuanto a la etiología que motivó el procedimiento, el 52,17% (12/23) fue secundario a isoinmunización

anti-Rh(D), el 26,09% (6/23) a complicaciones asociadas a los gemelos monocoriales, el 13,04% (3/23) a infecciones, el 4,35% (1/23) a isoinmunización anti-Kell y el 4,35% (1/23) a una causa idiopática. En la tabla se describen las características relacionadas al procedimiento, comparando entre embarazos únicos y gemelares. La sobrevida durante el periodo perinatal fue de 86,95% (20/23), sin registrarse mortalidad hasta el mes de vida en los casos de isoinmunización anti-Rh(D) y de complicaciones del embarazo gemelar monocorial. De las 3 muertes perinatales, 1 es atribuible al procedimiento y 2 a las patologías subyacentes.

CONCLUSIÓN

La TIU de glóbulos rojos en el HCUCH demostró ser una técnica efectiva para el manejo de la anemia fetal severa, logrando una alta tasa de sobrevida perinatal, especialmente en casos de isoinmunización anti-Rh(D) y de complicaciones asociadas a embarazos monocoriales. Los fetos cursando con anemia en embarazo gemelar tienden a tener menores niveles de hemoglobina pero niveles similares de volumen transfundido, lo que guarda relación con una menor edad gestacional a la cual se realiza el procedimiento. Además, al nacer a una menor edad gestacional tienen una tendencia a un menor número de TIU. Se recomienda fortalecer los programas de cribado y seguimiento ecográfico Doppler en embarazos de alto riesgo, así como asegurar la pericia de equipos que realicen TIU, con el fin de diagnosticar precozmente la anemia fetal y realizar la intervención de manera oportuna, minimizando las complicaciones y mejorando la sobrevida perinatal.

Parámetro	General (23)	Único (17)	Gemelar (6)	Valor p
Edad gestacional (semanas)	29,44 + 4,22	29,84 + 4,35	27,43 + 2,67	0,022
Hidrops (%)	26,09 (6/23)	35,3% (6/17)	0% (0/6)	0,144
VMax ACM (MoM)	1,66 + 0,43	1,56 + 0,31	2,13 + 0,64	0,076
Hemoglobina pre-TIU (g/dl)	8,52 + 3,08	8,85 + 2,41	6,78 + 5,01	0,228
Volumen transfundido (ml)	61,03 + 30,91	61,21 + 27,66	59,89 + 46,45	0,939
Número de TIU	3,08 + 2,43	3,52 + 2,63	2,00 + 1,41	0,114
Edad gestacional al parto (semanas)	33,76 + 3,26	34,80 + 2,91	30,66 + 2,10	0,012

PREECLAMPSIA PRECOZ A LAS 15 SEMANAS CON HEMATOMA HEPÁTICO ROTO EN EMBARAZO POR FERTILIZACIÓN IN VITRO: REPORTE DE CASO

Honorato M., González P., Walker B., Schneider S., Sepúlveda V.

Clínica Alemana de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una complicación grave de los trastornos hipertensivos del embarazo. Su aparición antes de las 23 semanas es infrecuente y se asocia a alta morbilidad materna y perinatal. En este grupo, las complicaciones hepáticas ocurren hasta en 23% de los casos, siendo la ruptura hepática la más común y potencialmente fatal.

MÉTODOS

Se describe el caso de una paciente con preeclampsia precoz, su abordaje multidisciplinario y evolución.

RESULTADOS

Mujer de 52 años, nulípara por FIV con ovodonación, cursando 15+3 semanas, consultó por dolor epigástrico agudo con vómitos. Ingresó normotensa; al laboratorio destaca Hb 11,7 g/dL, plaquetas 265.000/mm³, LDH 305 U/L, GOT 88 U/L, GPT 60 U/L, ácido úrico 3,5 mg/dL, proteinuria 0,18 g/24 h, ratio angiogénico sFlt-1/PIGF de 82,5 (con sFlt-1: 3430 pg/mL y PIGF: 41,6 pg/mL). Ante la persistencia del dolor se solicita imagen abdominal, que evidencia hematoma subcapsular hepático derecho de 15 cm sin sangrado activo o lesión estructural subyacente. Evoluciona con crisis hipertensivas y clínica sugerente de irritación neurosensorial, por lo que se inicia sulfato de magnesio. Progresó a shock hipovolémico y rotura hepática de segmentos posteriores del lóbulo hepático derecho requiriendo laparotomía de urgencia, packing hepático e interrupción del embarazo por causal 1 ley IVE. Permanece en UCI, laparostomizada durante cuatro días, con cierre abdominal exitoso, estabilización

clínica y reducción progresiva del hematoma en controles, egresando en buenas condiciones generales.

CONCLUSIONES

La preeclampsia de inicio precoz puede presentarse de forma atípica y se asocia a una mayor incidencia de hematoma y ruptura hepática, lo que obliga a mantener un alto índice de sospecha clínica para prevenir complicaciones severas. La confirmación diagnóstica con laboratorio (enzimas hepáticas, LDH, plaquetas, proteinuria), la imagen abdominal y el manejo quirúrgico oportuno asociado a la finalización del embarazo fueron determinantes para la supervivencia materna.

ASPECTOS ÉTICOS

El reporte de caso es retrospectivo, elaborado a partir de antecedentes clínicos y hospitalarios, sin datos identificables ni intervenciones distintas a la práctica asistencial, resguardando los principios de la Declaración de Helsinki.

PALABRAS CLAVE

síndrome HELLP; hematoma subcapsular hepático; preeclampsia precoz; ruptura hepática; embarazo por FIV; microcesárea

ENFERMEDAD HEPÁTICA ALOINMUNE GESTACIONAL: PREVENCIÓN DE RECURRENCIA CON INMUNOGLOBULINA ENDOVENOSA.

López-Leiva S. (1), Muñoz C. (2), Álvarez S. (2), Herrera C. (2), Hadad F. (2), Iturrieta N. (2), Aguilera L. (2) Cárdenas MV. (1,2), Peñaloza G. (3)

1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Camilo, San Felipe. 2. Universidad de Valparaíso, campus San Felipe. 3. Servicio de Neonatología, Hospital San Camilo, San Felipe.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad hepática aloinmune gestacional (EHAG) es una entidad poco frecuente, caracterizada por insuficiencia hepática neonatal secundaria a daño mediado por anticuerpos maternos IgG. Presenta una recurrencia cercana al 70%. La administración de inmunoglobulina endovenosa (IgEV) en embarazos subsecuentes reduce este riesgo a menos del 5%. El presente caso corresponde a una paciente con antecedente de hijo fallecido en período neonatal por EHAG, manejada con terapia preventiva con IgEV durante nueva gestación.

MÉTODO: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo reporte de caso que cuenta con la aprobación del comité ético científico de investigación de la dirección del Servicio de Salud Aconcagua.

RESULTADOS: Paciente de 29 años, G10P6A3, con antecedente EHAG en embarazo previo. El recién nacido fue de término, sin antecedentes perinatales y dado de alta en buenas condiciones. A los 13 días de vida consulta por ictericia asociada a coluria y acolia, con laboratorio compatible con hepatopatía grave: hiperbilirrubinemia total de 18,5 mg/dL (directa 13,9), asociado a GPT 750 U/L, GOT 1.543 U/L, fosfatasa alcalina 1.080 U/L y alteración severa de la coagulación (TP 11%, INR ~6). Gasometría y electrolitos normales, PCR 8,9 mg/L. Se descartó malformaciones biliares, y la resonancia magnética reveló depósitos aumentados de hierro intra y extrahepáticos, compatibles con EHAG. A pesar de iniciarse tratamiento, el neonato falleció a los 21 días de vida. La paciente cursa con nuevo embarazo, y tras asesoramiento familiar amplio se planifica esquema de IgEV en dosis de 60 g cada 2 semanas entre las 14 y 18 semanas

y luego semanal hasta las 38, dando un total de 23 dosis. El costo económico de los fármacos fue de \$78.540.000. Las primeras administraciones se realizaron en unidad de cuidados intensivos para monitorización estricta y posteriormente en sala de maternidad, a través de una infusión lenta, con incrementos progresivos. Durante el tratamiento, se registraron efectos adversos leves (cefalea, mialgias y epistaxis leve), manejados sintomáticamente. Se obtuvo recién nacido vivo, por cesárea, APGAR 9/9. Se documentaron alteraciones transitorias en el recién nacido: hiperbilirrubinemia indirecta (máx. 7.06 mg/dL), prolongación leve de TP/INR (INR 1.23-1.24), aumento discreto de transaminasas y LDH, todas estabilizadas con vitamina K y manejo expectante. No se registraron complicaciones maternas graves ni compromiso neonatal significativo.

CONCLUSIONES: Este caso destaca la relevancia de reconocer antecedentes de EHAG y ofrecer manejo preventivo con IgEV en embarazos posteriores para reducir recurrencias y pérdidas fetales. La administración de 1 g/kg bloquea anticuerpos maternos y modula la cascada del complemento, mostrando eficacia en disminuir neonatos afectados y mortalidad fetal. Sus limitaciones son el alto costo, la necesidad de hospitalización y la elevada tasa de efectos adversos como meningitis aséptica. La literatura respalda iniciar IgEV en pacientes con antecedentes de EHAG a partir de las 14 semanas de gestación, con aplicación quincenal hasta la semana 18 y luego semanal hasta la programación del parto entre las 37 y 38 semanas. Se enfatiza la importancia de protocolos estandarizados, cobertura financiera y seguimiento multidisciplinario en este grupo de gestantes de alto riesgo, asegurando tanto la eficacia clínica como la seguridad materno-fetal.

DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE HETEROTAXIA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Luco, M.¹, Vergara MJ.¹, Rosas A.², Luna D.², Silva P.², Díaz P.², Prieto JF.², Paredes E.², Kusanovic JP.^{1,2}, Vargas P.^{1,2}

¹ División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile ² Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Sótero del Río,

INTRODUCCIÓN

El situs visceral corresponde a la disposición de los órganos con respecto a la línea media. Dentro de sus alteraciones se encuentra el situs inverso y el situs ambiguo (síndrome de heterotaxia), el cual puede ser derecho e izquierdo. Es una patología poco frecuente, con incidencia de 1/10.000 nacidos vivos. El isomerismo izquierdo se caracteriza por interrupción de la vena cava inferior con dilatación de la vena Ácigos/hemiácigos, poliesplenia y arritmias, con mayor frecuencia de óbito fetal. El isomerismo derecho suele presentar malformaciones cardíacas más graves, que condicionan un peor pronóstico posnatal, además de yuxtaposición aortocava, asplenia, hígado central y atresia esofágica o duodenal. Ambos representan un desafío diagnóstico y terapéutico, dado que el pronóstico dependerá de múltiples factores. Este trabajo busca caracterizar y revisar los resultados de las pacientes con diagnóstico prenatal de heterotaxia fetal en nuestra unidad, obteniendo datos locales que permitan una mejor consejería prenatal.

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico prenatal de síndrome de heterotaxia, registrados en el sistema ViewPoint, durante el periodo entre 2016 y 2024.

RESULTADOS

Se identificaron 16 pacientes con diagnóstico prenatal de heterotaxia fetal, todos correspondientes a embarazos únicos. 5 (31.3%) fueron clasificadas como heterotaxias derechas, 8 (50%) como heterotaxia izquierda, 2 (12.5%) como situs inversus y uno no fue

especificado. En los casos de heterotaxias derechas las anomalías cardíacas observadas incluyeron: ventrículo único (2 casos), canal auriculoventricular (CAV), vasos en doble salida, atresia mitral y aórtica, y transposición de grandes arterias (TGA). En las heterotaxias izquierdas se describieron alteraciones del ritmo (4 casos), CAV, TGA, alteraciones del retorno venoso, interrupción de la vena cava, agenesia de ductus venoso. Entre las anomalías extracardiacas asociadas se reportaron: polihidroamnios, hígado central, huesos largos cortos, intestino hiperecogénico, sospecha de atresia esofágica (4 pacientes) o duodenal, encefalocele, hidrocefalia y sospecha de hipoplasia cerebelosa. Se obtuvo seguimiento de 13 pacientes. 2 (15.4%) pacientes evolucionaron con óbito fetal a las 34 semanas. De los 11 casos restantes, 8 (72.7%) tuvieron cesárea, 3 (27.3%) partos vaginales. La mediana de EG al parto fue 38+0 semanas (rango 35+3-39+2). El peso de nacimiento fue de 3185 g (RIQ 2697.5- 3330g). 8 cariotipos resultaron normales y un caso presentó trisomía 21. Al momento de la revisión, 9 (81.8%) pacientes habían fallecido y 2 (18.2%) permanecían con vida.

CONCLUSIÓN

La heterotaxia es una condición congénita compleja, asociada a una alta mortalidad. En nuestra serie, se observó una mayor sobrevida postnatal en los casos de heterotaxia izquierda, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura. Estos hallazgos deben ser considerados tanto en la consejería prenatal como en la toma de decisiones terapéuticas.

BAJO NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE VIGILANCIA DE LA NORMATIVA DE FORTIFICACIÓN DE HARINAS CON ÁCIDO FÓLICO POR PARTE DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE.

Margery G., Triviño M.

Actividad Final de Grado presentada a la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Salud Pública Global.

INTRODUCCIÓN: El ácido fólico (Vitamina B9), participa como coenzima en la duplicación del ADN y el ARN y en general en la duplicación celular. Se ha descrito la importancia del ácido fólico en el embarazo haciéndose especial referencia a la implicancia en el cierre del tubo neural, además, de incidir en otros aspectos de salud de la población. El déficit a veces no es evidente desde el punto de vista clínico, pero son importantes en el desarrollo y funcionalidad del individuo. En Chile desde el año 2000 por ley se debe fortificar la harina de trigo para reducir la prevalencia de alteraciones del desarrollo del tubo neural (DTN). La norma fue de 2,0-2,4 mg de AF/kg. Después de la implementación del Programa de Fortificación de Harinas con Ácido Fólico, se ha reducido a una tasa estimada de 7,8 y 3,9 x 10000 en RN, vivos y muertos, con peso igual o mayor a 500 g. La vigilancia del cumplimiento de la normativa está a cargo del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), Objetivo. Conocer los resultados de la fiscalización del cumplimiento de la normativa sobre fortificación de harinas con ácido fólico en Chile por parte del ISP.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda en los siguientes Buscadores: Scielo, PubMed, Google Scholar, Redalyc, Medscape, Public Health Database (Proquest), Medline, ProQuest Central y en las publicaciones del ISP. Se encontraron 6 publicaciones: Una publicación de Castillo et al, 4 del ISP de Chile, 1 de la Dra. Rosa Pardo el 2015. Se solicitaron los resultados de fiscalización al Instituto de Salud Pública de Chile a través de transparencia, los que no fueron entregados.

RESULTADOS: La fortificación de las harinas de trigo, exclusivamente. La vigilancia comenzó en el año 2005 y sólo hay publicados resultados de los años 2007, 2008,

2010, 2011, 2012 y 2023. En todos los años el cumplimiento promedio no sobrepasa el 50% y el tamaño muestra ha descendido de 350 muestras en el año 2005 a 50 en el año 2023. Propuesta. Modificación del Reglamento Sanitario de Alimentos, para incluir en el programa de fortificación con ácido fólico, a todas las harinas, incluyendo trigos y granos que se elaboren en el país y también a las importadas, incluyendo la fortificación con vitamina B12, como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) y como se realiza en EEUU a fin evitar el riesgo de submetilación y síntesis de homocisteína; generar un protocolo obligatorio de notificación de resultados de vigilancia; medir los folatos séricos en grupos especiales: embarazadas, niños y adultos mayores; actualizar la prevalencia de alteraciones del tubo neural, dado que la última medición es del año 2015 y de fisura labio palatina no sindrómica, que se ha asociado al metabolismo del folato y su relación con la submetilación observada. Se debe considerar que cerca del 20% de los nacimientos actualmente, corresponde a mujeres inmigrantes que no consumen productos elaborados con harinas de trigo.

CONCLUSIONES: La vigilancia del cumplimiento de la norma de fortificación de harinas no se cumple todos los años. El muestreo ha disminuido permanentemente a niveles que no son representativos ni extrapolables. No existe un protocolo que norme la forma de obtener las muestras, las cantidades mínimas ni indicadores para la evaluación de resultados y los cambios demográficos deben ser considerados para una posible modificación de la Ley de fortificación. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CÁNCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Muñoz E1, Vergara MJ1, Pey O3, Saez N14, Urzua M14, Pertossi E14, Puga O4, Silva P2,, Prieto JF2, Luna D 2, Paredes E2, Rosas A2, Díaz P2., Vargas P 1,2 , Kusanovic JP 1,2

1 División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2 Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile. 3 Interna de medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 4 Equipo de oncoginecología, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) corresponde al cáncer ginecológico más comúnmente diagnosticado en el embarazo (1). Su enfrentamiento en el embarazo es desafiante, y supone un equilibrio entre el tratamiento oncológico y los riesgos fetales (1). Su diagnóstico es mayoritariamente en etapas precoces (14% IA, 47% IB1 y 19% IB2) con sobrevida similar a la de pacientes no embarazadas (1-3). Sin embargo, el último reporte en Chile publicado el 2004, concluyen que el embarazo se asociaría a un peor pronóstico (4). Es por esto, que resulta necesario conocer datos recientes de este grupo de pacientes en nuestra realidad local.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo. Se recolectaron retrospectivamente variables maternas y perinatales de pacientes con diagnóstico de CaCu y embarazo, entre los años 2016 y 2025, que tuvieron su atención en el CASR.

RESULTADOS

Se identificaron 14 casos de CaCu concomitante con embarazo. La mediana de edad al diagnóstico fue de 34 años (rango intercuartil (RIQ): 30,3-36,8). En el 50% de las pacientes el diagnóstico fue realizado en el 2° trimestre (8-34 semanas). Sólo 6 pacientes (42,9%) contaban con una Papanicolaou vigente. La presentación más frecuente fue sinusorragia (35,7%). Un 28,6% era asintomática. La etapa clínica más frecuente al diagnóstico fue IB2 (42,9%), con solo 4 casos con etapa sobre IB2 (28%) y un 64% correspondía a carcinoma escamoso. El 64% de las pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante,

iniciando entre las 20+5 hasta las 27+4 semanas, con un total de 2 a 5 ciclos. Una paciente optó por la interrupción voluntaria del embarazo. En el resto de las pacientes, un 28% (n=3) progresaron clínicamente durante el embarazo pese al tratamiento. La mediana de EG al parto fue de 36,7 semanas (RIQ 35,6 - 37,4 semanas). En el 75% se realizó una cesárea electiva, entre las 33+6 y 38+0 semanas (mediana 36,6 semanas, RIQ 35,6- 37,2), y el 78% recibió resolución quirúrgica oncológica en el mismo tiempo operatorio. La mediana de peso de nacimiento fue 2827 g (RIQ 2481-3101g), con sólo un recién nacido menor a percentil 10. No se reportaron APGAR bajos, ni efectos adversos neonatales a la quimioterapia. En una mediana de 54 meses de seguimiento (RIQ 26,3-106,5), hay 2 pacientes con progresión de enfermedad y una muerte debido a recurrencia de la enfermedad, siendo la única en nuestra cohorte.

CONCLUSIÓN

El control prenatal con PAP y examen físico son claves para un diagnóstico oportuno de cáncer cervicouterino en el embarazo, siendo la detección temprana un factor pronóstico importante para el tratamiento. El manejo multidisciplinario con oncoginecología es esencial para mejorar los resultados obstétricos y oncológicos de las pacientes.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio cuenta con autorización por parte del comité ético-científico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR DEL HIDROSALPINX BILATERAL

Muñoz J.F. 1,2 Monsalve L.P. 2 Caballero MA. 3

1 Hospital Clínico Herminda Martin Chillan

2 Universidad Católica de la Santísima Concepción

3 Lab Andrología Fertilib , Chillan

INTRODUCCIÓN

La infertilidad afecta al 1 de cada 7 parejas que desean embarazo , y dentro de este grupo el 15-20% es debido a un problema tubario . El máximo daño que puede experimentar la trompa de Falopio , es el Hidrosalpinx , condición que implica la acumulación de liquido tubario al interior de esta , liquido que es toxico para el embrión , motivo por el cual es vital la resolución de esta condición , para conseguir un embarazo viable, por técnicas de fecundación in vitro (FIV) . Clásicamente una vez confirmado el Hidrosalpinx , se ofrece tratamiento quirúrgico previo a FIV , el cual consiste en salpingectomía , oclusión tubaria proximal o esclerosis tubaria. El tratamiento quirúrgico conservador es otra opción para pacientes que no pueden optar a FIV . En el sistema publico chileno , el acceso a FIV es muy limitado , por lo que ofrecer una alternativa a la FIV para esta condición en el sistema es una opción valida a nuestro parecer. Presentamos un caso clínico de tratamiento quirúrgico laparoscópico del Hidrosalpinx bilateral que logro conseguir embarazo viable con técnicas de baja complejidad. Explicando las condiciones que creemos necesarias para ofrecer dicha técnica.

OBJETIVO

Demostrar que es posible el tratamiento quirúrgico conservador del Hidrosalpinx bilateral con fines reproductivos sin necesidad de FI . Describir las características clínicas del Hidrosalpinx para ofrecer tratamiento conservador.

MATERIALES Y MÉTODO

Descripción de un caso clínico. Caso Clínico : Paciente S.V.S. 31 años sin hijos , nacionalidad Haitiana , 5 años en busca de embarazo . En estudio de fertilidad durante 2024 en Consulta de Fertilidad en Hospital Clínico Herminda Martin , se constata Pareja con Oligo-Astenospermia moderada , Conc 10 millon /ml , MPT 16% , REM :4.6 millón . Ciclos regulares AMH 2,2, ng/ml , FSH 5,4 U/L , E2 : 38 g/ml , IgG (-) para Chlamydia trachomatis . Eco TV : Normal . Se solicita una HSG , la cual revela Hidrosalpinx bilateral (imagen 1) . Ante esta situación y dado que no existía opción de FIV en el corto plazo se plantea Histeroscopia +Laparoscopia. Histeroscopia revela cavidad endometrial indemne , ostium impresionan permeables , Laparoscopia revela hemiabdomen superior Normal, pelvis con Hidrosalpinx bilateral sin fimbria visibles , sinequias laxas de ovarios a útero y trompas , el cual se hace mas evidente con la instilación de azul de metileno por medio del manipulador uterino . Se realza Neo Fimbria bilateral con tijera y bipolar con muy baja energía , evidenciando endosalpinx rosado rugoso , se coagula serosa tubaria realizando de esta forma una ostomía estable , la cual se confirma instilando azul de metileno , procedimiento que se repite en el lado contralateral.(imagen 2-3-4) . Es dada de alta al día siguiente y se maneja con ACO por 3 meses , posteriormente se repite nuevamente HSG , la cual revela ausencia de Hidrosalpinx , con ambas trompas permeables , catalogándose con Histerosalpingografía Normal (imagen 5) , luego de ello se procede a realizar una Inseminación Intrauterina con Inducción de ovulación controlada

, ya que su pareja tenía Factor masculino asociado. Consiguiendo una ovulación folicular , inseminándose en día 12 del ciclo con REM de 3,2 millón , obteniendo un embarazo viable , el cual se encuentra en control actualmente , llevando 15 semanas de embarazo. Conclusion , creemos que la Plastia Tubaria laparoscópica , específicamente la NeoFimbria , es una opción válida para parejas con Hidrosalpinx bilateral que no pueden optar a FIV . Las caracterizas que consideramos deben ser tomadas en cuenta a la hora de ofrecer dicha técnica , es que la mucosa tubaria no se encuentre dañada , generalmente cuando el Hidrosalpinx es "retenedor" (es visible sin duda a la Ecografía) , la mucosa se encuentra dañada, pero cuando este es "No retenedor " es solo evidente a la Histerosalpingografía , hay opciones de manejo conservador .

PERITONEODIÁLISIS EN EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz E1, Soffia M1, Vergara MJ1, Manosalva J1, Paredes R1, Julio R3, Silva P2, Martinovic C2, Prieto JF2, Luna D 2, Vargas P 1,2, Kusanovic JP 1,2

1. Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río 3. Nefrología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) durante el embarazo es una entidad poco frecuente, reportándose una tasa de embarazo en mujeres con ERC en etapa terminal de 0.5-1.4%.¹ Dentro del manejo en etapas avanzadas de ERC se encuentra la terapia de reemplazo renal (TRR), siendo posible realizarla tanto por hemodiálisis (HD) como por peritoneodiálisis (PD). Esta última, es la menos frecuente y cuenta con menor información durante el embarazo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años multipara de 2 partos vaginales con embarazos fisiológicos previos y antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES) diagnosticado en 2020 con nefropatía lúpica con hemodiálisis desde 2021 en peritoneodiálisis desde 2022, insuficiencia cardíaca FEVI reducida e hipertensión pulmonar. Inicia controles del embarazo a las 11 semanas con peritoneodiálisis diaria con 4 ciclos semanales de 2000 cc, hasta la semana 28 en donde se disminuye a 1800 cc por ciclo debido a tolerancia de la paciente. Se mantiene con seguimiento periódico por el equipo de ARO y Nefrología. A las 30 semanas se pesa feto PEG por lo cual se mantiene con seguimiento ecográfico bisemanal. Se indica hospitalización a las 34 semanas para maduración pulmonar y vigilancia fetal, manteniéndose estable los primeros días, hasta las 34+4 semanas, en los cuales se vió incremento del BUN sobre 50 mg/dL, por lo que se aumentó los ciclos a 6 veces por semana, con respuesta parcial. La interrupción del embarazo fue a las 35+1 semanas

con inducción del trabajo de parto. Se recibe un recién nacido vivo sexo femenino, peso nacimiento 1780 grs, talla 42.5 cm, Apgar 8-9. En el puerperio evoluciona sin complicaciones y se da de alta con su esquema dialítico previo.

DISCUSIÓN

Existe escasa evidencia con respecto a la seguridad y tolerancia de la peritoneodiálisis durante el embarazo debido a su baja incidencia. Se ha visto en reportes de casos en los cuales la principal complicación son las dificultades técnicas asociadas al procedimiento debido a la disminución del volumen dialítico, sobre todo en el IIIº trimestre. Durante el embarazo se requiere optimizar la intensidad y duración de los ciclos, la frecuencia y tolerancia óptima no ha sido determinada, siendo el principal objetivo, el nivel de nitrógeno uréico menor a 35 mg/dL.² En nuestra paciente, se mantuvo con PD de manera ambulatoria, con ajuste según tolerancia de paciente, a excepción de los últimos días (a partir de las 34+4 semanas), en los cuales el ajuste fue por objetivo metabólico. La edad gestacional para interrupción del embarazo no ha sido establecida, siendo la principal indicación en los reportes de casos la mala tolerancia a la PD y las posibles complicaciones obstétricas, tales como preeclampsia, anemia, diabetes mellitus gestacional y peritonitis y fetales como parto prematuro, restricción de crecimiento fetal y muerte neonatal, llegando algunos casos más allá de las 37 semanas.¹ Es importante sopesar los riesgos fetal asociados a la prematuridad

para decidir la interrupción del embarazo. En nuestro caso, se determinó a las 35+1 semanas, debido a las comorbilidades maternas y el aumento de requerimientos de terapia, con buenos resultados tanto maternos como fetales.

CONCLUSIONES

El manejo de la PD en ERC durante el embarazo debe ser multidisciplinario e individualizado a cada paciente, determinando requerimientos específicos y evaluando los riesgos en cada caso.

RELACIÓN DE COCIENTE DE FACTORES ANGIOGÉNICOS ELEVADOS E INTERVALO AL PARTO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA Y RCIU.

Pérez AL, Bendel S, Allendes M., Aguilera S, Gonzalez R, Pons A., Martinovic C., Quiroz L., De La Fuente S., Diaz C, Diaz C, Braun H, Muñoz H.

Hospital Félix Bulnes Cerda, Clínica Las Condes. Universidad de Los Andes, Universidad del Desarrollo, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal, responsable del 14% de las muertes maternas a nivel mundial. Los criterios diagnósticos clásicos no predicen con precisión la progresión hacia complicaciones graves, mientras que el cociente de factores angiogénicos Sift-1/PlGF (CFAg), ha demostrado un valor diagnóstico y pronóstico, siendo un marcador útil para estimar el riesgo de evolución desfavorable y la necesidad de una pronta interrupción.

OBJETIVO

El objetivo fue evaluar el Cociente de Sift-1/PlGF en la predicción del intervalo de tiempo desde el diagnóstico al parto, en pacientes con Preeclampsia y/o restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), sin criterios de Interrupción.

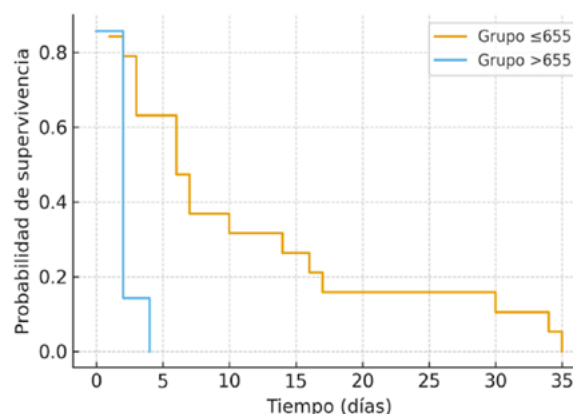
MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo y multicéntrico con una muestra de 122 pacientes con Preeclampsia o RCIU, sin criterios de interrupción, ingresadas a la Unidad de alto riesgo de el Hospital Félix Bulnes Cerda y Clínica Las Condes. Se analizaron los resultados del CFAg y su asociación con el intervalo en días hasta el parto, siendo este intervalo el resultado primario a estudiar. Para el análisis estadístico se utilizó el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética. Además, no existe ningún conflicto de interés.

Resultados. De las 122 pacientes incluidas, 7 presentaron cocientes > 655 (cuartil 4), con edad gestacional de 23 a 32 semanas y tuvieron una media de 2.1 días (0-4) de intervalo para el parto. En contraste, 20 pacientes con cocientes $> 84/110$ (elevado, antes y después de 34 s), con edad gestacional de 21 a 36 semanas, mostraron un intervalo al parto significativamente mayor $p < 0,001$, con una media de 7 días (0-30).

CONCLUSIONES

Los resultados confirman que un cociente de factores angiogénicos > 655 se asocia con intervalos de interrupción acortados del embarazo, comparados con aquellas pacientes con valores alterados, menores de 655. Estos resultados confirman la utilidad del cociente Sift-1/PlGF, como herramienta de estratificación de riesgo y planificación clínica en pacientes con Preeclampsia y/o RCIU. Figura 1. Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier entre los dos grupos $p < 0,001$.



PROTOCOLO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO DEL DÉFICIT DE ORNITINA TRANSCARBAMILASA (OTC) DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO

Vergara, MJ¹., Paredes, E¹., Carvajal, E¹., Neumann, F²., Vargas, P¹,³., Kusanovic, JP¹,³.

1. Médico especialista en Ginecoobstetricia de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

Los errores hereditarios del ciclo de la urea se caracterizan por defectos en la vía metabólica que permite la excreción del exceso de amonio, lo que conduce a hiperamonemia. La deficiencia de ornitina transcarbamilasa (OTCD) es el error congénito más frecuente del ciclo de la urea, y su gravedad varía desde potencialmente letal hasta déficits neurocognitivos a largo plazo. El embarazo y el período periparto son desafiantes, ya que pueden precipitar una descompensación de esta enfermedad, y solo se han reportado 51 casos asociados al embarazo a nivel mundial. Sin embargo, no existen guías de manejo para la OTCD durante la gestación. Presentamos el primer caso en Chile de una mujer embarazada con deficiencia de OTC, quien tuvo un desenlace materno y neonatal favorable gracias a un protocolo de manejo interdisciplinario.

específica y suplementación adecuada. Se midieron en serie las concentraciones plasmáticas de amonio en el postparto, todas dentro de rangos normales. La paciente fue dada de alta con recuperación favorable. Al mes de vida, la recién nacida se encontraba asintomática.

CONCLUSIÓN

El desarrollo de un protocolo interdisciplinario para el manejo de la deficiencia de OTC favorece un desenlace perinatal exitoso.

CASO CLÍNICO:

Paciente primigesta, de 28 años, con deficiencia de OTC hospitalizada a las 13+3 semanas de gestación debido a una descompensación de su patología de base. Se desarrolló un protocolo de manejo multidisciplinario y se indicó suplementación con aminoácidos y benzoato de sodio. Se realizó un control seriado de exámenes con amonemia semanal. A las 38 semanas evolucionó con trabajo de parto espontáneo. Se obtuvo una recién nacida de sexo femenino con un peso al nacer de 3560 g y puntaje Apgar de 4-6-8 al minuto, 5 y 10 minutos, respectivamente. La madre fue monitorizada durante 72 horas con administración de dextrosa parenteral, recibió dieta

MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CASOS CON DIAGNÓSTICO PRENATAL Y SEGUIMIENTO CLÍNICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Arias A 1, Guglielmetti F 1, Orostizaga A 1, Vukusich N 1, López Leiva, S 2, Parra-Cordero M 2,

1 Residente de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

2 Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La malformación congénita de la vía aérea pulmonar (MCVAP) se caracterizan por una pérdida del tejido alveolar y una proliferación excesiva de tejido pulmonar con dilataciones quísticas de los bronquiolos terminales. Se describen tres grandes tipos: Tipo I (60-70%), quiste único o múltiples >2 cm, tipo II (15-20%) representados por quiste único o múltiples entre 0.5-2 cm, tipo III (5-10%) lesión sólida, quistes <0.5 cm. El secuestro broncopulmonar (SBP) se distingue por su irrigación sistémica desde la aorta y tiende a presentarse con lesiones ecogénicas de aspecto sólido, mientras que las MCVP pueden tener un componente sólido-quístico. Las lesiones híbridas de MCVP/SBP son relativamente comunes. Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo y de cohorte, de gestantes controladas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) con diagnóstico de MCVAP o SBP. Se realiza caracterización de la lesión, manejo prenatal y necesidad de terapia fetal y evolución postnatal. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se detectaron 42 casos en total (MCVAP+SBP); de estos, 30 casos (71,4%) fueron MCVAP, los cuales se distribuyeron en [tipo I= 4 (13.3%), tipo II= 6 (20%), tipo III= 9 (30%), tipo IV= 0 (0%), Indeterminada 11 (36,6%)] y 12 casos (28.6%) de SBP. La edad materna promedio es de 30,5 años. La edad gestacional al diagnóstico es de 23+6 semanas, con un rango entre 12+0 - 34+0 semanas. Según

registros, tres casos recibieron tratamiento intrauterino (uno de ellos recibió solo corticoides, otro corticoides + derivativa cistoamniótica, y el otro corticoides con toracocentesis). En cuanto a los resultados post natales, se obtuvo seguimiento de 15 pacientes; un 93.3% (n=14) requirió cesárea. Con una edad gestacional al nacer promedio de 38 semanas y promedio de peso al nacer de 3.351 gramos. Un 26,7% requirió cirugía postnatal (4/15), con un promedio de días de hospitalización de 2 días. En cuanto al seguimiento, un 60% (9/15) de los niños fueron controlados por broncopulmonar al menos hasta el año de vida. Actualmente 53.3% (8/15) permanece en controles.

CONCLUSIONES

La MCVAP y el SBP representan un grupo heterogéneo de malformaciones pulmonares congénitas que, pese a su variabilidad ecográfica y clínica, en la mayoría de los casos presentan una evolución favorable, con bajo requerimiento de intervención intrauterina y buenos resultados neonatales. Si bien una proporción de pacientes requirió manejo postnatal quirúrgico, el seguimiento muestra una adecuada sobrevida y desarrollo, destacando la importancia del diagnóstico prenatal oportuno para planificar la vía de parto y el manejo multidisciplinario. Se recomienda potenciar las estrategias de cribado e implementar protocolos de seguimiento prenatal ecográfico estandarizado en los casos de malformaciones pulmonares congénitas, que permita identificar oportunamente a los fetos que se potencialmente

se beneficien de terapia antenatal y que sean derivados a centros con pericia en este tipo de manejo, optimizando el manejo intrauterino y garantizando la coordinación con equipos neonatales y quirúrgicos especializados.

DECLARACIONES ÉTICAS

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.”

DOPPLER DE ARTERIA UMBILICAL EN FETOS CON SD. DE TURNER

Pérez, J.1, Collingwood-Selby, A.1, Bustos J.C2.

1Programa de Título de Especialista de Ginecología y Obstetricia de Universidad de Chile, Sede Occidente

2Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Turner (ST) es una de las aneuploidias más frecuentes, se asocia a elevada incidencia de muerte intrauterina (FMIU) en el primer y segundo trimestre y a restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) en el tercer trimestre. Se han postulado factores placentarios y genéticos para explicar estas complicaciones, sin embargo, no hay estudios acerca de la función placentaria. El objetivo de este estudio es analizar el Doppler de la arteria umbilical en el ST y su posible relación con la pérdida fetal y el RCIU.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian 12 fetos con ST, con un total de 29 estudios Doppler. Se midió la velocimetría doppler en arteria umbilical mediante el índice de pulsatilidad (IP) y el tiempo medio de desaceleración (hPSV-dt). Se analizan tres tramos de edad gestacional: menor a 20 + 6 semanas, 21 a 30 semanas y mayor de 30 semanas.

RESULTADOS

los Doppler de arteria umbilical en el TS están alterados en un 50 % y un 54 % cuando son evaluados con PI y hPSV-dt respectivamente. Estas cifras son similares en los tres tramos de edad gestacional. Diez fetos (83%) se presentaron con hidrops desde la primera mitad del embarazo. La mortalidad perinatal fue de un 67 % (8/12) debido tanto a interrupción voluntaria del embarazo o FMIU, todas las muertes fetales estaban asociadas a hidrops. Se lograron cuatro recién nacidos vivos: dos fetos cuyo hidrops regresó espontáneamente y dos

casos que nunca tuvieron hidrops. Dos fetos con flujo diastólico ausente después de las 14 semanas estaban asociados a hidrops y muerte fetal.

CONCLUSIÓN

un gran porcentaje de fetos con ST tienen un Doppler umbilical alterado, estos hallazgos sugieren que existe una insuficiencia placentaria y que el origen del RCIU es mixto, tanto de origen placentario y como no placentario. En relación con la muerte fetal el marcador más importante es la presencia de hidrops.

HIPERTENSIÓN PULMONAR Y VENTRÍCULO ÚNICO MATERNO ASOCIADO A RCIU SEVERO: DECISIONES LÍMITE EN UN EMBARAZO DE ALTÍSIMO RIESGO. REPORTE DE CASO

Pérez, J.1, Arancibia, T.1, Pereira, D.1, Carvajal, V.1, Vera, H.2, Ahumada, P.2

1Programa de Título de Especialista de Ginecología y Obstetricia de Universidad de Chile, Sede Occidente 2Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías graves en el embarazo, particularmente la hipertensión pulmonar (HTP, mWHO-IV), representan una contraindicación absoluta de embarazo debido a su alta mortalidad materna (40-100%). Sin embargo, cuando la paciente decide continuar, el equipo tratante enfrenta un escenario de riesgo extremo que obliga a un manejo multidisciplinario y decisiones en condiciones de constante incertidumbre.

CASO

Presentamos el caso de una nulípara de 33 años con cardiopatía congénita compleja (situs inversus, ventrículo único izquierdo, HTP severa), IMC 16,5 y saturación basal de O_2 de 64%. Durante la gestación cursó con restricción de crecimiento intrauterino precoz (<p2,5) que debutó a las 21 semanas y que progresó a Doppler patológico con flujo umbilical reverso y estadio III de Barcelona a las 26 semanas. La paciente cursó con trombocitopenia severa y hematocrito elevado, lo que limitaba las opciones anestésicas: por un lado, la anestesia regional tendría alto riesgo hemorrágico y, por otro, la general con alto riesgo de no poder extubar, necesidad de ECMO e incluso trasplante pulmonar como escenario terminal. Incluso las opciones en eventual situación terminal se encontraban limitadas por la significativa desnutrición hipóxica calórica en que se encontraba. Esto conllevó a un dilema tanto ético, como médico y obstétrico: avanzar el embarazo implicaba mayor deterioro hemodinámico materno en torno a las 28 semanas, pero interrumpirlo antes suponía una cesárea en condiciones

anestésicas extremadamente desfavorables, y un alto riesgo de morbilidad para el recién nacido. Tras reuniones multidisciplinarias (cardiología, cardio-anestesia, neonatología y perinatología), se optó por cesárea electiva a las 28 semanas, buscando reducir la probabilidad de una urgencia sin preparación, y un peso más óptimo para el feto. El procedimiento se realizó bajo técnica neuroaxial combinada: combinación de epidural lenta con bloqueo espinal ligero, sin complicaciones maternas inmediatas. El recién nacido de 490 g falleció al quinto día de vida por sepsis neonatal. El período postoperatorio y puerperio inmediato de paciente se mantuvo en unidad coronaria, de manera estable y sin complicaciones. Dándose de alta en condiciones adecuadas a la semana post-parto.

CONCLUSIONES

Este caso refleja no solo la complejidad médica, sino también la carga emocional y ética de enfrentar decisiones donde cada opción conlleva riesgos maternos catastróficos. La anticipación, el trabajo coordinado y la toma de decisiones balanceando riesgos de vida en ambos extremos son claves para enfrentar estos embarazos límite.

DÉBITO DE VENA UMBILICAL ABSOLUTO Y NORMALIZADO POR PESO EN RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Pérez, J.1, Montero, B.1, Bustos, JC2.

1Programa de Título de Especialista de Ginecología y Obstetricia de Universidad de Chile, Sede Occidente

2Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

El débito de la vena umbilical (DVU) es un parámetro hemodinámico fetal que refleja el flujo placentario, con los equipos modernos de ultrasonido su medición es objetiva, numérica y reproducible. Un DVU disminuido refleja una mayor resistencia vasculoplacentaria con riesgo de insuficiencia placentaria y restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), sin embargo, existen pocos estudios acerca de su utilidad en la evaluación del RCIU. El objetivo es comparar la utilidad diagnóstica del DVU absoluto frente al DVU corregido por peso en fetos con RCIU, y explorar su asociación pronóstica con desenlaces perinatales adversos. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos: Estudio prospectivo en una cohorte de 102 fetos, incluyendo 31 fetos con RCIU. Se midió el DVU en asa libre de cordón con la fórmula simplificada: $\text{Velocidad máxima de VU (en mm/seg)} \times \pi \times (\text{Diámetro VU (en mm)})^2 \times 0,03$. Se estudió el DVU absoluto (ml/min) y el normalizado por estimación de peso fetal DVU/EPF (ml/min/kg), se consideraron alterados los valores bajo $< p10$ según la curva de Barbieri. Se analizó la proporción de casos detectados y su relación con desenlaces perinatales.

RESULTADOS

El DVU absoluto alterado identificó 21/31 casos de RCIU (sensibilidad 68%), confirmando su utilidad diagnóstica.

Los fetos con RCIU con bajo DVU absoluto presentaron menor edad gestacional al parto (32,9 vs 34,4 semanas) y menor peso neonatal (2047 g vs 2394 g), aunque sin alcanzar significancia estadística. En contraste, el DVU/EPF alterado identificó solo el 47% de los RCIU, reflejando baja sensibilidad diagnóstica. No obstante, dentro de este subgrupo se concentraron los peores desenlaces perinatales: mayor mortalidad (12,5% vs 7%) y mayor frecuencia de Apgar < 7 al 5° minuto (12,5% vs 9%). Esto sugiere que, aunque menos útil para el diagnóstico, el DVU/EPF puede captar a los fetos con mayor compromiso hemodinámico y peor pronóstico (mejor valor predictivo positivo).

CONCLUSIÓN

El DVU absoluto se comporta como un índice sensible para el diagnóstico de RCIU asociado a insuficiencia placentaria. En cambio, el DVU/EPF, aunque menos sensible, parece asociarse a peores desenlaces perinatales. Ambos parámetros entregan información complementaria: el absoluto como herramienta diagnóstica y el corregido como potencial marcador pronóstico. La medición de DVU es factible, estandarizada y reproducible en la práctica clínica, lo que refuerza su aplicabilidad como índice fisiológico.

RABDOMIOMA CARDIACO FETAL CON EVOLUCIÓN A HIDROPS Y ÓBITO FETAL: REPORTE DE CASO.

Pey O¹, Cerda A2, Gomà I¹, Rebolledo V¹. Jordan F3

1Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana Santiago

2Unidad de Ginecología, Ginecología, CR de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado, SSMSO

3Unidad de Alto Riesgo, Obstetricia, CR de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado, SSMSO

INTRODUCCIÓN

Los tumores cardíacos fetales en su gran mayoría son benignos, los más frecuentes suelen ser los rabdomiomas, representando un 60% de estos. En la ecografía se describen como masas homogéneas, hiperecogénicas, redondas y únicas o múltiples, que se localizan más frecuentemente en los ventrículos. Tienen manifestaciones clínicas variables ya que los síntomas y el pronóstico están determinados por su tamaño, ubicación y alteración del ritmo o flujo, puede producir arritmias, insuficiencia cardíaca, hidrops y muerte fetal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 40 años multipara de 2 partos vaginales, con antecedentes de HTA crónica e isoinmunización de anticuerpos irregulares, en controles de embarazo en el Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico con ecografía inicial sin alteraciones. Se realiza ecografía a las 19 semanas obteniéndose como hallazgo una gran masa cardíaca fetal sugerente de Rabdomioma, se describe a nivel del tabique interventricular imagen hiperecogénica de 18 x 11 mm, sin otras alteraciones. Se decide realizar ecografías seriadas. A las 20 semanas se observa un aumento de tamaño del tumor, siendo de 21 x 18 mm, con presencia de insuficiencia tricuspídea y mitral significativa. A las 22 semanas presenta un tamaño de 28 x 17 mm con persistencia de insuficiencia significativa de válvula tricúspide y mitral, sin derrame pleural ni ascitis. A las 25 semanas se evidencia tamaño de 34 x 24 mm ocupando la mayor parte de la cavidad ventricular, con insuficiencia tricuspídea y mitral significativa y se

evidencia un edema generalizado de 8 mm, ascitis, derrame pericárdico y ventriculomegalia bilateral. Doppler fetal alterado, ACM con signos de vasodilatación, arteria umbilical con flujo ausente. Se realiza el diagnóstico de Rabdomioma gigante con hidrops fetal secundario a insuficiencia cardíaca. Es hospitalizada en la unidad de Alto Riesgo Obstétrico para definir conducta. Se evalúa caso en conjunto con equipo obstétrico y neonatología, dada su edad gestacional, gran compromiso fetal cardíaco y sistémico, se define que feto actualmente está fuera del alcance terapéutico, sin posibilidad de manejo con cirugía, se decide junto con la paciente mantener embarazo y realizar controles semanales para evaluar viabilidad fetal. En siguiente control ecográfico se evidencia feto sin latidos cardíacos presentes por lo que se confirma óbito fetal a las 26 semanas.

CONCLUSIÓN

Este caso presenta la progresión rápida y evolución ominosa de un rabdomioma cardíaco fetal, que si bien es un tumor de naturaleza benigna, puede tener consecuencias graves al comprometer la función cardíaca fetal. Aumentar la conciencia clínica y tener un alto índice de sospecha es relevante para mejorar significativamente las estrategias diagnósticas y aumentar las posibilidades terapéuticas.

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ARCO AÓRTICO DERECHO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA: UNA SERIE DE CASOS.

Neira S2, Rojas-Senzano A1,2, Vega-Reyes A1,2, Gutiérrez B2

1. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Antofagasta
2. Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN

El arco aórtico derecho (AAD) se ha reportado con una incidencia de 1 en 1000 en población de bajo riesgo. Su detección se realiza mediante la visualización anormal del corte de 3 vasos tráquea. Es importante debido a su asociación con otras anomalías cardíacas y cromosómicas, principalmente con la microdelección 22q11.2.

MÉTODOS

Se presentan 4 casos de ADD que se detectaron en el ultrasonido realizado en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Regional de Antofagasta. Los datos se recopilaban de forma anónima en tabla Excel. Se describen los hallazgos asociados y el desenlace perinatal de cada caso. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un comité de ética.

RESULTADOS

Los 4 casos de AAD se presentaron entre los años 2022 y 2024. 2 casos se identificaron en la ecografía morfológica del segundo trimestre mediante la visualización anómala del corte de 3 vasos. En tres de los casos el hallazgo de AAD fue aislado, en un caso se presentó asociado a una comunicación interventricular peri membranosa. No se detectaron anomalías estructurales en el resto de la anatomía fetal en ninguno de los casos. Una de las gestantes presentaba diagnóstico de diabetes pregestacional. El resto eran mujeres sanas, sin antecedentes mórbidos de importancia. En dos casos se realizó estudio genético invasivo: cariotipo de líquido amniótico

y MLPA para 22q11.2, los que resultaron normales. En los otros dos casos las pacientes rechazaron el estudio invasivo. Todos los recién nacidos fueron de término sin presentar complicaciones perinatales. Todos los casos fueron evaluados con ecocardiografía neonatal y en 3 de 4 casos se confirmó el hallazgo prenatal.

CONCLUSIONES

La identificación prenatal de un arco aórtico derecho es posible mediante la visualización sistemática del corte de 3 vasos tráquea y nos permite evaluar otras anomalías cardíacas y/o cromosómicas asociadas con un mejor asesoramiento perinatal.

MÁS ALLÁ DEL TERCER TRIMESTRE: PRESENTACIÓN PRECOZ Y RECURRENTE DE LA COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Soffia MC (1), Hinrichs L (1), Contreras C (2)

1. Residente en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Equipo Alto Riesgo Obstétrico, Hospital La Florida Dra. Eloisa Díaz Insunza, La Florida, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La colestasia intrahepática del embarazo (CIE) es una enfermedad hepática específica de la gestación, caracterizada por prurito y elevación de ácidos biliares (AB). En Chile, su prevalencia se estima en 1,44%, presentándose principalmente en el tercer trimestre. Sin embargo, se han descrito casos de inicio precoz, incluso desde las 8 semanas de gestación. Reportamos el caso de una paciente con CIE severa de inicio precoz en dos embarazos consecutivos.

MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una paciente multipara de 29 años, con antecedentes de CIE precoz y severa en sus dos embarazos. Se realizaron estudios de laboratorio, serologías virales, inmunología e imágenes (ecografía y colangio-RNM), descartando otras patologías hepáticas. El manejo incluyó ácido ursodeoxicólico (AUDC), rifampicina, antihistamínicos, corticoterapia antenatal y vigilancia materno-fetal intensiva.

RESULTADOS

En el primer embarazo, la paciente presentó prurito generalizado desde las 23 semanas, con hiperbilirrubinemia directa, elevación de transaminasas y AB en 208 $\mu\text{mol/L}$. Se diagnosticó CIE severa e icterica y se inició tratamiento con AUDC. Posteriormente evolucionó con rotura prematura de membranas e infección intraamniótica a las 30+3 semanas, requiriendo cesárea de urgencia. El recién nacido evolucionó

favorablemente y la paciente presentó resolución clínica en el puerperio. En un embarazo posterior, inició prurito palmo-plantar desde las 8 semanas, con elevación progresiva de AB hasta 390 $\mu\text{mol/L}$ y elevación de transaminasas. Se diagnosticó CIE severa y precoz, con respuesta inicial a AUDC y rifampicina. Sin embargo, presentó empeoramiento clínico y aumento persistente de los AB a las 22 semanas, lo que motivó a una hospitalización prolongada y vigilancia intensiva. A las 30 semanas se programó cesárea electiva, obteniéndose recién nacido en buenas condiciones generales. La paciente presentó resolución total del cuadro en el puerperio.

CONCLUSIÓN

La CIE de inicio precoz es una entidad poco frecuente, con potencial impacto adverso materno-fetal. Este caso ilustra la recurrencia y severidad de la enfermedad, así como la necesidad de un manejo multidisciplinario, hospitalización prolongada y vigilancia intensiva en casos seleccionados. La identificación temprana y el inicio oportuno de tratamiento permiten optimizar resultados perinatales, aunque la evolución puede requerir interrupción precoz del embarazo.

PREDICCIÓN ANTENATAL DEL TAMAÑO DEL DEFECTO Y NECESIDAD DE USO DE PARCHES EN REPARACIÓN POSTNATAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA

Autores: Soto R1, Vergara M.J1, Gajardo F2, Kreisberg M3, Jorquera J3, Theodor N1-6, Fuenzalida J1-6, Vuletin F4-6, Luco M5, Ferrer-Marquez F1-6.

1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile. 3. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 4. Departamento de cirugía pediátrica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 5. Departamento de Neonatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 6. Unidad de Terapia y Cirugía Fetal, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) corresponde a una anomalía por un cierre defectuoso diafragmático que genera la herniación de vísceras abdominales hacia el tórax, impidiendo el desarrollo pulmonar normal, lo que conlleva una elevada mortalidad global (1, 2). Se han identificado factores que inciden en la sobrevivencia de estos fetos, siendo la lateralidad del defecto, la herniación hepática y el grado de hipoplasia pulmonar los más respaldados por la literatura (3). Se determinó que el mejor predictor de esta última corresponde al lung-to-head ratio o LHR (Jani, 2007), y en especial el observado versus esperado para la edad gestacional (o/e) (4). Por otro lado, la clasificación postnatal de la HDC se basa en el tamaño del defecto (A, B, C y D). La resolución quirúrgica postnatal consiste en reparar el defecto mediante cierre primario o con uso de parches (5). Es un desafío aún predecir adecuadamente el tamaño del defecto y quienes requerirán el uso de parche para el cierre. El objetivo de este estudio es evaluar el rol predictivo del LHR o/e en el tamaño del defecto y la necesidad de uso de parche en la reparación postnatal.

MATERIALES

Este es un estudio observacional retrospectivo, que incluyó pacientes embarazadas con diagnóstico antenatal de HDC, que tuvieron su parto en el Hospital Clínico UC Christus entre los años 2013 y 2024 y que se sometieron a una reparación quirúrgica postnatal. Se analizaron

según el LHR o/e realizado antes y después de las 28 semanas de gestación y categorizando las HDC en leves (LHR o/e >45%), moderadas (25-45%) y severas (<25%). Se calcularon porcentajes y se realizaron las pruebas estadísticas correspondientes para un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se analizaron 155 embarazadas con diagnóstico antenatal de HDC, con una mediana de EG al momento del diagnóstico de 24 semanas (promedio $25,1 \pm 4,2$). En los casos con reparación postnatal, el LHR o/e estuvo disponible en el 94,8% (147/155). Según esta clasificación, el 19,7% (29/147) fueron leves, el 46,3% (68/147) moderadas y el 34,0% (50/147) severas. Las hernias de rectas representaron un 20%, distribuidas en 15,3% de las severas, 26% de las leves y 20% de las moderadas. La herniación hepática estuvo presente en el 84% de las severas, 62% de las moderadas y 66% de las leves. El LHR o/e calculado antes de las 28 semanas mostró una correlación significativa con el tamaño del defecto ($p < 0,0001$). Valores <25% se asociaron principalmente a defectos C (44%) y D (32%); entre 25-45%, el 67,6% correspondió a defectos B; y con >45%, el 65,5% fueron tipo A. Cuando el cálculo del LHR o/e se hizo después de las 28 semanas la correlación con el tamaño del defecto pierde fuerza (p -valor 0.0012). En las hernias clasificadas prenatalmente como severas, el 68,1% correspondió a

defectos tipo C o D. En las moderadas predominaron los defectos tipo B (36,6%), mientras que en las leves el 41,4% fueron tipo A; no obstante, en el grupo clasificado como leve un 37,9% presentaron defectos diafragmáticos tipos C o D. En cuanto a la necesidad de parche, esta fue requerida en el 88% de los casos con un LHR o/e <25%, en contraste con el 60,3% y 37,9% de los grupos 25-45% y >45%, respectivamente ($p < 0,0001$).

CONCLUSIÓN

El cálculo precoz del LHR o/e, realizado antes de las 28 semanas de gestación, mostró una adecuada correlación con el tamaño del defecto diafragmático, lo que permite una mejor estratificación de la gravedad y una adecuada derivación a centros terciarios para su manejo postnatal. En contraste, cuando la medición del LHR o/e se realiza después de las 28 semanas, esta capacidad predictiva se pierde, especialmente en los casos inicialmente clasificados como leves, entre los cuales una proporción significativa presentó grandes defectos diafragmáticos (tipo C y D). Asimismo, la determinación precoz del LHR o/e permite identificar a los fetos que requerirán parches protésicos en la reparación postnatal, destacando la gran necesidad de este tipo de dispositivos independiente del LHR o/e obtenido. Estos hallazgos refuerzan la relevancia del diagnóstico y derivación temprana, no sólo para orientar la consejería enfocada en la sobrevida, sino también para involucrar precozmente al equipo interdisciplinario que participa en el manejo integral de estos pacientes.

RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES EN EMBARAZADAS DIABÉTICAS TIPO 1

Soto R1, Theodor N1, Soffia M2, Grassi B3, Romero V4.

1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
4. Residente Neonatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una patología poco frecuente en el embarazo, sin embargo, supone complicaciones gestacionales y perinatales que agregan morbilidad y costos en salud, los cuales disminuyen con un buen control glicémico y por el contrario, aumentan si se identifica daño de órgano blanco.^{1,2} La evidencia científica respalda el uso de monitorización continua de glucosa para disminuir el riesgo de complicaciones neonatales.³ El manejo de estas pacientes debe basarse en un abordaje interdisciplinario en Unidades especialistas en Medicina Materno Fetal.^{4,5} El objetivo de este estudio es describir el control prenatal y manejo obstétrico de estas pacientes.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de serie de casos de pacientes embarazadas con diabetes tipo 1 con control y parto en la Red de Salud UC CHRISTUS entre los años 2016 y 2025. Los resultados obstétricos se obtuvieron de fichas clínicas, previo autorización del comité de ética de nuestra institución. Se describen datos demográficos, de control metabólico, interrupción del embarazo, complicaciones gestacionales y perinatales. Se calcularon porcentajes, promedios y desviaciones estándar. Los datos neonatales se presentan en una tabla de contingencia y se realizaron las pruebas estadísticas acorde para determinar la diferencias con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron 25 pacientes con 28 embarazos. La edad promedio fue 34.3 años (+/- 2.8 DS). El 53.6% de las pacientes eran primigestas. El diagnóstico de DM1 se realizó en promedio 16.4 años antes del embarazo (+/- 9.5 DS). El 75% presentaba alguna comorbilidad, siendo la más frecuente hipotiroidismo (80.9%), seguido por hipertensión arterial crónica (9.5%). El 28.6% de las pacientes se presentaron con daño de órgano blanco, principalmente el antecedente de retinopatía no proliferativa. El 64.3% de las pacientes utilizaba bomba de insulina para el control glicémico. La hemoglobina glicosilada al inicio del embarazo fue en promedio 6.91% (+/- 0.95 DS). Con respecto a complicaciones durante el embarazo se presentó un 73% de estimación de peso fetal >p90, 23.07% de preeclampsia, 11.53% de rotura prematura ovular de pretérmino (RPP0), 1 caso de restricción de crecimiento fetal (RCF) y 1 caso de colestasia intrahepática del embarazo (CIE). Se diagnosticó una malformación fetal compleja que se acogió a la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo a las 14 semanas. La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 37+5 semanas (rango entre 30+4 y 38+3 sems). Las principales causas de interrupción fueron RPP0 y síndrome hipertensivo del embarazo (SHE). En relación a la vía del parto, hubo 75% de cesáreas, 18% de parto vaginal y 7% de parto instrumental. Dentro de las causas de cesáreas destaca un 33.3% de inducciones fracasadas, 28.6% de pruebas de trabajo de parto fracasadas, 23.8%

por cicatriz de cesárea anterior y 9.5% debido a patología materna. Hubo 1 caso de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) y tres episodios de complicaciones asociadas a SHE. No se describieron complicaciones en el postparto. Con respecto a las complicaciones perinatales se obtuvieron datos de 26 recién nacidos (RN). Hubo 46.1% de RN de pretérmino, con sólo un caso de prematuridad bajo las 32 semanas. Se hospitalizaron 13 RN (50%) y dentro de las causas destacaron: prematuridad (46.2%), hiperbilirrubinemia (38.5%), hipoglicemia (30.8%) y malformación fetal compleja (7.69%). Las pacientes con manejo prenatal con bomba de insulina presentaron menos complicaciones neonatales (47.1% versus 66.7%, p value 0.43), hipoglicemias (23.53% versus 33.3%, p value 0.66) y hospitalizaciones (41.18% versus 55.56%, p value 0.68), sin embargo, dado la muestra reducida, no se alcanzaron diferencias significativa.

CONCLUSIONES

A pesar de los esfuerzos terapéuticos existen diversas complicaciones tanto para la madre como para el feto. En nuestras pacientes el uso de bomba para el monitoreo continuo de glicemia mostró una tendencia a una menor incidencia de complicaciones neonatales, hipoglicemias y hospitalizaciones, lo cual fue concordante con la literatura. La principal limitación es el tamaño de la muestra dado lo infrecuente de la patología durante el embarazo. Sin embargo, es relevante fortalecer las unidades de Medicina Materna y Fetal, en centros de alta complejidad, que se basen en protocolos establecidos con equipos de trabajo multidisciplinarios. Esto debe contemplar el parto en centros de salud con UCI y neonatología capacitados para estas complicaciones.

DIAGNÓSTICO ANTENATAL Y RESULTADOS NEONATALES EN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN SUDAMÉRICA. SANTIAGO, CHILE.

Theodor N, Vargas P, Soto, R. Luco, M. Urbano N.

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico prenatal de la hernia diafragmática congénita (HDC) ha mejorado a lo largo de los años, al igual que la predicción de la supervivencia. Esto es relevante para decidir el mejor lugar para nacer debido al requerimiento de soporte ventilatorio avanzado. En Chile, la interrupción del embarazo por el diagnóstico de HDC severa no estuvo disponible hasta 2018; incluso estando disponible, debido a razones culturales, sigue siendo una opción infrecuente para los pacientes. La terapia antenatal se inició el año 2025 en nuestro centro. El objetivo de este estudio es describir el diagnóstico prenatal y los resultados neonatales de los pacientes con diagnóstico de HDC nacidos en un centro terciario de referencia nacional en Chile.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los datos de los pacientes. Las variables estudiadas fueron la edad gestacional en el diagnóstico prenatal, LHR O/E, RM fetal y estudios genéticos. Los resultados neonatales descritos fueron la edad gestacional al momento del parto, el peso neonatal, la necesidad de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y la supervivencia según la severidad. Resultados: Revisamos 156 pacientes desde 2012 hasta 2024, que fueron evaluadas prenatalmente y nacieron en nuestro centro. La edad materna fue 14-42 años, media 28, un 40% de las pacientes eran primíparas. La edad gestacional al diagnóstico fue entre 14 y 38 semanas (media 25, mediana 24 semanas); Un 79 % de las hernias eran izquierdas, derechas un 20% y bilateral 1%. El hígado se encontraba ascendido en 103/156 pacientes

(66%); un 71% eran HDC aisladas, otras malformaciones estaban presentes en 45/156 (29%), siendo las anomalías cardíacas las más frecuentes. El cariotipo fetal fue realizado en 61/156, con detección de aneuploidías en 8%. Se realizó RM fetal en 114/156 (74%). La media de la edad gestacional al momento de la derivación fue de 33 semanas (14-41), mediana 35 semanas. Los casos de extrema severidad (LHR O/E <15%) se encontraron en 3/156 pacientes. La edad gestacional al momento del parto fue 30-41 semanas (media y mediana 38 semanas), parto prematuro <37 semanas en 20,5%, <34 semanas 4,5%, <32 semanas 1,3%. Peso al nacer: 1366-4010 g, peso <2500g en 16,7%, muy bajo peso 0,6%. 45 pacientes necesitaron ECMO, de estos, 33 casos tenían ascenso hepático. La supervivencia en ECMO fue 15/45 (33%). Supervivencia general 71%, lado izquierdo 75%, lado derecho 61%. Tasa de supervivencia (lado izquierdo) según LHR O/E con hígado ascendido fue: <26% 50%, 26-45% 61%, >45% 71%; sin ascenso hepático fue <26% 67%, 26-45% 87%, >45% 95%;. Tasa de supervivencia (lado derecho) según LHR O/E: <=55% 63% y >55% un 66%.

CONCLUSIONES

Estos datos muestran los resultados de un centro de referencia nacional en Chile con una supervivencia general superior a la descrita previamente en países de América Latina. Nuestros resultados no difieren de lo que se ha descrito según los predictores prenatales de supervivencia. Nacer en un centro de referencia con alta especialización neonatal (centro ECMO) mejora las probabilidades de supervivencia de los fetos con HDC.

CERCLAJE DE URGENCIA PARA LA PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO EN EMBARAZOS GEMELARES, EXPERIENCIA HOSPITAL SOTERO DEL RIO

Vargas Paula (1,2), Rosas A (1).

CIMAF, Centro de innovación e investigación materno fetal. Unidad de alto riesgo obstétrico

Hospital Sotero del Rio.

División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad perinatal. El 50-60% de los embarazos gemelares nacen antes de las 37 semanas, y un 30% antes de las 34 semanas. Múltiples son los mecanismos de parto prematuro en estos embarazos (sobredistensión, complicaciones maternas como preeclampsia, complicaciones fetales en monocoriales). Cuando se presenta de manera espontánea, la sobredistensión uterina podría tener un rol. El cerclaje cervical es una estrategia de utilidad en pacientes con alto riesgo de parto prematuro en embarazos únicos. El uso de esta estrategia en embarazos gemelares ha sido tema controversial debido a la limitada evidencia de calidad sobre su utilidad. Existiría un rol del cerclaje en pacientes que se presentan con membranas expuestas y/o cuellos < 10mm. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados perinatales de pacientes cursando embarazos gemelares que recibieron cerclaje de urgencia para el tratamiento de riesgo de parto prematuro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes cursando embarazos gemelares, que se presentaban con cuello corto (definido cuello menor o igual a 10 mm) y/o membranas expuestas, que requirieron un cerclaje de urgencia. Se realizó amniocentesis a todas las pacientes previo al procedimiento para descartar infección intraamniótica, luego se ofrecía realizar un cerclaje con técnica de Mc Donalds. Revisamos los protocolos operatorios, fichas clínicas y registro de base de datos de ecografía. Se revisó registro de evolución postoperatoria, latencia (tiempo de cerclaje al parto), complicaciones del procedimiento, outcome neonatal.

RESULTADOS

Se analizaron 20 pacientes que se realizó cerclaje de urgencia. Dentro de las características de la población: 10 multíparas y 10 primigestas, edad materna promedio 26.15 años, 3 de ellas poseían antecedente de parto prematuro y/o haber usado progesterona, corionicidad 13 gemelares bicoriales biamnióticos y 7 monocoriales biamnióticos. La edad gestacional promedio del procedimiento fue 23 semanas (rango 17 y 27 semanas), edad gestacional promedio al parto: 31 y media semanas (26-37 semanas), latencia al parto promedio: 58 días (rango 19-113 días), peso nacimiento prom 1674g (810-2380g). Dentro de las complicaciones: rotura prematura de membranas (no durante procedimiento) 8/20 pacientes (40%) y no hubo corioamnionitis clínica en ningún caso.

CONCLUSIÓN

El cerclaje podría ser una alternativa de salvataje para aquellas pacientes cursando embarazo gemelar que se presentan con membranas expuestas y/o cuello menor de 10mm, dando la oportunidad de prolongar el embarazo en promedio 60 días, permitiendo viabilidad y disminución de riesgo de parto prematuro extremo. La correcta elección de las pacientes descartando infección intraamniótica, permitiría mejorar los resultados perinatales.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio cuenta con autorización por parte del comité ético-científico.

CASUÍSTICA DE GASTROSQUISIS A LO LARGO DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE

Vera H, Keim C, Montaña C, Esquivel N, Bórquez A, Quiroz N.

Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile.

La gastrosquisis es un defecto congénito del espesor total de la pared abdominal anterior caracterizado por la extrusión de contenidos abdominales, principalmente intestino, a través de un orificio periumbilical. Su prevalencia global ha ido en aumento, y es más frecuente en madres jóvenes. Se asocia con un riesgo elevado de restricción del crecimiento intrauterino.

El diagnóstico prenatal se realiza mediante ecografía con un promedio al momento del diagnóstico de 21 semanas. La extrusión de los órganos puede dificultar la evaluación precisa de la estimación de peso fetal. El cierre primario está definido como cierre quirúrgico de la pared abdominal que se logra antes de las 4 horas de vida. En la literatura se describen marcadores ecográficos asociados a gastrosquisis compleja, es decir, la relacionada a atresia, necrosis, vólvulo o perforación intestinal. No existe un único método universalmente aceptado para estimación de peso fetal en gastrosquisis.

Este estudio es una cohorte retrospectiva de 26 pacientes con diagnóstico de gastrosquisis en el Hospital San Juan de Dios durante los años 2015-2025. Se evaluaron las características sociodemográficas, edad gestacional al momento del diagnóstico, hallazgos ecográficos, momento de interrupción, momento del cierre primario de la pared abdominal, hallazgos quirúrgicos y resultados neonatales. Del total de pacientes analizadas, 2 no contaban con registro completo ecográfico ni neonatal. En la población estudiada el 77% de los casos fueron de origen rural, un 73,1% de las madres tenían 25 años o menos al momento del diagnóstico, la mayoría de los

casos fueron diagnosticados en el segundo trimestre (62,5%), solo el 61,5% alcanzó a llegar a las 37 semanas o más, siendo prematuros 10 casos. La vía de parto en un 96% de los casos fue cesárea, principalmente de urgencia por estado fetal no tranquilizador (42,9%). Se logró el cierre primario en el 66,7% de los casos. Hubo dos casos de gastrosquisis compleja, los cuales no se asociaron a mayor número de marcadores ecográficos.

A modo de discusión, destaca el problema del subregistro en ficha de los casos más antiguos reportados en nuestra cohorte, que dificulta el análisis de la casuística. La gran mayoría de los casos pudo ser diagnosticada de manera prenatal, sin embargo llama la atención el diagnóstico tardío, lo que habla de la necesidad de reforzar las habilidades diagnósticas en la atención primaria de salud para la pesquisa activa de malformaciones fetales de manera precoz, las cuales pueden limitar el desarrollo fetal adecuado y obligan a definir un plan de interrupción del embarazo coordinado con un equipo multidisciplinario para lograr mejorar los resultados neonatales.

En cuanto al momento del parto, la mayoría de los casos estaba programada para una finalización del embarazo a término, sin embargo, en un porcentaje importante el nacimiento se produjo antes de las 36 semanas, lo que nos llama a estar preparados para manejar las posibles complicaciones de un parto prematuro con esa patología.

Con este trabajo se propone un protocolo de registro ecográfico para caracterización de la gastrosquisis simple y compleja.

DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE SÍNDROME DE DELECCIÓN 22Q11.2: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Vergara MJ.¹, Soffia MC.¹, Silva P.², Luna D.², Díaz P.², Prieto JF.², Rosas A.², Paredes E.², Kusanovic JP.¹², Vargas P.^{1,2}

¹ División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

² Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de microdelección 22q11.2 corresponde a la pérdida de material genético en la región q11.2 del cromosoma 22.1,2 Su prevalencia es de 1 en 4.000 a 6000 recién nacidos vivos, sin diferencias por sexo.2,3 Incluye diversos síndromes como síndrome DiGeorge y el síndrome velocardiofacial, entre otros. Se caracteriza por diversas alteraciones anatómicas que incluyen cardiopatías congénitas, de predominio conotruncales, hipoplasia de timo y alteraciones de glándulas paratiroides, faciales y palatinas.2,3 El diagnóstico prenatal se puede sospechar mediante ecografía ante la presencia de cardiopatías congénitas como tetralogía de Fallot o alteraciones del arco aórtico. El diagnóstico se confirma mediante pruebas genéticas como FISH o MLPA.3,4 El pronóstico depende de la severidad de las anomalías asociadas.3

METODOLOGÍA

Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico prenatal de fetos portadores de delección 22q11.2, registrados en el sistema ViewPoint, durante el período comprendido entre 2014 y 2024.

RESULTADOS

Se encontraron 6 casos de diagnóstico prenatal de delección 22q11.2. Cinco (83.3%) fueron embarazos únicos, y uno (17%) correspondía a un embarazo gemelar bicorial biamniótico con afectación de un solo feto. La sospecha fue realizada entre las 19 y 29 semanas por presencia de cardiopatía. En 67% (4) se identificó complejo Fallot,

en un caso se describió una CIV con aorta mal alineada, y en otro, arco aórtico derecho con ductus arterioso izquierdo y sospecha de subclavia izquierda aberrante formando un anillo vascular. Entre los hallazgos ecográficos adicionales se describieron: hipoplasia o agenesia del timo (1 caso), micrognatia y pie equinovaro (1 caso), y pliegue nuchal aumentado con humero corto y polihidramnios (1 caso). El diagnóstico genético prenatal se realizó mediante FISH en líquido amniótico. Se obtuvieron datos del seguimiento en sólo 5 pacientes. De estos, 4 (80%) nacieron por parto vaginal, 1 por cesárea. Sólo un recién nacido fue de término, con una mediana de EG al parto de 32 semanas (28+2-38+4). La mediana de peso de nacimiento fue 2005 g (1198- 2845g), todos adecuados para la edad gestacional. En 4 (80%) casos los hallazgos ecográficos prenatales fueron concordantes con la ecocardiografía post natal. 2 (40%) neonatos fueron sometidos a cirugía cardíaca. Dos (40%) fallecieron, a los 2 y 4 meses de vida.

CONCLUSIÓN

La presencia de cardiopatías congénitas, en especial las conotruncales y alteraciones del arco aórtico, deben hacer sospechar y estudiar este síndrome genético. El diagnóstico prenatal permite anticiparse a las complicaciones que pueden presentar estos recién nacidos ofreciendo un manejo oportuno. En la serie presentada, destaca la prematuridad en la mayoría de los casos, que puede agregar comorbilidad a estos pacientes. El conocimiento de estos datos permite una mejor consejería para estas pacientes.

POLIHIDROAMNIOS EN PRIMIGESTA CON DIAGNÓSTICO PRENATAL TARDÍO DE MALFORMACIONES FETALES: REPORTE DE UN CASO

Climent Del Río, A1; Amaya Garrido, M1; Domic Tenorio, M1; Mazzotti Norambuena, F2; Marzullo Sotomayor, I2. Tutoras: Mazzotti Norambuena, F2; Marzullo Sotomayor, I2.

1 Interna de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

2 Médica cirujana, Universidad de Santiago de Chile, Chile.

INTRODUCCIÓN

El líquido amniótico (LA) cumple funciones esenciales para el desarrollo fetal. Su volumen se regula mediante producción y reabsorción fetal, siendo su valoración clave en ecografías del segundo y tercer trimestre. (1), (2). Se utiliza el índice de líquido amniótico (ILA) y el bolsillo vertical máximo (BVM). (3) Valores anormales indican oligohidramnios (OHA) o polihidramnios (PHA), con incidencia estimada de 0,5–5,5% para OHA y 1–2% para PHA. (4)(5)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Primigesta de 25 años, sin antecedentes relevantes, con controles normales en el primer y segundo trimestre. A las 30+6 semanas se pesquisa PHA severo (ILA 35 cm). Hospitalizada por desaceleraciones, se indica maduración pulmonar. Tras recuperación y FCF estable, solicita alta voluntaria. En control posterior se registra FCF <100 lpm, no confirmado en nivel terciario. A las 33+6 semanas, ecografía muestra ILA 53 cm. Se realiza amniocentesis con FISH, cultivo y citoquímico normales, y serologías TORCH negativas. A las 37+3 semanas se detecta RCIU, PHA, CIV, disgenesia del cuerpo caloso, sospecha de atresia esofágica y alteraciones Doppler. Se deriva para interrupción.

DISCUSIÓN

El PHA idiopático representa hasta la mitad de los casos. (6) Se deben descartar diabetes, malformaciones, isoinmunización e infecciones. (7) En este caso se descartaron inicialmente, pero faltó reevaluación ecográfica

dirigida tras sospecha de atresia esofágica. La ecografía es operador-dependiente y su calidad es crucial. Solo en la ecografía de 37 semanas se evidenciaron malformaciones. La detección prenatal de atresia esofágica es baja (10–40%). Su pesquisa anticipada permite asesoría familiar y planificación neonatal.

CONCLUSIONES

El PHA idiopático debe considerarse diagnóstico dinámico. Ante persistencia o progresión, es clave intensificar vigilancia y derivar a Medicina Materno-Fetal. La evaluación experta y el seguimiento riguroso permiten un manejo seguro, integral y anticipado, como se ilustra en este caso.

PALABRAS CLAVE

Polyhydramnios, Primigravidity, Esophageal Atresia.



MEDICINA REPRODUCTIVA

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO EN USUARIAS CON INFERTILIDAD DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA REGIÓN DEL MAULE

Maldonado E. Mondaca A. Leal F.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es una enfermedad caracterizada por la incapacidad de lograr un embarazo después de un año sin método anticonceptivo con actividad sexual regular o a los 6 meses si la mujer tiene 35 o más. Se estima que 1 de cada 6 parejas es infértil. La postergación de la maternidad, aumento de la edad y mayor prevalencia de comorbilidades tienen un impacto negativo sobre la fertilidad.

MÉTODOS

Este es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La muestra correspondió a 567 mujeres con el diagnóstico de infertilidad confirmado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Talca, entre enero 2022 y diciembre del año 2023. Variables: edad, índice de masa corporal, tabaquismo, residencia, tipo de infertilidad, tiempo de infertilidad, causas, tratamiento. Análisis de datos a través de estadística descriptiva con suite SPSS v25.

RESULTADOS

Las mujeres con infertilidad tenían una edad media de 32,77 ($\pm 5,3$) años, siendo el 89,7% de nacionalidad chilena. Demográficamente el 70,8% tiene residencia urbana. Entre los antecedentes clínicos, el 74,6% padece de sobrepeso y obesidad, con un índice de masa corporal media de 32,22 ($\pm 6,6$). Las causas más frecuentes de infertilidad son ovulatorias y sin causa aparente con un 36,5% y 21,3% respectivamente. El 24,8% de las usuarias recibieron tratamientos de baja complejidad, tales

como, ciclos estimulados con actividad sexual dirigida y principalmente inseminación intrauterina. El 17,5% de las usuarias fueron derivadas a tratamientos de alta complejidad. Las causas principales de derivación a tratamientos de alta complejidad fueron patología tubaria, masculinas y reserva ovárica disminuida. El 46,6% de las usuarias no iniciaron tratamiento o abandonaron seguimiento.

CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico corresponde a mujeres chilenas, mayoritariamente entre 31 y 35 años, provenientes del sector urbano. El perfil clínico corresponde a mujeres con sobrepeso u obesidad, con infertilidad de causa ovulatoria y sin causa aparente. Casi un tercio de las usuarias se sometieron a tratamientos de baja complejidad. La edad de la mujer sigue siendo uno de los principales factores pronósticos para lograr un embarazo. Por lo tanto, es relevante educar a las mujeres sobre el impacto que tienen los cambios en estilos de vida y principalmente la edad sobre los resultados reproductivos. La información de nuestra investigación será presentada como dato global, no individualizando a las usuarias, de esta forma garantizamos confidencialidad. Este trabajo de investigación cuenta con aprobación del comité ético científico del servicio salud del maule y autorización de la dirección del Hospital Regional de Talca.

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA PILOTO EN CHILE

Mercado, J.; Scarella, A.; Palacios, C.

Clínica de Reproducción Humana, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la principal causa de muerte en Chile, con cerca de 60.000 nuevos casos y más de 31.000 muertes anuales. Las terapias oncológicas pueden comprometer severamente la fertilidad, lo que ha impulsado el desarrollo del campo de la oncofertilidad. En Chile, el acceso a técnicas de preservación de la fertilidad (FPT) ha sido limitado, especialmente para mujeres, debido a barreras económicas y del sistema del salud. Para abordar esta brecha, el Centro de Reproducción Humana de la Universidad de Valparaíso (CRH-UV) implementó en 2015 un programa piloto de oncofertilidad con apoyo regional desde 2021.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo que incluyó a todos los pacientes con indicación oncológica que accedieron a FPT en el CRH-UV entre 2015 y 2024. Se analizaron registros clínicos, documentos administrativos y entrevistas al equipo. Las técnicas ofrecidas fueron: criopreservación de semen, de ovocitos tras estimulación ovárica controlada y de corteza ovárica mediante laparoscopia. Se realizó un análisis descriptivo de las variables.

RESULTADOS

Entre 2015 y 2024, 150 pacientes fueron derivados, realizándose 142 procedimientos: 64 criopreservaciones de semen (edad media: 26,8 años), 60 de ovocitos (edad media: 30 años; media de 10 ovocitos por ciclo) y 18 de corteza ovárica (edad media: 10,4 años). Desde 2021 se

observó un aumento sostenido de casos gracias al financiamiento regional. La mayoría de los procedimientos fueron financiados con fondos públicos. En mujeres, el cáncer de mama fue la principal indicación; en hombres, el cáncer testicular. Hasta la fecha, tres pacientes han utilizado su material criopreservado: un hombre logró el nacimiento de un recién nacido vivo tras un ciclo de ICSI; una mujer alcanzó un embarazo clínico mediante FIV que concluyó en un aborto espontáneo temprano, y otra presentó falla de blastulación en un ciclo de FIV. No se ha registrado aún el uso de tejido de corteza ovárica, dado que las pacientes que accedieron a esta técnica eran menores de edad al momento del procedimiento.

CONCLUSIONES

El programa piloto de oncofertilidad del CRH-UV ha demostrado que un enfoque integral, con equipos multidisciplinarios, financiamiento público y estrategias de derivación efectivas, permite aumentar el acceso a la preservación de fertilidad en pacientes oncológicos. Este modelo es único en Chile dado su acceso gratuito a pacientes de la quinta región. Es un programa replicable en otros países emergentes y contribuye a mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer. Persisten desafíos en la difusión, derivación oportuna y cobertura financiera a nivel nacional.

USO DE ATOSIBAN PREVIO TRASFERENCIA EMBRIONARIA: EXPERIENCIA EN CRHUV

Mercado, J.; Scarella, A.

Clínica de Reproducción Humana, Universidad de Valparaíso.

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad afecta a aproximadamente un 15 % de las parejas en edad reproductiva, representando un importante problema de salud pública y la fertilización in vitro (FIV) ha emergido como una alternativa terapéutica eficaz en muchas de estas parejas. Uno de los factores determinantes de su éxito es la implantación embrionaria, proceso que requiere una interacción coordinada entre el embrión y un endometrio receptivo. Pese a transferir embriones morfológicamente óptimos y cromosómicamente euploides, una proporción significativa de los tratamientos no culmina en embarazo o recién nacido vivo (RNV), lo que sugiere que la implantación no depende exclusivamente de la calidad embrionaria, sino también de condiciones endometriales e inmunológicas. Entre los factores que pueden interferir con la implantación se encuentra la contractilidad uterina aumentada, la cual genera movimientos peristálticos anómalos que podrían obstaculizar la implantación. Este fenómeno ha sido asociado con fallas de implantación recurrentes y especialmente en pacientes con patología uterina estructural como miomas, malformaciones o adenomiosis. En este contexto, el Atosiban un antagonista de los receptores de oxitocina y vasopresina tipo V1a, ha sido propuesto como una intervención adyuvante para disminuir la contractilidad miometrial. Su acción bloquea la cascada de señalización que estimula la contracción del músculo uterino, lo que podría reducir la actividad peristáltica desfavorable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos, que incluyó a todas las pacientes sometidas a transferencia embrionaria durante los años 2024 y 2025, en quienes se utilizó Atosiban como intervención adyuvante previo a la transferencia embrionaria. El objetivo principal fue describir la tasa de embarazo clínico en este grupo de pacientes y explorar su relación con las indicaciones clínicas que motivaron su indicación.

RESULTADOS

7 pacientes recibieron Atosiban en dosis de 37.5mg 1 hora antes de su transferencia embrionaria. La tasa de embarazo clínico en este grupo fue del 43 % (3 de 7 casos). Todas las pacientes tenían transferencias previas (en promedio 3.4). En 6 casos la indicación del fármaco fue por falla de implantación y en 2 por peristaltismo detectado al ultrasonido. No se observaron eventos adversos relacionados al uso del fármaco.

CONCLUSIONES

Estos hallazgos sugieren un posible beneficio del fármaco como adyuvante en tratamientos de FIV, probablemente en grupos seleccionados con antecedentes de falla de implantación previos. Se requieren estudios controlados y con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

PREVALENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON INFERTILIDAD QUE REALIZAN CICLOS DE ALTA COMPLEJIDAD DURANTE LOS AÑOS 2020-2024

Mercado, J.; Scarella, A.

Clínica de Reproducción Humana, Universidad de Valparaíso.

El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un desafío de salud pública con impacto directo en la salud reproductiva. En el ámbito de la medicina reproductiva, el tamizaje previo a procedimientos de fertilidad es esencial para proteger a los pacientes y gametos, prevenir la transmisión vertical y garantizar bioseguridad en los laboratorios.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia y describir la tendencia en pacientes sometidos a procedimientos de alta complejidad. Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron registros de tamizaje previos a ciclos de alta complejidad en hombres y mujeres, mediante serología y técnicas moleculares. Se aplicó un muestreo por censo consecutivo considerando sexo, año y al menos un resultado de ITS.

RESULTADOS

Las infecciones clásicas, incluyendo *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, VIH, hepatitis B, hepatitis C y virus linfotrópico humano, mostraron prevalencias bajas, inferiores a las reportadas a nivel nacional. Por otro lado, las infecciones por *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* fueron más frecuentes y evidenciaron un patrón emergente estable. Todos los pacientes con resultados positivos recibieron tratamiento antes de los procedimientos.

CONCLUSIONES

En conclusión, si bien las ITS clásicas mantienen prevalencias bajas y estables en comparación con la población general, la creciente frecuencia de patógenos emergentes resalta la necesidad de incorporarlos de forma sistemática en los protocolos de tamizaje y control de calidad. Esta estrategia no solo garantiza mayor seguridad en los procedimientos de reproducción asistida y mejores resultados clínicos, sino que además permite pesquisar y tratar oportunamente a las pacientes y/o sus parejas, reduciendo potencialmente el riesgo de transmisión, complicaciones asociadas y secuelas a largo plazo.

ROL TERAPEUTICO DE LA INSEMINACION DE LA INSEMINACION INTRAUTERINA EN UN CENTRO PUBLICO DE CHILE

Autores: Muñoz J.F.^{1,2}, Monsalve L.², Caballero M.³

1. Universidad Católica de la Santísima Concepción; Chillán.

2. Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.

3. Laboratorio Andrología FERTILAB, Chillán.

INTRODUCCIÓN

La inseminación intrauterina (IIU) homóloga es un método terapéutico utilizado desde 1957 para el tratamiento de la infertilidad. Aproximadamente 15% de las parejas en edad reproductiva padecen algún grado de infertilidad. Las principales razones para indicar la IIU son factor masculino leve, factor cervical e infertilidad de causa desconocida. Desde hace años existe un programa de baja complejidad en nuestro Hospital, es por ello, que decidimos evaluar nuestros resultados de los 3 últimos años.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue realizado entre Enero de 2022 y Diciembre de 2024 por el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HCHM). Estudio retrospectivo de casos y controles, donde se analiza ficha clínica, estudio de ciclos de estimulación y características de la muestra a inseminar. Evaluando variables que puedan incidir en el resultado genésico y comparándolos con la literatura. Todos los ciclos fueron inducidos artificialmente con distintos esquemas de estimulación, la ovulación fue gatillada en todas con Ovidrel® 250 mcg, 36 hrs previo a la Inseminación Artificial, siempre que en el estudio se obtuviese al menos entre 1-3 folículos ≥ 18 mm, con más de 3 folículos maduros se canceló el ciclo, lo mismo si no se obtiene folículo maduro luego de 21 días de estimulación. Todas las inseminaciones fueron ecoguiadas y con sobrenadante de muestra seminal separada, colocado en endocervix posteriormente.

OBJETIVO

Valorar los resultados de nuestro centro comparándolo con la literatura mundial, y de esa forma validar la técnica que estamos brindando. Evaluar variables clínicas de la paciente y de la muestra a inseminar que puedan incidir en los resultados.

RESULTADOS

Se analizaron 248 ciclos de Inseminación Artificial Homóloga. La tasa de embarazo global fue de 21,3%, con un promedio de 1,5 ciclos para poder conseguir embarazo. La edad promedio de las parejas mujeres fue de 34,7 años y de 36,7 años para hombres, sin diferencias significativas entre el grupo que se embarazó y el que no lo consiguió. Los mejores resultados se obtuvieron, en el grupo de infertilidad de causa Uterina (Sinequias, miomas y/o pólipos) con tasa de embarazo 28,5%, seguido por factor ovulatorio (Ovarios poliquísticos y otros) con 24,4% y, los peores resultados, fueron con el factor masculino como causa de infertilidad con tasa de embarazo de un 19,1%. No hubo diferencias significativas en las tasas de embarazo entre 1 o 3 folículos maduros al momento de la inseminación, sólo aumentó levemente la tasa de embarazo múltiple (hubo 1 embarazo triple en toda la muestra). El grosor endometrial entre 6 – 10 mm fue el que obtuvo los mejores resultados de gestación. El Recuento de Espermatozoides Móviles a Inseminar (REM), sólo mostró diferencias significativas, cuando éste era menor a 1,5 millones a inseminar. Respecto de la Motilidad Progresiva Total a Inseminar no hubo diferencias significativas si ésta era $>60\%$ o no. Finalmente

respecto del protocolo de inducción de ovulación, la mejor respuesta se obtuvo en ciclo combinado de Letrozol, FSH y MENOPUR® con tasa de embarazo de 28,1% por ciclo. Analizando Letrozol versus Tamoxifeno como complemento oral a las gonadotropinas, Letrozol fue significativamente superior a Tamoxifeno en tasas de embarazo.

CONCLUSIONES

Nuestras tasas de embarazo por ciclo son comparables a la reportada por la literatura, incluso un poco mejores (21,3 % v/s 15-20%). La edad de nuestra población es bastante alta 34 años, la estimulación combinada de Letrozol y gonadotropinas tiene la mejor tasa de éxito, al igual que tener REM > 1,5 millón, consideramos muy importante para el éxito del procedimiento. Nuestros resultados reflejan el buen actuar de la unidad y dan luces para que otros centros repliquen la técnica utilizada.

PREVALENCIA DE ENDOMETRIOSIS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA GENERAL Y UNIDAD DE INFERTILIDAD EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO 2024-2025

Soto MJ^{1,2}, Sandoval O¹, García P^{1,2}, Merino C¹, Riveros J¹, Bobadilla L¹

(1) Hospital Sótero del Río, Unidad de Ginecología

(2) Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Ginecología

INTRODUCCIÓN

La endometriosis constituye una enfermedad ginecológica inflamatoria crónica, definida por la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina. Se estima su prevalencia poblacional en aproximadamente un 10 % de mujeres en edad reproductiva, aunque la cifra varía según el método diagnóstico y las características demográficas de la población, lo que sugiere un subdiagnóstico considerable. En guías recientes, el enfoque diagnóstico ha transitado desde la laparoscopia como estándar de oro hacia estrategias integrales que priorizan la evaluación clínica e imagenológica, reservando la laparoscopia para casos de diagnóstico incierto o tratamiento fallido. En Chile, estudios previos como Fuente et al, han reportado una prevalencia de 4,9 % en cirugías ginecológicas generales. En pacientes que concurren por infertilidad, informes internacionales indican prevalencias entre 30 % y 50 %. El presente estudio compara la prevalencia de endometriosis en cirugía ginecológica general y en cirugía por infertilidad en el Hospital Sótero del Río, con el fin de estimar la carga oculta de la enfermedad y guiar decisiones terapéuticas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de corte descriptivo mediante revisión de registros quirúrgicos en el Hospital Sótero del Río. Se incluyeron todas las cirugías ginecológicas realizadas entre junio de 2024 y agosto de 2025 por los equipos de Cirugía Ginecológica General y de Infertilidad que emplearon laparoscopia. Se calcularon proporciones y porcentajes para comparar prevalencias entre los

grupos.

RESULTADOS

Cirugía Ginecológica General: Durante el periodo de estudio se evaluaron 312 pacientes, de las cuales 115 (36,9 %) fueron intervenidas mediante laparoscopia. En este subgrupo, 11 pacientes (9,6 %) contaban con diagnóstico preoperatorio de endometriosis. El diagnóstico intraoperatorio confirmó la presencia de endometriosis en 23 de 115 pacientes (20,0 %). Por tanto, el 10,4 % de los casos diagnosticados quirúrgicamente no habían sido identificados previamente. En cuanto a la localización anatómica de las lesiones, el sitio más común fue peritoneal (84%), seguido de ovárico (62 %). Equipo de Infertilidad: Se intervinieron 68 pacientes, de las cuales 56 (82 %) recibieron cirugías laparoscópicas. En este grupo, 26 de 56 pacientes (46 %) exhibieron diagnóstico intraoperatorio de endometriosis. La localización más frecuente fue peritoneal (91%), seguida de la ovárica (23 %). Además, en este grupo se documentó compromiso tubárico y/o LUS de un 23% de los casos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que la prevalencia de endometriosis diagnosticada intraoperatoria en laparoscopias en cirugía ginecológica general del Hospital Sótero del Río (10%) se alinea con el rango reportado internacionalmente (2-11 %), si bien el diagnóstico preoperatorio subestima de forma significativa su presencia. En pacientes con infertilidad, la prevalencia del 46,4 % concuerda con los valores descritos en literatura especializada (25-50 %). El análisis anatómico revela que la endometriosis peritoneal predomina en ambos grupos.

No obstante, pacientes intervenidos por infertilidad presentan mayor frecuencia de formas anatómicas más complejas (compromiso tubárico, LUS), lo que indica mayor gravedad clínica. Dado que las formas severas de endometriosis tienen implicancias negativas sobre la fertilidad y la calidad de vida, resulta esencial mejorar la detección preoperatoria, optimizar el interrogatorio clínico, utilizar imágenes diagnósticas más precisas cuando corresponda, y establecer criterios de sospecha elevados, especialmente en el contexto de infertilidad.

COMITÉ ÉTICO

Al ser revisión de protocolos quirúrgicos no requiere aprobación de comité de ética ya que no utiliza intervenciones ni datos sensibles de los pacientes. Igual el trabajo fue enviado a revisión por el Comité de ética del Hospital Sotero del Río. Adjunto foto que lo avala, pero su reunión será el 25 de septiembre 2025. De ser necesario de adjuntará posteriormente la aprobación por el comité.



OBSTETRICIA GENERAL

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

RENDIMIENTO DEL ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO PARA DETECTAR INFLAMACIÓN/INFECCIÓN INTRA AMNIÓTICA SEGÚN INDICACIÓN CLÍNICA Y RELACIÓN CON MOMENTO DE PARTO. REVISIÓN RETROSPECTIVA

Aparcedo M1 Cortés P1. Ogaz P1. Melendez A1. Cazar F1. Schwazenberg D1

1.Hospital de Rengo

INTRODUCCIÓN

La amniocentesis permite estudiar un compartimento fisiológicamente estéril para evaluar infección/inflamación (IIA). Tradicionalmente se hace mediante citoquímico, Gram y cultivos. La glucosa es el marcador más sensible y el gran más específico. Hoy en día el Gold Standard para detección de inflamación IA es la IL-6, con S y E > 90%. La PCR de bacterias aumenta la detección respecto a los cultivos. Los escenarios de mayor riesgo de IIA son PPRM, síntomas de parto prematuro (SPP), cuello corto asintomático y la incompetencia cervical

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión retrospectiva de los registros de todos los citoquímicos realizados entre mayo del 2023 y mayo del 2025 en el Hospital de Rengo. Se obtuvo un total de 35 amniocentesis. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados, agrupados por indicación del examen (PPROM, SPP, Cuello corto, incompetencia cervical y Sd febril). Los desenlaces evaluados fueron el estado inflamatorio del LA y la ocurrencia de parto prematuro. Resultados: En cuello corto asintomático (14/35), 7 se catalogaron como alterados, todos por recuento de GB, con cultivos negativos. 5/7 cursaron con PP (4 entre 30 y 33 sem), 2/7 llegaron a término tras recibir antibióticos. En el grupo SPP (8/35) hubo 3 con cervicometría normal y 5 con cuello < 25 mm, todos los LA fueron normales. Hubo 2 PP tardíos en el último grupo. En incompetencia cervical (3/35), todos los LA fueron normales; sin embargo, 2 evolucionaron con PP extremos y mortineonatos. En PPRM (6/35) hubo un caso de 18 semanas con LA alterado por RGB que evolucionó con aborto, su cultivo fue negativo. Del resto (5/6), una mostró estudio alterado (sin datos de seguimiento) y las otras 4, pese a tener

LA normal, evolucionaron con PP en la siguiente semana. 2 AMCT fueron por síndrome febril: una con resultado normal y parto a término, y otra con aumento del RGB a las 37 semanas que motivó inducción, con recién nacido sano, cultivo resultó normal.

CONCLUSIÓN

El estudio inflamatorio del LA es importante para el diagnóstico y pronóstico del embarazo. EL estudio citoquímico tuvo rendimiento heterogéneo. En nuestra revisión fue mayor en cuello corto asintomático, y ausente en cuadros clínicos clásicamente asociados a IIA como PPRM. Además, los cultivos no aportaron ningún resultado pese a los desenlaces negativos de las pacientes. La incorporación de marcadores bioquímicos y técnicas moleculares podrían aumentar la precisión diagnóstica y mejorar la toma de decisiones. Contar con PCR para detección de microorganismos permitiría identificar y tratar a los agentes de forma dirigida.

KINKING DUCTAL ASOCIADO A VARIANTE DEL ARCO AÓRTICO.

Araujo K (1), León-Villavicencio L (1), Salinas C (1)

(1) Centro Médico Clínica NACE. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El ductus arterioso es un vaso que facilita el flujo sanguíneo entre la arteria aorta y la arteria pulmonar durante el desarrollo fetal. Típicamente, mantiene una configuración recta; sin embargo, en ciertos casos, puede presentar una morfología tortuosa, comúnmente conocida como ductus arterioso en forma de "S" o "kinking ductus". Esta curvatura puede estar asociada con una constricción del ductus. Asimismo, las variaciones anatómicas del arco aórtico, aunque poco frecuentes, pueden coexistir con alteraciones ductales y representar un hallazgo de relevancia clínica. A continuación, presentamos un caso de ductus arterioso con morfología en forma de "S" asociado a una variante del arco aórtico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestante de 23 años de edad, primigesta, quien acude a ecografía obstétrica de rutina a las 35 semanas de gestación durante la cual se observa Al corte de 3 vasos-tráquea, se observa ductus arterioso con trayecto tortuoso en forma de S (kinking ductal), con velocidades sistólica de 171 cm/seg y velocidad diastólica de 11.9 cm/seg. IP: 2.41. En el corte sagital del arco aórtico: se identifica variante del arco aórtico, con mismo origen de arteria innominada y arteria carótida izquierda, distancia hasta la subclavia izquierda de 5.3 mm. Resto de la evaluación cardíaca y anatomía fetal normales. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requirió evaluación por Comité de Ética.

DISCUSIÓN

La presencia de un ductus arterioso tortuoso representa una alteración de la configuración recta típica observada

en la mayoría de los fetos. Aunque estas variaciones se encuentran ocasionalmente durante los exámenes de ultrasonido de rutina, es esencial diferenciar entre condiciones fisiológicas y patológicas, como la constricción ductal, ya que esta última puede requerir monitoreo cercano. En este caso, además del hallazgo ductal, se documentó una variación en el arco aórtico, específicamente el origen común de la arteria innominada y de la arteria carótida izquierda. Este tipo de variantes se describen en la literatura como variantes anatómicas sin repercusión clínica significativa, pero su reconocimiento ecográfico es relevante para la consejería a los padres.

CONCLUSIONES

El caso presentado destaca la importancia clínica de detectar variaciones en la morfología y la hemodinámica del ductus arterioso durante la ecografía fetal, así como reconocer la coexistencia de variantes anatómicas del arco aórtico. Una comprensión integral de estos hallazgos, junto con una evaluación detallada con Doppler en sus diferentes modalidades, es esencial para la identificación y el manejo oportuno de las anomalías ductales y para la correcta interpretación de la anatomía cardiovascular fetal.

NO TODA ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS EN EL TERCER TRIMESTRE ES UNA PREECLAMPSIA: ANÁLISIS DE ETIOLOGÍA Y DESCENLACES CLÍNICOS MATERNO-FETALES EN UNA COHORTE DE PACIENTES

Autores: Bressan S, Stern J

Institución: Hospital El Pino, Servicio de Ginecología y Obstetricia, San Bernardo, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

La elevación de transaminasas en el embarazo es poco frecuente ($\approx 3\%$), pero clínicamente relevante, ya que puede asociarse a patologías obstétricas graves (preeclampsia severa, síndrome HELLP, hígado graso agudo) y a condiciones hepatobiliares o infecciosas. El diagnóstico precoz orienta el manejo y mejora los desenlaces materno-fetales.

OBJETIVO:

Caracterizar las causas, presentación clínica, abordaje diagnóstico y desenlaces materno perinatales en embarazadas hospitalizadas por elevación de transaminasas en el tercer trimestre en nuestro centro.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de cohorte. Se revisaron historias clínicas de pacientes hospitalizadas entre enero 2023 y agosto 2025 en el Hospital El Pino. Se incluyeron embarazadas con GOT o GPT sobre el rango normal. Se aplicó protocolo diagnóstico estandarizado con anamnesis, examen físico, laboratorio, serologías virales, anticuerpos autoinmunes y ecografía abdominal. Variables principales: etiología y desenlace materno. Variables secundarias: evolución bioquímica, edad gestacional al diagnóstico y parto, vía de interrupción, tiempo de hospitalización y resultados neonatales.

RESULTADOS:

Se identificaron 4 casos. La edad gestacional promedio de ingreso fue 33 semanas; hospitalización media de 7 días. Todas presentaron IMC >27 (promedio 33 kg/m^2). Alteraciones promedio: GOT 79 U/L , GPT 88 U/L , GGT 60 U/L ; una paciente tuvo plaquetopenia leve ($143.000/$

μL). En puerperio se observó descenso progresivo de transaminasas.

DIAGNÓSTICOS

Colestasia intrahepática ($n=1$), coleditiasis sintomática ($n=1$), preeclampsia ($n=1$), esteatosis hepática asociada a hipertensión ($n=1$). Solo dos pacientes requirieron interrupción programada. Ninguna ingresó a UCI. Todos los recién nacidos fueron de término, sin complicaciones ni requerimiento de UCIN.

CONCLUSIONES:

La elevación de transaminasas en el embarazo exige un enfoque diagnóstico sistemático para descartar emergencias obstétricas y distinguir etiologías hepatobiliares o infecciosas. En esta cohorte, las causas predominantes fueron colestasis intrahepática, trastornos hipertensivos, esteatosis hepática y coleditiasis, todas con evolución favorable. La implementación de protocolos diagnósticos estandarizados constituye una herramienta clave para optimizar los desenlaces materno-fetales y reducir la morbilidad asociada.

ASPECTOS ÉTICOS:

Estudio realizado mediante revisión de fichas clínicas sin datos identificables, sin requerimiento de evaluación por comité de ética.

ROTURA UTERINA TRAS INSERCIÓN DE BALÓN DE BAKRI EN HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Autores: Bustos M. (1), Descouvieres C. (2), Guzmán R. (2)

1. Interna de Medicina - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

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

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto secundaria (HPPS) es el sangrado que ocurre entre las 24 hrs y 12 semanas postparto, tiene una incidencia de aproximadamente el 1% de los embarazos y sus principales causas son: retención de productos de la concepción, subinvolución del sitio placentario, endometritis, trauma vaginoperineal complicado, y otras menos frecuentes como pseudoaneurisma de la arteria uterina, malformaciones arteriovenosas y coagulopatías. En el abordaje de la HPPS planteado por la ACOG no se describe como alternativa terapéutica el uso del balón de Bakri. Este dispositivo de taponamiento intrauterino se recomienda como manejo de segunda línea en los casos de hemorragia postparto a causa de atonía uterina. Sin embargo, actualmente no hay guías clínicas que contraindiquen la inserción del balón de Bakri en HPPS, lo que mantiene abierta la posibilidad y arriesga a sufrir complicaciones potencialmente mortales, como lo es la rotura uterina. En esa línea, en la literatura se describen al menos 6 casos de rotura uterina secundaria al uso de balón de Bakri en el manejo de la HPPS, y 4 de ellos resultaron en histerectomía, una consecuencia indeseada y prevenible con el manejo oportuno.

MÉTODOS

Se recopiló un caso clínico del año 2016. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Paciente mujer de 32 años, puérpera de 22 días, sin antecedentes mórbidos, múltipara de dos partos vaginales, Testigos de Jehová. Consulta por metrorragia abundante de 4 horas de evolución (estimada en 4 litros), acompañada de hipotensión y lipotimia. Al ingreso presenta sangrado uterino activo, con hemoglobina de 10 g/dL que desciende a 6.3 g/dL. Se realiza legrado aspirativo, evidenciando sangrado profuso e inestabilidad hemodinámica. Se administra metilergometrina y misoprostol, y se instala balón de Bakri con 450 cc de suero fisiológico. En UCI, presenta nueva descompensación hemodinámica, tratada con ergometrina, ácido tranexámico, antibióticos, hierro EV y eritropoyetina. Evoluciona con sangrado persistente y hemoglobina de 4.3 g/dL. La paciente y su esposo autorizan transfusión de 3 UI de GR. Se decide traslado UCI CAS para eventual angiografía selectiva y embolización. En TAC abdomen y pelvis se evidencia perforación uterina de 7 x 7 cm, con balón de Bakri en posición ectópica en colon transversal. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciando rotura uterina posterior de 12 cm, con hemoperitoneo escaso. Se lleva a cabo histerectomía total, salpingectomía bilateral y aseo peritoneal. La paciente evoluciona favorablemente, estable y orientada, y es trasladada a su hospital de base para seguimiento.

CONCLUSIONES

El balón de Bakri no debe considerarse en el manejo de la HPPS. Es de suma importancia estandarizar y limitar su uso, puesto que la ausencia de contraindicaciones formales en HPPS puede conllevar riesgos de suma gravedad.

CESÁREA ELECTIVA MAYOR O IGUAL 37 SEMANAS: REPERCUSIONES RESPIRATORIAS EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO, ENTRE LOS AÑOS 2022-2024 EN HOSPITAL LUIS TISNÉ BROUSSE

Carrasco R., Cuevas J., Gribbell C., Catalan A., Pinochet T., Veliz V., Lattus J., Sánchez C.

Hospital Luis Tisne Brousse.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de distrés respiratorio (SDR) es una de las principales causas de morbilidad infantil, afectando alrededor del 1% de los recién nacidos (RN) y englobando distintas etiologías como taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, bronconeumonía, síndrome de aspiración meconial, entre otras. Su incidencia aumenta significativamente en nacimientos por cesárea, especialmente electiva, donde puede ser hasta tres veces mayor que en partos vaginales, debido a la ausencia de los cambios fisiológicos y hormonales propios del trabajo de parto que facilitan la maduración pulmonar. Considerando que en Chile la tasa de cesárea alcanza un 42,95% en el sistema público, el presente estudio busca evaluar la incidencia de SDR en RN a término nacidos por cesárea electiva (CE), cesárea de urgencia (CU) y partos vaginales (PV) en el Hospital Luis Tisné Brousse (HLTB) entre 2022 y 2024, asociado a edad gestacional (EG) y comorbilidades maternas.

MÉTODOS

El estudio corresponde a un diseño longitudinal retrospectivo basado en la revisión de fichas electrónicas, que incluyó a RN a término por CE, CU y PV en el HLTB entre enero de 2022 y diciembre de 2024. La información fue recopilada a partir de la historia clínica materna y neonatal, resguardando la identidad de las pacientes mediante un sistema de codificación ascendente asociado al tipo y fecha de parto, EG y comorbilidades maternas. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Entre 2022 y 2024, la incidencia de SDR mostró variaciones según la vía de nacimiento: la CE presentó el mayor riesgo con una incidencia global de 2,83%, la CU alcanzó un 1,71%, mientras que el PV registró la incidencia más baja (1,01%). Peso promedio al nacer más bajo en CE (3250 grs), en comparación a CU (3341 grs) y PV (3339 grs). En cuanto a la EG, las CE presentaron en promedio 37+4 semanas de EG, las CU 38+6 semanas y los PV 38+3 semanas. La obesidad fue la patología materna más frecuente (67%), presentando un IMC promedio en CE 36, en CU 33 y PV 33.

CONCLUSIÓN

En la comparación según vía de nacimiento, la CE evidenció el mayor riesgo de SDR (2.83%), seguida de la CU (1,71%) y finalmente el PV (1,01%), que se mantuvo como la vía más protectora. Esta diferencia confirma que el trabajo de parto cumple un rol crucial en la adaptación respiratoria neonatal. En conjunto, los resultados permiten definir un perfil de riesgo en RN por CE caracterizado por edad gestacional disminuida, menor peso y ausencia de trabajo de parto, condiciones que se relacionan con la fisiopatología de la taquipnea transitoria. En base a estos hallazgos, se recomienda evitar programar CE antes de la semana 39 y fortalecer el manejo de patologías maternas para reducir la incidencia de SDR neonatal.

PERFILES PRENATALES ASOCIADOS AL AUMENTO DE PESO GESTACIONAL Y A LA RETENCIÓN DE PESO POSPARTO: UN ANÁLISIS DE CLASES LATENTES

Carrasco Negue K1,2, Garmendia ML3

1Programa de Doctorado en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile 2Unidad de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Clínica Universidad de los Andes. 3Unidad de Nutrición Pública, CIAPEC, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Santiago, Chile,

INTRODUCCIÓN

La ganancia de peso gestacional (GPG) y la retención de peso posparto (RPPP) son determinantes de la salud materna y del riesgo de obesidad a largo plazo. Comprender cómo las características maternas interactúan e influyen en la GPG y la RPPP puede orientar intervenciones más específicas y efectivas. El objetivo de este estudio fue identificar perfiles maternos durante el embarazo, basados en características pregestacionales y gestacionales, y evaluar su asociación con la GPG y la RPPP al año posparto.

MÉTODOS

Se analizaron datos de 1.011 mujeres de la cohorte CHIMINCs-II (Comuna de Puente Alto). Se aplicó un análisis de clases latentes (ACL) utilizando variables pregestacionales (demográficas, tabaquismo, depresión, paridad y obesidad) y gestacionales (glucosa en ayunas, depresión, riesgo de depresión posparto y ansiedad). La GPG se evaluó de manera continua y categorizada según las guías del Instituto de Medicina 2009; la RPPP al año posparto se analizó de forma similar. Las asociaciones se estimaron mediante modelos de regresión.

RESULTADOS

Las participantes tuvieron una mediana de edad de 29 años; el 45,8% estaba casada o en convivencia, el 61% trabajaba o estudiaba, el 68,5% era multipara y el 40,8% presentaba obesidad pregestacional. Se identificaron cuatro perfiles prenatales: (1) Bajo riesgo, (2) Alto riesgo nutricional y metabólico, (3) Riesgo de depresión perinatal y (4) Riesgo de ansiedad perinatal. La GPG y la RPPP

variaron entre perfiles. La mediana de GPG fue de 10 kg (RIC: 8 kg), siendo más alta en el perfil Bajo Riesgo (11,8 kg). La RPPP al año fue mayor en el perfil Bajo Riesgo (mediana: 2,1 kg) y menor en el perfil Riesgo de Ansiedad Perinatal, donde las mujeres presentaron una pérdida neta de -0,9 kg (RIC: 8,8 kg). En comparación con el perfil de bajo riesgo, las mujeres en los perfiles Alto Riesgo Nutricional y Metabólico y Riesgo de Ansiedad Perinatal tuvieron mayores probabilidades de una GPG inadecuada (RRRa 1.61 y 2.09, $p < 0.05$ respectivamente). La GPG excesiva fue más probable en el perfil de Riesgo de Depresión Perinatal (RRRa 1,76; $p < 0,05$). No se encontraron asociaciones significativas con la RPPP.

CONCLUSIÓN

Se identificaron cuatro perfiles maternos distintos basados en factores pregestacionales y gestacionales. Estos perfiles se asociaron a diferentes patrones de GPG, los cuales son determinantes en la RPPP y en la salud materna a largo plazo. La identificación temprana de los perfiles maternos podría permitir distinguir grupos de mujeres que se beneficiarían de estrategias preventivas específicas.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Chile (Proyecto N° 195-2023; Acta N° 168).

CAVERNOMATOSIS PORTAL EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

Alvestegui A1, Vergara MJ1, Merino C2, Arnold J3, Carvajal JA1

1Departamento de Obstetricia, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

2Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

3Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

La hipertensión portal (HP) es un síndrome vascular caracterizado por un aumento del gradiente de presión entre el sistema porta y la vena cava inferior. Durante el embarazo, los cambios hemodinámicos incrementan el riesgo de hemorragia digestiva y complicaciones maternas y perinatales. La obstrucción extrahepática de la vena porta (OEHP) es la causa más frecuente de HP no cirrótica; en su forma crónica puede evolucionar a cavernomatosis portal. La evidencia sobre su manejo en gestantes es limitada y se basa en series de casos y estudios retrospectivos.

MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una gestante de 30 años con antecedente de trombosis porto-mesentérica y diagnóstico de cavernomatosis portal. La paciente fue seguida en forma multidisciplinaria por obstetricia, gastroenterología, hematología y anestesia. Se realizó revisión narrativa de la literatura en bases de datos PubMed y Scopus sobre HP no cirrótica y embarazo. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Durante la gestación la paciente requirió cinco ligaduras endoscópicas seriadas de várices esofágicas, profilaxis con carvedilol y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular ajustada a riesgo trombótico. Presentó anemia y trombocitopenia moderadas sin necesidad de transfusión. No hubo episodios de hemorragia digestiva

ni complicaciones obstétricas graves. Se realizó cesárea electiva a las 37 semanas, obteniéndose un recién nacido sano de 2980 g, sin complicaciones maternas en el puerperio. La revisión bibliográfica evidenció que las embarazadas con OEHP presentan mayor riesgo de aborto, parto prematuro y hemorragia variceal; sin embargo, con manejo multidisciplinario pueden alcanzar resultados obstétricos y perinatales comparables a población general.

CONCLUSIONES

La cavernomatosis portal en el embarazo es una entidad poco frecuente y de alto riesgo que requiere manejo individualizado. La pesquisa y tratamiento oportuno de várices esofágicas, el uso de β -bloqueadores no selectivos y la anticoagulación selectiva, asociados a un enfoque multidisciplinario, permiten reducir complicaciones y optimizar los desenlaces materno-fetales.

EL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL (BNP) INHIBE LAS CONTRACCIONES MIOMETRIALES HUMANAS MEDIANTE LA ACTIVACIÓN DEL RECEPTOR DE DEPURACIÓN DE ÉPTIDOS NATRIURÉTICOS Y LA VÍA DEL CAMP.

Galaz J1,2, Del Piano AM1, Carvajal JA1,2

1Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 2Red de Salud UC-CHRISTUS

INTRODUCCIÓN

La regulación de la contractilidad miometrial es un proceso esencial para el éxito del embarazo. La quiescencia del útero durante la gestación depende de una compleja interacción de señales paracrinas, endocrinas y mecánicas. El BNP es un mediador paracrino clave de la quiescencia miometrial humana. Hemos demostrado que el BNP no inhibe la contracción vía NPR-A o B. Nuestra hipótesis es que el BNP inhibe las contracciones mediante activación de NPR-C y que esta vía aumenta cAMP y la actividad de PKA. Aquí evaluamos cambios en la contractilidad miometrial, contenido de cAMP y actividad de PKA inducidos por activadores e inhibidores de NPR-C.

MÉTODOS

Se obtuvieron muestras miometriales durante cesáreas de pacientes con embarazo pretérmino (28-32 semanas) o de término (38-40 semanas), en trabajo de parto o no. Se prepararon tiras miometriales de pacientes pretérmino sin trabajo de parto (PTNL) en baños de órgano para medir tensión isométrica. Las contracciones se indujeron con oxitocina (10^{-8} M), en presencia o ausencia de BNP, cANP, AP-811 o anantina. Se midió el área bajo la curva de las contracciones y se expresaron como % respecto al basal. Además, se evaluó contenido de cAMP y actividad de PKA, así como expresión de ARNm y proteína de receptores por RT-PCR. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID 13-217).

RESULTADOS

BNP y cANP inhibieron significativamente la contracción

miometrial (40%; $p < 0,01$ vs. control), aumentaron cAMP (45%; $p < 0,01$) y la actividad de PKA (50%; $p < 0,01$). AP-811, pero no anantina, bloqueó la inhibición de la contracción, la producción de cAMP y la activación de PKA inducidas por BNP y cANP. No hubo diferencias significativas en los niveles de expresión de receptores entre grupos.

CONCLUSIÓN

El BNP inhibe las contracciones miometriales mediante activación de NPR-C. Esta vía aumenta cAMP y la actividad de PKA. Proponemos que la vía BNP/NPRC/cAMP/PKA podría desempeñar un rol clave en el mantenimiento de la quiescencia miometrial durante el embarazo.

REVISIÓN DE CERCLAJES REALIZADOS EN UN PERIODO DE DOS AÑOS EN EL HOSPITAL DE RENGO. INDICACIONES Y RESULTADOS

Cortes P1 Aparcedo M1 Ogaz P1 Cazar F1 Meléndez A1 Schwazenberg D1

1.Hospital de Rengo

INTRODUCCIÓN

El cerclaje es un procedimiento en el cual se coloca una sutura no reabsorbible rodeando el cuello del útero, entregando soporte mecánico para prevenir parto prematuro en contexto de incompetencia cervical. Existen tres indicaciones de cerclaje: por historia, por ecografía y por examen físico, que han demostrado prolongar el embarazo y disminuir el parto prematuro.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los datos de todos los cerclajes realizados en el Hospital de Rengo entre el 2023 y el 2025. La información se obtuvo a través del registro de procedimientos de pabellón. Se realizó un análisis descriptivo de las indicaciones de cerclaje, las semanas de latencia al parto y la ocurrencia de parto prematuro.

RESULTADOS

Hubo un total de 16 cerclajes. Nueve por historia (56%), 4/9 con cerclaje en el embarazo previo. 3/9 además con cuello corto. La EG promedio al cerclaje fue de 15 sem. Hubo 5 Partos de término (PT), 2 roturas prematuras de membranas (PPROM) de 35 semanas y una de 30 que se resolvió a las 31 por inicio de TPP. Una paciente tuvo un primer cerclaje a las 15 semanas, luego recerclaje a las 16 por desgarro del cuello, PPRM a las 21, con PP extremo de 23+6 semanas que resultó en un mortineonato. En promedio la latencia al parto fue de 19 semanas con 2 PP < 35 semanas Por ecografía hubo 4/16 (25%), una tenía antecedente de insuficiencia cervical y tuvo acortamiento cervical en el seguimiento. La EG promedio al cerclaje fue de 23 semanas (Intervalo 20-26).

Hubo 2 partos de término, una PPRM a las 34 semanas y una interrupción por PES a las 35 semanas. La latencia promedio fue de 13 semanas con 1 PP < 35 semanas Por examen físico hubo 3/16 (19%), 2 de ellas fueron recerclajes por desgarro de un primer cerclaje (indicado por historia, no analizado en ese grupo) a las 17 y 23 semanas. La otra fue una primigesta de 17 semanas. Se perdió seguimiento de esta última a las 31 semanas. Las otras dos tuvieron PP a las 32 y 33 semanas con latencia de 14 y 10 semanas respectivamente. Cabe mencionar que todas las pacientes de esta revisión utilizaron progesterona micronizada vaginal.

CONCLUSIÓN

En nuestro centro el desempeño del cerclaje es coherente con la evidencia, con excelentes resultados en cerclajes por historia, buen resultado por ecografía con solo un PP < 35 semanas, y en el caso de los cerclajes de rescate logrando la viabilidad y evitando PP < 28 semanas. El cerclaje en todas sus indicaciones mostró beneficios en prevenir parto prematuro.

RESULTADOS OBTENIDOS POR CARIOTIPO POR AMNIOCENTESIS EN HOSPITAL DE RENGO, INDICACIONES Y RENDIMIENTO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Cortés P1. Aparcedo M1. Melendez A1. Schwazenberg D1. Ogaz P1. Cazar F1.

1.Hospital de Rengo

INTRODUCCIÓN

La amniocentesis para estudio genético es una de las pruebas diagnósticas de referencia ante la sospecha de alteración genética fetal. En nuestro medio contamos con la posibilidad de realizar FISH de trisomías y cariograma. Dentro de las indicaciones clásicas encontramos: Translucencia nucal aumentada, anomalías estructurales, RCIU severo precoz, edad materna avanzada y óbito fetal. El rendimiento del cariotipo varía según la indicación. En el Hospital de Rengo se inició el estudio genético en marzo del 2024, por lo que quisimos revisar los resultados obtenidos.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de las amniocentesis genéticas realizadas en el plazo de un año en el Hospital de Rengo (entre marzo del 2024 y 2025). Se obtuvo un total de 22 estudios. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados, agrupados por indicación del examen: TN aumentada > P 95, hidrops fetal, malformación estructural, RCIU precoz < 32 semanas, marcadores de 2do trimestre (Pliegue nucal), óbito fetal y edad materna avanzada.

RESULTADOS

4/22 (18%) fueron indicadas por TN aumentada. De estas, 3 resultaron ser T21, la otra evolucionó con PN aumentado, tuvo cariotipo normal y RN sano. 7/22 (31,8%) por malformación fetal, una de ellas resultó T21 (Atresia duodenal con CIV), el resto de los cariogramas fueron normales. 1/22 (4,5%) fue por hidrops a las 17 semanas que resultó ser 45X0 y evolucionó con muerte fetal. 5/22 (22,7%) fue por RCIU precoz, todos los cariogramas

fueron normales. 3/22 (13,6%) fueron por pliegue nucal aumentado en 2ºT, todos con cariotipos normales. Hubo un óbito (4,5%) con FISH normal y un cariograma por edad materna avanzada que resultó 47XXY (4,5%)

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, el rendimiento fue mayor cuando la indicación fue TN aumentada. En el grupo de RCIU precoz sin malformación todos los cariogramas fueron normales, de hecho 3 evolucionaron con fetos PEG y un feto de peso adecuado y posteriormente RN sanos. Del mismo modo los PN aumentados fueron RN sanos. Pareciera que estas dos indicaciones cuando son aisladas no tienen buen rendimiento. El único óbito fetal fue de 35 semanas por lo que no se procesó cariograma. Hubo un estudio por edad materna avanzada (46 años) con ecografía normal que resultó ser Sd de Klinefelter. El cariograma es una herramienta diagnóstica indispensable para el diagnóstico prenatal. Conocer los resultados de nuestra serie nos permite seleccionar de forma adecuada las indicaciones de estudio invasivo

USO DE CERCLAJE CERVICAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN PACIENTES CON RIESGO DE PARTO PREMATURO (2020-2024).

Cuevas C1,2; Salas J1,2; Roncagliolo L1,2; Panes J1; Brito A1; Cáceres N1; Castillo F1; Tapia D1, Román I1; Del Rio Martín1,2.

Institución: Universidad Católica del Maule1; Hospital Regional de Talca2.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cervical es una causa importante de aborto tardío y parto prematuro espontáneo, con impacto significativo en la morbilidad perinatal. El cerclaje cervical, procedimiento quirúrgico destinado a reforzar el cierre del cuello uterino, constituye una estrategia validada en mujeres con factores de riesgo específicos. En Chile, la experiencia local aún es limitada, lo que motiva el presente estudio.

MÉTODOS

Estudio cohorte retrospectivo, basado en fichas clínicas y registros institucionales de pacientes sometidas a cerclaje cervical en el HRT durante el período 2020-2024. Se incluyeron embarazos únicos con cerclaje por historia obstétrica, hallazgos ecográficos o examen físico. Se excluyeron casos con datos clínicos incompletos. Se definió éxito como prolongación del embarazo ≥ 32 semanas y viabilidad fetal como ≥ 24 semanas. Se aplicó análisis descriptivo.

RESULTADOS

Se realizaron 44 cerclajes cervicales. La tasa global de éxito fue 68,2% y la de viabilidad fetal 81,8%. Los cerclajes por historia obstétrica mostraron mejores resultados (80,6%) en comparación con los de hallazgos ecográficos (50%) y examen físico (22,2%). La viabilidad fue alcanzada en el 90,3% de los casos con cerclaje por historia obstétrica, 75% con hallazgos ecográficos y 55,6% con de urgencia. El análisis de tendencia reveló una mejoría progresiva en las tasas de éxito, alcanzando 100% en 2023. Los antecedentes de parto prematuro

y abortos de segundo trimestre que definen la historia obstétrica, se asociaron a mayores probabilidades de éxito.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El cerclaje cervical demostró ser una intervención efectiva en la prevención del parto prematuro en mujeres seleccionadas, con mejores resultados cuando se indicó por historia obstétrica y pronóstico limitado en cerclajes de urgencia. La experiencia del HRT confirma la relevancia de protocolos estandarizados y de la selección adecuada de pacientes, con resultados comparables a la literatura internacional.

ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Maule, folio 0038-2025, resguardando confidencialidad y uso responsable de los datos clínicos.

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA EN PUERPERIO: DOS CARAS DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Autores: Del Río M.(1), Panes J.(2), Crespillo M.(2), Campos F.(2), Paredes B.(3)

(1) Ginecólogo-Obstetra. Jefe del Servicio de Parto del Hospital Regional de Talca. (2) Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule. (3) Interna de Medicina, Universidad de Chile.

Instituciones: Hospital Regional de Talca – Universidad Católica del Maule, Facultad de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La úlcera péptica perforada (UPP) es una complicación poco frecuente en el puerperio, pero con alta morbi-mortalidad y síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico oportuno.

CASO CLÍNICO

Se reportan dos pacientes puérperas de cesárea. La primera, de 36 años con obesidad, diabetes gestacional y dispepsia no estudiada. Presentó dolor abdominal al segundo día postparto. La tomografía computarizada mostró neumoperitoneo y la laparotomía confirmó úlcera gástrica perforada de 3 cm en antro, reparada con cierre primario y toilette, con evolución favorable. La segunda, puérpera de cesárea de 28 años de edad, reingresó a los tres días por dolor epigástrico y compromiso general. Inicialmente se interpretó como pancreatitis, pero laparotomía exploratoria evidenció úlcera prepilórica de 1,5 cm. Evolucionó tórpidamente, con hemoperitoneo, dehiscencia de rafia gástrica, colecciones múltiples e infecciones intraabdominales, requiriendo varias reintervenciones, drenajes percutáneos y antibióticos prolongados, hasta lograr mejoría clínica y alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

Ambos casos comparten factores de riesgo como obesidad, diabetes gestacional, dispepsia no tratada y uso de AINEs. La tomografía fue fundamental en la orientación diagnóstica.

CONCLUSIÓN

La UPP debe considerarse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo puerperal. Debemos ser cuidadosos en el uso de AINEs y considerar el recubrimiento gástrico sobre todo cuando hay otros factores de riesgo. La sospecha clínica precoz y la resolución quirúrgica adecuada mejoran el pronóstico.

ASPECTO ÉTICO

Se obtuvo consentimiento informado de ambas pacientes con su médico tratante para la publicación de los casos.

OPTIMIZACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN PLAQUETARIA EN SÍNDROME DE HELLP MEDIANTE TROMBOELASTOGRAFÍA: DOS EXPERIENCIAS CLÍNICAS.

Del Río M.(1), Montecinos M.(2), Ochoa P.(2)

(1) Médico Ginecoobstetra, Jefe unidad de parto Hospital Regional De Talca.

(2) Médico Cirujana, Becada Obstetricia y Ginecología Universidad Católica Del Maule.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Hellp es una complicación obstétrica grave, caracterizada por hemólisis, elevación de transaminasas y trombocitopenia, su manejo implica la interrupción del embarazo. En este contexto, el riesgo de hemorragia posparto (HPP) es elevado. El cuadro clínico progresa rápidamente requiriendo toma de decisiones oportunas donde destaca la transfusión de plaquetas, que suele basarse en su recuento, presentando limitaciones al no reflejar el estado hemostático real. La tromboelastografía (TEG) permite una evaluación dinámica de la coagulación, guiando la transfusión de forma más precisa. Existe evidencia internacional del uso beneficioso de TEG en pacientes con hemorragia obstétrica. En el siguiente trabajo se presentan dos casos en los que la TEG guió la transfusión plaquetaria, demostrando que esta decisión debe ser individualizada.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y descriptivo tipo serie de casos que incluye dos pacientes atendidas en un Hospital de la zona centro - sur de Chile durante su trabajo de parto y atención del mismo. Ambas cursaron con trombocitopenia (plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$) en contexto de Síndrome de Hellp y además, ambas presentaron HPP, cuya evaluación se complementó con TEG, y con el resultado de éste se definió la transfusión o no transfusión de plaquetas.

RESULTADOS

Caso 1: Paciente multípara de 1 parto, cursando embarazo de 38+3 semanas, con antecedente de diabetes pre gestacional e hipertensión arterial crónica, ingresa en

trabajo de parto fase latente, recuento plaquetario de ingreso $227.000/\text{mm}^3$. Inicia con estado fetal no tranquilizador y crisis hipertensivas, por lo que se decide interrupción vía alta, presentando HPP. Durante el puerperio inmediato evoluciona con nuevos episodios de crisis hipertensivas, por lo que se solicitan exámenes que resultan compatible con síndrome de Hellp, plaquetas $57.000/\text{mm}^3$. Se realiza TEG que evidencia coagulopatía mixta, por lo que se transfunden 8 unidades de plaquetas, con posterior control en $140.000/\text{mm}^3$ al cuarto día. La paciente permaneció 5 días en Unidad de paciente crítico (UCI), siendo dada de alta de puerperio al día 10 de hospitalización. Caso 2: Paciente multípara de 1 parto, embarazo de 36+5 semanas, quien consulta en urgencias por cefalea y vómitos. Exámenes de laboratorio compatibles con síndrome de Hellp, plaquetas $62.000/\text{mm}^3$. Se decide interrupción vía alta, presenta HPP, la que se maneja con sutura compresiva B-Lynch. Exámenes posterior a cesárea destaca plaquetas $41.000/\text{mm}^3$. Se solicita TEG que resulta protrombótico, se discute caso con hemostasiólogo y se decide no transfundir plaquetas. Paciente evoluciona sin pérdidas genitales y con aumento de plaquetas progresivo hasta su normalización al 3er día en $140.000/\text{mm}^3$. Permaneció 2 días en Unidad de paciente crítico, siendo dada de alta de puerperio al día 4 de hospitalización.

CONCLUSIONES

La trombocitopenia del Síndrome de Hellp no siempre requiere transfusión de plaquetas. En este contexto, la TEG permite un manejo individualizado, logrando evitar transfusiones innecesarias y promoviendo el uso racional y seguro de recursos en salud.

LISTERIA MONOCYTOGENES, CAUSA DE SHOCK SÉPTICO POR CORIOAMNIONITIS EN EMBARAZO GEMELAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Díaz D1, Sepúlveda V2, Rocco A3, Rodríguez V4.

Residentes Ginecología y Obstetricia Universidad del Desarrollo
Hospital Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán

INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis corresponde a una infección de las membranas corioamnióticas y líquido amniótico, habitualmente de origen ascendente desde el tracto genital inferior. Un agente poco frecuente de ser hallado en líquido amniótico es *Listeria monocytogenes*, bacilo gram positivo capaz de transmitirse a través de alimentos contaminados, por vía transplacentaria o durante el parto. En raras ocasiones una corioamnionitis puede producirse por diseminación hematógena, siendo la Listeriosis un ejemplo característico de este mecanismo. Las manifestaciones clínicas varían desde un curso asintomático hasta cuadros graves de corioamnionitis y sepsis. Si bien la mortalidad materna es poco común, las tasas de mortalidad perinatal asociadas son considerablemente elevadas. En este contexto, se presenta el caso de una paciente con embarazo gemelar que desarrolló shock séptico secundario a infección por *Listeria monocytogenes*.

MÉTODOS

Se obtuvo información del sistema de fichas electrónicas SICLOPE del Hospital Regional de Antofagasta. Además, se realizó una revisión bibliográfica en PubMed y Google Scholar, con énfasis en artículos de la American Journal of Obstetrics and Gynecology. Las palabras clave empleadas fueron: Shock séptico, Corioamnionitis, Embarazo gemelar y *Listeria monocytogenes*.

RESULTADOS

Se presenta el caso de una paciente de 19 años, primigesta, de nacionalidad boliviana, sin antecedentes

mórbidos conocidos, con embarazo gemelar bicorial biamniótico de 28 semanas. Consultó en el servicio de urgencias por dinámica uterina. Durante la evaluación presentó taquicardia fetal, contracciones uterinas y cervicometría de 6 mm. Se indicó hidratación, tocólisis y corticoterapia para maduración pulmonar fetal. Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitos 25.810/ul (segmentados 90%) y proteína C reactiva (PCR) 6,42 mg/dl, por lo que se sospechó el diagnóstico de infección intraamniótica. Se realizó amniocentesis y se inició antibioticoterapia empírica. Posteriormente, la paciente evolucionó con hipotensión y taquicardia. La muestra de líquido amniótico evidenció líquido turbio, glucosa indetectable y bacterias Gram positivas. Ante el diagnóstico de sepsis materna con criterios incompletos de corioamnionitis, se decidió realizar cesárea de emergencia. Durante el procedimiento quirúrgico la paciente presentó shock séptico y hemorragia postparto. Se obtuvo recién nacidos vivos, quienes requirieron reanimación respiratoria y posterior ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. En uno de los gemelos se aisló *Listeria monocytogenes* en el hemocultivo. La paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos adultos por un día, presentó cultivo de líquido amniótico positivo para *Listeria monocytogenes*. Completó antibioticoterapia con buena evolución clínica, logrando el alta hospitalaria al séptimo día de ingreso.

CONCLUSIONES

La listeriosis es una infección producida por la bacteria *Listeria monocytogenes*. Su transmisión

transplacentaria o por vía hematológica constituye una causa poco frecuente de corioamnionitis y sepsis, pero se asocia a una elevada morbilidad perinatal. En recién nacidos, la tasa de letalidad alcanza aproximadamente un 20%. La detección y la intervención temprana se relacionan con una reducción significativa de complicaciones, incluyendo abortos en el primer trimestre, muerte fetal intrauterina en el segundo y tercer trimestres, así como sepsis y meningitis neonatal.

HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO

Autores: Díaz S(1), Muñoz M.(2), Del Río M(3).

(1) Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Católica del Maule (2) Interna de Medicina, Universidad Católica del Maule. (3) Ginecólogo-Obstetra. Jefe de la Unidad de Partos, Hospital Regional de Talca. (2) Institución: Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule

INTRODUCCIÓN

El hemoperitoneo espontáneo en el embarazo es una complicación obstétrica muy rara y potencialmente mortal. Su diagnóstico suele ser complejo debido a la inespecificidad de los síntomas y su similitud con otras urgencias obstétricas y quirúrgicas.

MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de la ficha clínica electrónica y una entrevista semiestructurada a la paciente. Además, se efectuó una revisión narrativa de literatura en PubMed, SciELO y Google Scholar.

RESULTADOS

Mujer de 33 años, multípara de 2, con antecedente de una cesárea previa, y un parto vaginal, con embarazo de 32 semanas más 1 día. Ingresa derivada con síntomas de parto prematuro, con tocolisis de primera línea y dolor persistente en hipogastrio, que luego se localiza en epigastrio e hipocondrio derecho. Posteriormente, paciente persiste con dinámica uterina, aumento de epigastralgia, caída brusca de la presión arterial y desaceleraciones tardías al monitor cardiofetal, por lo que se decide cesárea de urgencia. En el intraoperatorio se evidencia hemoperitoneo masivo previo a extracción de recién nacido. Luego se identifica desgarro en el ligamento ancho derecho a nivel de arteria uterina con sangrado activo, requiriendo histerectomía total. La paciente presenta anemia severa (Hb 4,1 g/dL), recibiendo transfusión de tres unidades de glóbulos rojos y evolucionando favorablemente, con complicaciones

postoperatorias leves. Recién nacido con Apgar 1-6 se hospitaliza.

CONCLUSIONES

El hemoperitoneo espontáneo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes embarazadas con signos de shock sin causa evidente. Entre los factores de riesgo se pueden encontrar las cesáreas previas y la presencia de endometriosis. La intervención quirúrgica precoz es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad materna.

EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL ES DETERMINANTE PARA EL ÉXITO DE LA INDUCCIÓN MECÁNICA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS

Dauvergne J1, Friedrich I1, Troncoso F1, Sande M1, Escobedo E1, Mena V1, Urra M1, Cortés P1, Poblete JA1,2, Carvajal JA1,2, Farias-Jofre M1,2, Solari C1,2, Gonzalez-Carvallo C1,2, Galaz J1,2.

1División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Red de Salud UC-CHRISTUS

INTRODUCCIÓN

La inducción del trabajo de parto es uno de los procedimientos más frecuentes en obstetricia, alcanzando hasta un 30% de los embarazos en países desarrollados. Entre las distintas estrategias disponibles, los métodos mecánicos, como el uso de catéteres de balón, destacan por su seguridad y bajo costo. Sin embargo, diversos factores maternos pueden influir en el éxito del procedimiento, entre ellos el índice de masa corporal (IMC), cuya asociación con peores resultados obstétricos está bien documentada. La evidencia sobre el impacto del IMC en la eficacia de la inducción mecánica en nulíparas sigue siendo limitada. El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia del IMC en el éxito de la inducción del trabajo de parto con catéter de balón en pacientes nulíparas en la Red de Salud UC-CHRISTUS.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes nulíparas a las que se les realizó una inducción mecánica del trabajo de parto de término entre 2023 y 2024. El outcome primario fue la tasa de parto vaginal comparando el uso de catéter con uno o dos balones, y el outcome secundario fue el inicio del trabajo de parto. Dado que en nuestros análisis preliminares no se encontraron diferencias significativas entre el uso de sondas con uno o dos balones, se decidió categorizar a las pacientes nulíparas según IMC (<30 vs. ≥30), independiente del tipo de sonda utilizado. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Red de Salud UC-CHRISTUS (ID 241105003).

RESULTADOS

Se analizaron un total de 218 pacientes, 75 con IMC <30 y 143 con IMC ≥30. La tasa de parto vaginal es mayor en aquellas pacientes nulíparas con IMC <30 comparado con aquellas que tienen un IMC ≥30 (56% vs. 34 %, $p=0.002$). La edad materna era mayor en pacientes con BMI ≥30. En el análisis multivariado mediante regresión logística binaria ajustado por edad materna, el IMC ≥30 se asoció a una menor probabilidad de parto vaginal (OR ajustado: 0,39; IC95%: 0,22-0,69; $p=0,001$). No hubo diferencia en tasa de inicio del trabajo de parto, edad gestacional a la inducción, en el peso del recién nacido, ni en la proporción de sexo del recién nacido.

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, el IMC se asoció de forma significativa con el éxito de la inducción mecánica en nulíparas medido como tasa de parto vaginal, con mejores resultados en mujeres con IMC <30. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar el IMC como factor determinante en la planificación de la inducción del trabajo de parto.

INDUCCIÓN MECÁNICA DEL TRABAJO DE PARTO CON CATÉTER DE BALÓN ÚNICO O DOBLE EN PACIENTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC CHRISTUS.

Cortés P1,2, Troncoso F1, Urra M1, Friedrich I1, Mena V1, Sande M1, Escobedo E1, Dauvergne J1, Poblete JA1,2, Carvajal JA1,2, Farias-Jofre M1,2, Solari C1,2, Gonzalez-Carvallo C1,2, Galaz J1,2.

1División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Red de Salud UC-CHRISTUS

INTRODUCCIÓN

La inducción mecánica del trabajo de parto es un método de maduración cervical que consiste en madurar físicamente el cuello del útero y además inducir liberación de prostaglandinas y oxitocina. Para la inducción con sonda, se puede utilizar dos tipos de dispositivos: con un solo balón (ej: sonda Foley) o con dos balones (ej: sonda Cook). En nuestro centro, se realiza inducción mecánica en pacientes nulíparas utilizando sondas de uno o dos balones, con protocolos de que quedan a discreción del tratante. El objetivo de este estudio es revisar los resultados de las inducciones mecánicas en pacientes nulíparas en los últimos dos años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes nulíparas con inducción mecánica del trabajo de parto de término entre 2023 y 2024. Nuestro outcome primario fue la tasa de parto vaginal comparando el uso de catéter con uno o dos balones, y el outcome secundario el inicio del trabajo de parto comparando diversos parámetros. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Red de Salud UC-CHRISTUS (ID 241105003).

RESULTADOS

Se analizó un total de 217 pacientes. No hubo diferencias entre la tasa de parto vaginal al utilizar sonda de un balón o doble balón (44.9% vs. 37.6%, respectivamente). La edad materna fue mayor en el grupo con doble balón que en el de balón único (33 vs 30 años, $p<0.001$). La

edad gestacional a la inducción fue menor en el grupo de doble balón (39.43 vs. 39.86, $p=0.01$). Se realizó una regresión logística binaria para tasa de parto vaginal, ajustando por edad materna y edad gestacional de la inducción, sin obtener diferencias significativas. En las pacientes que se indujeron con sonda de un balón hubo una tendencia a mayor tasa de parto vaginal cuando el llenado del balón era >60 cc; sin embargo, no alcanzó significancia estadística ($p=0.059$). No hubo diferencias al tiempo de inicio del trabajo de parto entre ambos grupos. Tampoco hubo diferencias en el IMC materno, en el peso del recién nacido, ni en la proporción de sexo del recién nacido.

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio revela que no hay diferencia entre los dispositivos con un y dos balones para lograr parto vaginal. Además, el volumen de llenado del balón intrauterino pareciera ser un factor importante para lograr un parto vaginal. Este estudio sienta las bases para poder realizar futuras investigaciones prospectivas, considerando factores que ayuden a generar un protocolo de inducción mecánica adaptado a nuestra realidad local.

AUMENTO TRANSITORIO DE LA COLONIZACIÓN POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO B DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN MUJERES EMBARAZADAS CHILENAS.

Madriaza F1, Carvajal JA1,2, Fernandez-Barra N1,2, Farías-Jofré M1,2, Galaz J1,2.

1Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

2Red Salud UC-CHRISTUS

INTRODUCCIÓN

La colonización por *Streptococcus agalactiae* (SGB) en mujeres embarazadas representa un riesgo significativo de transmisión vertical al recién nacido, lo cual puede ocasionar graves infecciones neonatales, incluyendo sepsis, neumonía y meningitis. Esta bacteria presenta una prevalencia variable, cercana al 18% a nivel mundial. Estudios recientes reportaron una reducción en la prevalencia de colonización por SGB en embarazadas durante la pandemia de COVID-19, aunque las causas de esta disminución no fueron detectadas. No se ha estudiado cambios en la prevalencia de colonización perineal por SGB asociado a la pandemia COVID-19 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el Hospital Clínico UC-CHRISTUS basado en el registro de partos entre 2015 y 2023. Se incluyeron todas las pacientes embarazadas y testeadas para SGB. Se dividieron los datos en períodos pre-pandemia, pandemia y post-pandemia. Se calculó la prevalencia de SGB y la tasa de prueba de SGB por año. Se consideró $p < 0.05$ como diferencias estadísticamente significativas. Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la pontificia Universidad Católica de Chile y Red Salud UC-Christus (ID 240320002).

RESULTADOS

Se registró un total de 14.433 partos en el periodo enero 2015 a diciembre 2023. Incluimos de estos un total de 11.583 embarazadas con resultado disponible de SGB, lo

que corresponde a un 80.2% de los partos registrados. Durante el periodo de pandemia, detectamos un aumento estadísticamente significativo de mujeres embarazadas con cultivo perineal positivo para SGB (2015-2019 13.6% vs. 2020 16.28%, $p < 0.05$) y a la vez una disminución estadísticamente significativa del periodo post pandemia (2020 16.28% vs. 2021-2023 12.67%, $p < 0.05$). El tamizaje de SGB en el 2020 (82% de las embarazadas) no varió en comparación con los otros periodos.

CONCLUSIONES

La prevalencia de colonización por SGB aumentó durante el periodo de pandemia y luego regresó a niveles pre-pandémicos en los años 2021-2023. Esto sugiere una posible influencia de la pandemia, aunque no se establece causalidad. Se requieren estudios adicionales para explorar estos cambios y evaluar si en otros lugares se observan tendencias similares en la tasa de SGB y sepsis neonatal.

ANALGESIA EN EL PUERPERIO POST CESÁREA: UNA REVISIÓN DE OPCIONES FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS APLICABLES EN CHILE.

Hinrichs L, Carvajal JA

Departamento de Obstetricia. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

En Chile, la tasa de cesáreas alcanza el 27%, excediendo las recomendaciones de la OMS. La analgesia adecuada en el postoperatorio es crucial para la recuperación y el bienestar de las púerperas, además de favorecer la relación madre-hijo. Este estudio revisa las opciones de analgesia post cesárea y su aplicabilidad en Chile.

opción eficaz y segura para el manejo del dolor post cesárea. Es importante limitar el uso de opioides y adaptar estas recomendaciones a la disponibilidad local en Chile.

MÉTODOS

Se realizó una revisión en PubMed utilizando términos MeSH relacionados con "analgesia", "dolor" y "cesárea". Se incluyeron ensayos controlados aleatorizados de los últimos 5 años, excluyendo estudios de intervenciones intraoperatorias. De los 2431 artículos iniciales, 26 cumplieron con los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los analgésicos de primera línea por su seguridad y eficacia. La combinación de ambos mostró una reducción significativa en el uso de opioides de rescate. Los opioides, aunque efectivos, presentan riesgos y no son recomendados de manera rutinaria. Alternativas como la anestesia epidural en bolos, dexmedetomidina, ketamina y medidas no farmacológicas (TENS, frío local, aromaterapia y educación) demostraron reducir el dolor postoperatorio y la necesidad de opioides.

CONCLUSIÓN

La analgesia multimodal, que combina paracetamol y AINES junto con métodos no farmacológicos, ofrece una

ANÁLISIS DE LA TASA DE CESÁREAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN EL HOSPITAL EL PINO, SANTIAGO DE CHILE (2024–2025)

Herrera C.3, Herrera R.3, La Fuente J.2, Bastidas S.2, Vacca F.1 Céspedes P. 1

Universidad Andrés Bello

Hospital El Pino

(1) Médico especialista en Obstetricia y Ginecología

(2) Médico cirujano, residente Obstetricia y ginecología

(3) Interno medicina

INTRODUCCIÓN

La cesárea es fundamental para reducir morbilidad materna y neonatal cuando está indicada, pero su exceso conlleva riesgos como hemorragia, acretismo y rotura uterina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tasas entre 10–15%, sin beneficio adicional sobre ese rango. En Chile, la tasa alcanzó 47% en 2017, con mayor proporción en el sistema privado (>70%). Para estandarizar el análisis, la clasificación de Robson categoriza a todas las gestantes en 10 grupos, permitiendo identificar los principales contribuyentes a la tasa global. En la literatura, el grupo 5 (cesárea previa) concentra la mayor proporción de intervenciones.

MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el Hospital El Pino, incluyendo 2.750 nacimientos entre enero 2024 y abril 2025 (1.361 cesáreas). Cada parto se clasificó según Robson (subgrupos incluidos). En el grupo 5.1 se analizaron causas específicas: solicitud materna, macrosomía, condiciones desfavorables y registro fetal no tranquilizador.

RESULTADOS

La tasa global de cesáreas fue 49,5%. En 2024, los grupos principales fueron: 5.1 (27,5%), 5.2 (14,4%), 2a (13,6%) y 2b (9,5%). En 2025 se mantuvo la tendencia: 5.1 (31,0%), 5.2 (15,8%), 2a (9,1%) y 2b (6,4%). Los grupos de bajo riesgo aportaron cifras marginales. Dentro del grupo 5.1, la cesárea por solicitud materna predominó en 2024 (89%) y disminuyó en 2025 (66%), aumentando

otras indicaciones como macrosomía (7%) y registro fetal no tranquilizador (4%).

CONCLUSIONES

La tasa observada (49,5%) supera ampliamente lo recomendado por OMS y OCDE (~28%), siendo comparable con hospitales universitarios chilenos. El grupo 5.1 fue el principal contribuyente, incluso por sobre reportes de otros centros nacionales, lo que subraya la importancia de prevenir la primera cesárea y fomentar el parto vaginal después de cesárea (PVDC). Destaca además la alta proporción de cesáreas en nulíparas (grupos 2a y 2b), asociada a cesárea electiva y bajo éxito de inducciones, situación que requiere optimización de protocolos. La cesárea por solicitud materna, muy superior a cifras internacionales (2–7%), refleja factores culturales y organizacionales locales, aunque mostró tendencia a la baja en 2025. El Hospital El Pino presenta una tasa de cesáreas de 49,5%, con predominio del grupo 5.1 y un peso significativo de la solicitud materna. Se requieren estrategias locales y ministeriales enfocadas en la prevención de la primera cesárea, promoción del PVDC y mejora de protocolos de inducción, con el fin de alinear los resultados con las recomendaciones internacionales.

“El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.”

DUPLICACIÓN DE LA ARTERIA RENAL: HALLAZGO PRENATAL INFRECUENTE

León-Villavicencio L (1), Salinas C (1), Araujo K (1).

(1) Centro Médico Clínica NACE. Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

Las variaciones anatómicas de las arterias renales son relativamente frecuentes en la población general, con una prevalencia estimada entre 20-30% en estudios postnatales. Sin embargo, su identificación en la vida prenatal es poco frecuente. Aunque habitualmente carecen de repercusión clínica, el hallazgo prenatal de una arteria renal duplicada puede tener importancia en el seguimiento y planificación postnatal, especialmente en pacientes con patología urológica o quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Gestante de 30 años, primigesta, sin antecedentes patológicos, que acude a control ecográfico de rutina. En el corte coronal de abdomen fetal, con énfasis en la aorta abdominal, se observó mediante Doppler color la duplicación de la arteria renal izquierda. Ambos riñones presentaban parénquima normal, sin dilataciones ni alteraciones de tamaño para la edad gestacional. Los controles ecográficos posteriores han transcurrido sin eventualidades, manteniéndose adecuado crecimiento y bienestar fetal. El caso no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requirió evaluación por Comité de Ética.

DISCUSIÓN:

La duplicación de la arteria renal corresponde a una variante anatómica congénita frecuente en adultos, pero su diagnóstico prenatal es poco común. Aunque en la mayoría de los casos no tiene implicancias clínicas, su identificación durante la gestación puede ser relevante

al anticipar posibles dificultades en procedimientos invasivos o quirúrgicos posteriores (cateterismos, cirugías urológicas o trasplante renal). El hallazgo de esta variante en ausencia de otras anomalías asociadas permite otorgar un pronóstico favorable.

CONCLUSIÓN:

La duplicación de la arteria renal puede diagnosticarse prenatalmente mediante ecografía con Doppler color dirigida a la aorta abdominal. Aunque suele carecer de repercusión clínica, su detección temprana permite documentar la variante anatómica y brindar un seguimiento adecuado, contribuyendo a la orientación de la familia y a la planificación postnatal si fuese necesario.

PREVALENCIA DE ITS POR PCR VAGINAL Y SU ASOCIACIÓN CON PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL EL PINO.

Institución: Hospital El Pino, San Bernardo, Santiago, RM, Chile.

Morales N., Bressan S., Alvarado P., Bastidas S., Rojas D., Stern J.

INTRODUCCIÓN

La toma de muestra vaginal y su procesamiento mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) detecta las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluso en población asintomática, permitiendo realizar tratamiento oportuno y la prevención de complicaciones en el embarazo tales como inflamación-infección intraamniótica, rotura prematura de membranas y parto prematuro. Siendo éste último la principal causa de morbilidad neonatal en Chile. El objetivo del presente estudio será identificar la prevalencia de ITS en pacientes embarazadas de nuestro centro y su asociación a parto prematuro, evaluando la latencia al parto desde la detección de la ITS, edad gestacional de nacimiento y morbilidad neonatal.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohorte. Se revisó una base de datos anonimizada de pacientes embarazadas hospitalizadas con factores de riesgo para parto prematuro a las que se les solicitó muestra vaginal de PCR para detección de ITS entre enero 2024 y agosto 2025 en el Hospital El Pino. Las variables categóricas se expresan en frecuencia y porcentaje y las numéricas en media y desviación estándar (DE). Para el análisis inferencial se utilizó una significancia de 0.05 y se analizaron con SPSS 25. Estudio utilizó base sin datos identificables, sin requerimiento de evaluación por comité de ética.

RESULTADOS

Del total de pacientes analizados, 67 cumplieron los

criterios de inclusión, de las cuales 83,5% (n= 56) resultaron positivos para alguno de los siguientes microorganismos: Ureaplasma P., Ureaplasma U., Mycoplasma H., Mycoplasma G., Chlamydia T., Neisseria G., y Trichomonas V. La edad gestacional promedio de ingreso a la hospitalización fue de 28 semanas y el tiempo de latencia al parto en promedio fue de 59 días, sin diferencias significativas entre quienes presentaron panel de ITS positivo y negativo (58,1 DE 36 vs 67,4 DE 47,7 días $p = 0,56$). El 40% (n:27) de los partos fueron prematuros. De estos, 2,9 % antes de las 28 semanas, 11,9%, entre semanas 28 y 34 y 25,3 % entre las semanas 34 y 37. Los recién nacidos con bajo peso al nacer (menor a 2500 g) fueron 31,3% siendo la media de peso al nacer de 2711 gr, sin diferencias significativas entre quienes presentaron test positivo y negativo (2673 DE 792 gr vs 2903 DE 496 gr $p = 0,231$). No hubo diferencias significativas en la tasa de mortineonato (3,7 % vs 0% $p = 0,53$), ingreso a UCI neonatal (28,5% vs 27,3 % $p = 0,93$) ni en tasa de parto prematuro (39,2 % vs 45,5 % $p = 0,7$).

CONCLUSIONES

Dentro de las pacientes hospitalizadas con condiciones clínicas de alto riesgo de parto prematuro, la positividad del panel de ITS fue elevada, sin embargo esta no cambió los resultados clínicos y neonatales en los aspectos analizados.

SÍNDROME DE BOERHAAVE, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA, REPORTE DE UN CASO.

Muñoz C. (1), Yañez C. (1), Carrasco A.(2)

1. Residente de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

2. Ginecólogo Obstetra, Hospital La Florida Eloisa Díaz Insunza, Profesor adjunto Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

La hiperemesis gravídica (HG) afecta al 0,3-3% de las gestaciones y es una causa principal de hospitalización en el primer trimestre. Vómitos intensos, en casos excepcionales, provocan complicaciones graves como perforación esofágica barogénica o Síndrome de Boerhaave (SB), que puede manifestarse con enfisema y neumomediastino. La incidencia de estos hallazgos es de 1:10000 embarazadas. La evidencia disponible es limitada y proviene casi exclusivamente de reportes de casos. El objetivo de este trabajo es presentar un caso que contribuya a la escasa literatura existente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años, primigesta, embarazo de 12+5 semanas y antecedente de HG, consultó por cuadro de ocho semanas de náuseas, vómitos y epigastralgia, asociadas a una baja de 15 kg. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso a la palpación en epigastrio. En laboratorio destacó leucocitosis (15900), proteína C reactiva elevada (1,81mg/dl) y aumento de transaminasas (GOT 68U/L, GPT 93U/L). Se solicitó. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis evidenció neumomediastino y enfisema de partes blandas perivertebrales, sugerentes de perforación de esófago distal. La endoscopia digestiva alta confirmó la lesión, y se instaló una prótesis. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con tratamiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Si bien las náuseas y vómitos son frecuentes en el

embarazo, la progresión a complicaciones graves como el SB es excepcional. Su baja incidencia y presentación clínica inespecífica dificultan el diagnóstico precoz, lo que explica la elevada morbilidad por mediastinitis, sepsis y falla respiratoria. Dada la escasez de estudios, no existen protocolos de manejo en embarazadas.

CONCLUSIÓN

El SB es una entidad clínico-radiológica poco frecuente en el embarazo, cuya presentación inespecífica representa un desafío diagnóstico. Dado la escasez de evidencia disponible, la publicación de reportes de casos resulta clave para incrementar el conocimiento clínico, favorecer la sospecha precoz y optimizar el manejo, con el fin de reducir la morbilidad asociada.

ORGANIZACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE UN EVENTUAL PROCEDIMIENTO EXIT EN MICROGNATIA FETAL SEVERA: REPORTE DE CASO

Pérez, J.1, Cortés, N2., Ahumada, P3., Bustos, JC,3 Cuadra, P.3, Larraín, C. 2, Delgado, P.2

1Programa de Título de Especialista de Ginecología y Obstetricia de Universidad de Chile, Sede Occidente 2Unidad de Partos de Hospital San Juan de Dios 3Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN

El procedimiento ex útero intraparto (EXIT) permite asegurar la vía aérea fetal bajo circulación uteroplacentaria antes del clampeo del cordón. Es indicado en patologías donde existe riesgo de obstrucción respiratoria neonatal inmediata, como la micrognatia severa. Su realización exige preparación detallada, infraestructura adecuada y coordinación multidisciplinaria. Objetivo: Describir la organización multidisciplinaria de un procedimiento EXIT en un caso de micrognatia fetal severa.

CASO

Gestante de 23 años, múltipara, doble cicatriz de cesárea anterior, con antecedente de hijo fallecido por malformación de vía aérea. El embarazo actual se controló en unidad de alto riesgo, con diagnóstico ecográfico y neurosonográfico de micrognatia severa y sospecha de fisura de paladar duro. Métodos: Se planificó parto mediante cesárea con procedimiento EXIT, organizando pabellón con doble mesa quirúrgica y disposición de equipamiento específico. Participaron equipos de obstetricia, anestesia, neonatología y otorrinolaringología. Se definió manejo escalonado de la vía aérea. La paciente se posicionó en litotomía para facilitar el acceso de neonatología/ORL a la vía aérea fetal. En este contexto, dado el interés en evaluar la ventilación espontánea del recién nacido y la posibilidad de evitar intubación durante el EXIT, se optó por anestesia regional para reducir la sedación fetal, en vez de lo habitual que es la anestesia general. Esta decisión implicó un balance entre los riesgos: menor riesgo de inercia uterina (vs anestesia general), pero con mayor tono uterino que podía dificultar la

mantención intrauterina y menor tiempo disponible para intubación en caso de requerirla.

RESULTADOS

Se realizó laparotomía e histerotomía segmentaria amplia, con exteriorización parcial fetal y mantención de volumen intrauterino mediante infusión de solución tibial con sonda foley de 3 lúmenes. Tras la exposición cefálica, el recién nacido presentó ventilación espontánea, por lo que no fue necesaria intubación durante el EXIT. Se completó la extracción y clampeo de cordón de manera controlada. En la atención inmediata, el neonato requirió intubación, lograda exitosamente por ORL mediante nasofibroscopía. La organización multidisciplinaria permitió una ejecución fluida, con adecuada seguridad materno-fetal.

CONCLUSIÓN

El procedimiento EXIT constituye una herramienta fundamental en casos seleccionados. La planificación anticipada, organización de pabellón e instrumental necesario, la posición materna estratégica y la coordinación entre equipos especializados resultaron claves para garantizar un manejo seguro. Este caso resalta la importancia de protocolos locales y del trabajo colaborativo como modelo replicable en otros centros.

COMPARACIÓN ENTRE MISOPROSTOL ORAL COMBINADO CON SONDA FOLEY VERSUS MISOPROSTOL ORAL PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES SIN CICATRIZ DE CESÁREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Neira S2, Rojas-Senzano A1,2, Vega-Reyes A1,2, Gutiérrez B2, Navarrete P2, Olivares J2, Plaza C2,

1. Unidad de alto riesgo obstétrico, servicio de obstetricia ginecología, Hospital Regional de Antofagasta
2. Departamento de ciencias médicas, facultad de medicina y odontología, Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento en obstetricia. En nuestro hasta final del año 2024 se utilizaba solamente misoprostol, y desde ese momento se instauro el protocolo de inducción combinada con el uso de método mecánico (sonda Foley) asociado a la administración de misoprostol oral. El objetivo de nuestro trabajo es describir los resultados de este nuevo protocolo comparados con el método farmacológico entre los años 2024 y 2025 en el hospital regional de Antofagasta.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohortes que incluyó a mujeres con embarazo único de término sin cicatriz de cesárea con inducción electiva del trabajo de parto. Un primer grupo incluyó a mujeres en que recibieron solo misoprostol vía oral y el segundo grupo incluyó a mujeres que recibieron misoprostol oral e instalación de sonda Foley transcervical entre los años 2024 y 2025. Se excluyeron los casos que no completaron el protocolo o tenían datos incompletos. Los datos se recopilaban de forma anónima en una base de datos Excel. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de asociación utilizando software IBM® SPSS® Statics versión 30.0.0.0. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un comité de ética.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 185 pacientes: 99 recibieron solo misoprostol y 86 se sometieron a método combinado. Ambos grupos eran comparables en edad, IMC y

paridad. La edad gestacional al momento de la inducción fue significativamente mayor en el grupo combinado (39,35 vs 39,77 $p=0,016$). El número de dosis administradas fue menor en el grupo combinado (1,57 vs 1,77 $p<0,001$). La tasa de parto vaginal fue similar en ambos grupos (57,6% vs 58,1%, $p=0,646$). El tiempo desde el inicio de la inducción hasta el parto se redujo en 6 horas aproximadamente en las mujeres sometidas al método combinado (19,96 h vs 26,1 h, $p=0,002$).

CONCLUSIONES

La inducción combinada del trabajo de parto, que emplea simultáneamente métodos mecánicos como el balón de Foley y farmacológicos como el misoprostol, demostró una tasa similar de parto vaginal en menor tiempo en comparación con el uso exclusivo de misoprostol. Este resultado es concordante con la literatura y con la base fisiológica de la inducción mixta, que busca aprovechar la sinergia entre la maduración cervical mecánica y la estimulación uterina farmacológica. Aunque las guías clínicas aún no recomiendan su uso de forma generalizada, los hallazgos de esta investigación refuerzan su utilidad clínica en contextos donde se requiere una inducción más rápida y eficaz, sin comprometer la seguridad perinatal.

EVOLUCIÓN PERINATAL DE GESTANTE CON TRASPLANTE RENAL Y PANCREÁTICO. REPORTE DE CASO.

Autores: Roncagliolo L (1), Salas J (1), De Martini F (2,3).

Institución: (1) Médico Cirujano, Becada/o Obstetricia y Ginecología, Universidad Católica del Maule. (2) Docente Universidad Católica del Maule. (3) Ginecólogo-Obstetra. Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en mujeres con trasplante simultáneo de riñón y páncreas (SPK) es infrecuente y de alto riesgo, debido a la exposición crónica a inmunosupresores y a la posible sobrecarga funcional del injerto, especialmente el renal. Se presenta el caso de una paciente con SPK, diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) resuelta, enfermedad renal crónica (ERC) terminal previa y múltiples comorbilidades, que cursó un embarazo espontáneo no planificado y requirió interrupción pretérmino para prevenir complicaciones maternas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte descriptivo de caso clínico, basado en seguimiento médico de una embarazada con SPK, manejada en el Hospital Regional de Talca. No se incluyen datos identificables ni intervenciones experimentales, por lo que no requiere evaluación por parte de un comité de ética.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Primigesta de 34 años, con antecedentes de DM 1, retinopatía diabética severa, disautonomía y ERC terminal, tratada con hemodiálisis antes de recibir un SPK en 2017, posterior a lo que estuvo en tratamiento inmunosupresor con micofenolato mofetilo, tacrolimus, azatioprina y prednisona, y uroprofilaxis. Confirmó embarazo único vivo a las 7+3 semanas, por lo que suspendió micofenolato y mantuvo el resto del tratamiento de inmunosupresión. Durante la gestación el control glicémico fue óptimo sin insulina, mientras que las evaluaciones oftalmológicas y neurológicas no mostraron cambios

significativos. Por otra la función renal se mantuvo estable hasta el tercer trimestre, cuando presentó deterioro progresivo (creatinina 1.35 mg/dL, IPC 0.6, VFG 44.9 mL/min/1.73 m²). A las 36 semanas, por alteración de la función renal y riesgo para el injerto, se decidió la interrupción, obteniendo recién nacida de 2.995 g, Apgar 9-9. No desarrolló preeclampsia, ni restricción de crecimiento fetal (RCIU). El puerperio cursó sin complicaciones y madre e hija fueron dadas de alta a las 48 horas.

CONCLUSIÓN

La evidencia reporta la prematuridad, preeclampsia, aborto y RCIU como complicaciones asociadas al SPK. En nuestro caso se obtuvo un recién nacido prematuro tardío a consecuencia de la alteración de la función renal, sin embargo, el resto de las complicaciones no estuvieron presentes probablemente debido a la vigilancia estrecha, confirmando que la identificación temprana de deterioro funcional y la toma de decisiones oportunas pueden optimizar los resultados materno-fetales en pacientes con SPK.

“El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.”

ÉXITO DE LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO LUEGO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROTOCOLO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Socias P., López Leiva S., Abad MJ., Gandolfo Ch., Valle G., Sánchez A., Díaz R., Sepúlveda-Martínez A., Parra-Cordero M.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La inducción del trabajo de parto es una de las intervenciones obstétricas más frecuentes y su éxito depende de factores maternos, clínicos y de la estandarización de protocolos institucionales. En febrero de 2025, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile implementó un nuevo protocolo de inducción basado en evidencia, con el objetivo de optimizar las tasas de parto vaginal. El nuevo protocolo estandariza la inducción según el puntaje de Bishop modificado y la condición de membranas, incorporando el uso combinado de balón cervical, misoprostol en solución, oxitocina y amniotomía según el caso clínico. Este estudio tiene como objetivo evaluar los resultados preliminares del nuevo protocolo en la tasa de éxito de la inducción en pacientes sin cicatriz uterina previa.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio de cohorte observacional, longitudinal y retrospectivo de las pacientes sometidas a inducción en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se compararon las inducciones realizadas durante el año previo a la implementación del protocolo (2024) con aquellas efectuadas entre marzo y agosto de 2025, posterior a un período de transición. Se incluyeron gestantes con feto único, ≥ 34 semanas y sin contraindicación para parto vaginal. Se excluyeron embarazos múltiples, malformaciones fetales incompatibles con la vida, óbito fetal y aquellos con una cicatriz de cesárea. Los desenlaces primarios fueron: (1) inicio de la fase activa del trabajo de parto, definida como alcanzar ≥ 6 cm de dilatación y (2) culminación en parto vaginal. Los

resultados se analizaron por subgrupos según condiciones cervicales iniciales (puntaje de Bishop modificado <7 ó ≥ 7) y paridad (nulípara o multipara). Los desenlaces secundarios incluyen resultado perinatal adverso (definido como muerte fetal, Muerte neonatal precoz, Asfixia perinatal, apgar <7 a los 5 minutos e ingreso a UCI neonatal) rotura uterina, metrorragia postparto o corioamnionitis. El análisis estadístico consideró estadística descriptiva, expresando variables continuas como promedio y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según distribución, y variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Para el cálculo de la significancia estadística entre las proporciones, se realizó test Z para la diferencia de proporciones (bilateral) [distribución normal] y test exacto de Fisher [distribución no normal]. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El estudio utilizó datos clínicos no identificables y no involucró intervenciones adicionales, por lo que no requirió revisión por Comité de Ética.

RESULTADOS

Se analizaron 96 gestaciones del año 2025 luego de la introducción del protocolo de inducción. De ellas 59 eran nulíparas y 37 eran multiparas. 75 gestantes de ese grupo (78,1%) lograron llegar a fase activa y 66 (68,8%) tuvieron un parto vaginal. Se detectaron 2 casos (2,1%) de hemorragia postparto de manejo médico y no se reportaron casos de rotura uterina, infección o resultado perinatal adverso. Al comparar con 144 inducciones del año 2024 (106 nulíparas y 38 multiparas), se detectan diferencias estadísticamente significativas en lograr fase

activa [$n=86$ (59,7%) $p=0,00296$] y de lograr un parto vaginal [$n=67$ (46,5%) $p=0,00069$]. La mediana de tiempo al parto el año 2025 fue 10,3 horas [RIC 11,5], sin diferencias significativas con la mediana de 2024, que fue 10,0 horas [RIC=6,8]. En el análisis por subgrupos, al comparar las inducciones posterior al protocolo vs previo al protocolo, las gestantes con Bishop <7 al inicio de la inducción tienen diferencia estadísticamente significativas en alcanzar la fase activa (74,0% vs 58,1% $p=0,0114$) y lograr un parto vaginal (63,0% vs 44,9% $p=0,0058$), así como las gestantes nulíparas tienen mayor proporción de fase activa del parto (74,6% vs 48,1% $p=0,00098$) y de obtener parto vaginal (69,5% vs 34,9% $p<0,00001$). Estas diferencias no se evidenciaron en gestantes con Bishop ≥ 7 ni en multíparas sin cicatriz de cesárea anterior.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares entre marzo y agosto de 2025, muestran que la implementación de un protocolo actualizado y estandarizado de inducción del trabajo de parto se asoció a una mejoría estadísticamente significativa en las tasas de éxito global, con un aumento superior a 20 puntos porcentuales tanto en el inicio de la fase activa como en la tasa de partos vaginales. El mayor beneficio se observó en primíparas y en pacientes con condiciones cervicales desfavorables (Bishop <7). Estos hallazgos apoyan la estandarización del manejo, aportan evidencia local y podrían contribuir a mejorar la seguridad materno-perinatal, reducir la variabilidad clínica y optimizar la selección de pacientes.

REPORTE DE UN CASO: AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR CON DILATACIÓN DE VENA ÁCIGOS EN PRIMIGESTA GEMELAR

Nazar, N1; Avendaño, S1; Torres, C2; Venegas, F3; Armijo, M4; Carvallo, C5

1 Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo. 2 Médico Cirujano, Hospital Padre Hurtado. 3 Residencia Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco. 4 Médico Ginecólogo y Obstetra, Hospital Padre Hurtado. 5 Médico Ginecólogo y Obstetra, CESFAM Violeta Parra. Categoría: Caso Clínico - Ginecología y Obstetricia. Institución de afiliación: Hospital Padre Hurtado - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

La agenesia de vena cava inferior (AVCI) es una anomalía congénita rara (0.0005-1%), caracterizada por la ausencia total o parcial de la vena cava inferior. En una AVCI, el retorno venoso se realiza a través de las venas colaterales como la vena ácigos y hemiacigos. La relación entre la AVCI y el embarazo es de particular interés dado que el aumento de la presión abdominal puede agravar la estasia venosa y elevar el riesgo tromboembólico. Los casos reportados en gestantes son escasos, más aún en embarazos múltiples, generando un falta de conocimiento con respecto a su manejo. A continuación, se presenta un caso de AVCI en embarazo múltiple.

METODOLOGÍA

Se realizó un reporte de un caso clínico basado en la revisión de la ficha clínica, antecedentes obstétricos y estudios de imágenes de la paciente atendida en el hospital Padre Hurtado. La información fue organizada siguiendo las recomendaciones internacionales para la comunicación de casos clínicos (CARE guidelines). Se obtuvo consentimiento informado de la paciente para la utilización de sus datos con fines académicos y de divulgación científica.

RESULTADOS

Primigesta de 32 años sana, cursando embarazo gemelar bicorial biamniótico de 23+4 semanas, consulta por cuadro de 2 días de evolución de dorsalgia y disnea, entre otros. Se estudia con Angiotomografía, que evidencia AVCI asociada a dilatación de vena ácigos, sin

signos de trombosis. Se decide manejo expectante sin anticoagulación y seguimiento ambulatorio con cardiología. Evoluciona favorablemente, sin trombosis, y con respuesta a manejo sintomático. Se agenda cesárea electiva a las 38+1 semanas de gestación, donde se extraen ambos recién nacidos sin complicaciones.

CONCLUSIONES.

La AVCI es una condición infrecuente que aumenta el riesgo de estasia venosa y trombosis, especialmente en gestantes. La literatura describe profilaxis con heparina en casos aislados, todos con buena evolución sin eventos de trombosis. Este reporte constituye el primer caso descrito en embarazo gemelar con AVCI, destacando que un manejo expectante y un seguimiento clínico estrecho puede ser una alternativa de tratamiento segura, aportando evidencia útil para orientar el abordaje de esta condición poco frecuente.

PALABRAS CLAVES

Agenesia, Embarazo Gemelar, Malformaciones vasculares, Vena Cava.

REPORTE DE UN CASO: EMBARAZO HETEROTÓPICO TUBARIO ROTO

Nazar, N1; Avendaño, S1; Torres, C2; Venegas, F3; Armijo, M4; Mora, M4; Radic, C4.

1Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo. 2Médico Cirujano, Hospital Padre Hurtado. 3Residencia Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco. 4Médico Ginecólogo y Obstetra, Hospital Padre Hurtado. Categoría: Caso Clínico - Ginecología y Obstetricia. Institución de afiliación: Hospital Padre Hurtado - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico corresponde a la coexistencia de un embarazo intrauterino y otro ectópico, generalmente tubario. Su incidencia es baja, aunque se ha incrementado con el uso de técnicas de reproducción asistida (TRA) y los factores de riesgo comunes al embarazo ectópico. Hasta un 50% de los casos no presenta factores de riesgo predisponentes y los síntomas suelen ser inespecíficos, dificultando el diagnóstico. Al contrario de un embarazo ectópico, el manejo médico está contraindicado, siendo la resolución quirúrgica precoz la alternativa segura.

METODOLOGÍA

Se realiza un reporte de un caso clínico mediante la revisión de la ficha médica, examen físico y estudios de imagen, documentado en un hospital público de alta complejidad. La información es organizada según estándares internacionales en relación a la presentación de casos clínicos. Se cuenta con el consentimiento informado de la paciente.

RESULTADOS

Paciente primigesta de 25 años, cursando embarazo de 8+2 semanas, con antecedente de cáncer de tiroides y cuerpo lúteo hemorrágico no activo semanas previas, consulta por dolor abdominal y metrorragia escasa. Al examen físico presenta resistencia muscular a la palpación del hemiabdomen inferior y dolor a la movilización cervical. La ecografía transvaginal evidencia "saco gestacional intrauterino con embrión único con latidos

cardiofetales presentes, abundante líquido libre en fondo de saco de douglas y lesión quística de 25 milímetros en ovario derecho, ovario izquierdo sin alteraciones". Se realiza laparotomía con salpingectomía derecha, confirmando embarazo heterotópico roto. La biopsia de la pieza quirúrgica informa embarazo ectópico y hematosalpinx de trompa uterina derecha. Evoluciona favorablemente, manteniendo la gestación intrauterina sin complicaciones

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El embarazo heterotópico es una condición infrecuente pero potencialmente mortal, cuyo diagnóstico puede enmascarse por la presencia de un embarazo intrauterino. La ecografía transvaginal es la herramienta principal, aunque solo identifica un 50% de los casos, lo que exige un alto índice de sospecha. Este caso refuerza la importancia de una evaluación clínica detallada y un diagnóstico precoz para lograr un manejo quirúrgico oportuno y preservar la viabilidad del embarazo intrauterino.

PALABRAS CLAVE

Embarazo Ectópico, Embarazo Heterotópico, Técnicas de Reproducción Asistida

MARCADORES ECOGRÁFICOS PARA LA PREDICCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

Vicencio M. A., Carvallo M. A.

Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) constituye la alteración metabólica más frecuente del embarazo y se relaciona con una elevada morbilidad perinatal. Actualmente, la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO) se considera el estándar diagnóstico, pero presenta limitaciones como baja reproducibilidad y subdiagnóstico. Ante ello, surge la necesidad de evaluar marcadores ecográficos maternos, fetales y placentarios como herramientas predictivas para un diagnóstico más temprano y preciso.

MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa mediante búsqueda bibliográfica en PubMed, ClinicalKey y LILACS, incluyendo estudios publicados entre 2000 y 2024. Se seleccionaron artículos relacionados con marcadores ultrasonográficos predictivos de DG, considerando estudios transversales, casos y controles, cohortes, ensayos clínicos y revisiones.

RESULTADOS

Se analizaron 234 artículos, de los cuales se seleccionaron los más relevantes. Los hallazgos indican que el aumento del tejido adiposo visceral materno, el grosor de la grasa epicárdica fetal, el grosor del septo interventricular, el largo del hígado fetal, el grosor de la pared abdominal anterior y el grosor placentario presentan una correlación significativa con el riesgo de DG. Dichos parámetros han mostrado sensibilidades y especificidades variables, pero con utilidad diagnóstica destacable.

CONCLUSIONES

Los marcadores ecográficos maternos, fetales y placentarios permiten identificar de manera temprana a las gestantes con mayor riesgo de desarrollar DG. Su implementación en la práctica clínica podría mejorar la pesquisa oportuna, optimizar la estratificación del riesgo y contribuir a reducir la morbilidad perinatal asociada.



PATOLOGÍA MAMARIA

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO, SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Montalva T1, Arancibia D2

(1) Ginecóloga, Unidad de Patología Mamaria Hospital Carlos Van Buren.

(2) Becada de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer durante el embarazo es poco prevalente, siendo el más frecuente el de mama. Entre el 0,2% y 2,6% de los cánceres de mama ocurren durante el embarazo, sin embargo, su tendencia ha ido en aumento debido al retraso de la maternidad. La importancia radica en entregar un tratamiento oportuno que no comprometa el pronóstico materno ni fetal, ni aumente la prematuridad.

MÉTODOS

Se recopiló retrospectivamente los antecedentes clínicos, histopatológicos, imágenes, tratamientos recibidos y evolución clínica de cuatro pacientes con cáncer de mama atendidas entre 2023 y 2025 en un centro de referencia de Valparaíso, Chile. Se describen características clínicas, inmunohistoquímica, estadio TNM, intervenciones quirúrgicas, terapias sistémicas y evolución.

RESULTADOS:

Las edades de las madres al momento del diagnóstico oscilaron entre los 31 y 40 años. Dos pacientes se encontraban en el segundo trimestre, una en el tercero y otra en el puerperio inmediato. Una paciente se encontraba metastásica al momento del diagnóstico, dos con un carcinoma localmente avanzado y una in situ. Tres pacientes presentaron una inmunohistoquímica luminal y una luminal B HER 2 positivo. Uno de los embarazos fue interrumpido debido a la urgencia de utilizar terapia antiHER 2 y los tres restantes llegaron a término.

CONCLUSIÓN:

Esta serie de casos ilustra la diversidad clínica y terapéutica del cáncer de mama en mujeres jóvenes, con especial énfasis en escenarios de embarazo y puerperio.

Se destacan:

1. La necesidad de diagnóstico oportuno mediante imágenes compatibles con el embarazo y biopsias dirigidas.
2. El desafío de entregar un tratamiento óptimo con ciertas consideraciones, intentando no comprometer el pronóstico fetal.
3. La importancia de un equipo multidisciplinario formados en el área, como de obstetras, mastólogos, neonatólogos, psicólogos perinatales, oncólogos médicos, entre otros.
4. La individualización del tratamiento dependiendo de la etapa, inmunohistoquímica, edad gestacional y deseo materno.

LEIOMIOMA DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN: UN DIAGNÓSTICO INFRECLENTE DE MASA AREOLAR

Autores: ORTIZ F12, HIDALGO B2, LETZKUS J12, DEL RÍO M12, BELMAR A2, GAMBOA J12

1Universidad de Chile, Santiago, Chile; 2Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El complejo areola pezón (CAP) se compone de múltiples estructuras superficiales y profundas que pueden comprometerse por lesiones benignas y malignas. La superposición de síntomas generados convierte en un desafío clínico la precisión diagnóstica. Una evaluación recomendada comprende la clínica, los hallazgos imagenológicos y la biopsia guiada por ecografía. Los leiomiomas cutáneos son tumores benignos extremadamente infrecuentes, se caracterizan por una lesión nodular en el pezón o en la zona peri areolar, que puede ser asintomática o dolorosa. Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran el papiloma, adenoma, leiomiomasarcoma, la enfermedad de Paget y el carcinoma. El diagnóstico definitivo es histopatológico. Nuestro objetivo es presentar un caso de leiomioma del CAP y describir sus principales características clínicas y ecográficas, aportando claves para el diagnóstico diferencial de patologías del CAP.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 50 años con una lesión nodular periareolar izquierda. Se realizó ecografía mamaria y biopsia con sacabocados. Se revisó literatura sobre esta entidad, contrastando los hallazgos clínicos y ecográficos del caso con los reportes previos y sus principales diagnósticos diferenciales.

RESULTADOS:

Mujer premenopáusica con nódulo en región periareolar izquierda, de crecimiento progresivo y dolor punzante,

exacerbado por el frío. Al examen físico se evidenció un nódulo de 1×1 cm doloroso a la palpación, sin signos inflamatorios ni compromiso del pezón. La ecografía mostró una lesión hipoecoica, intradérmica, ovalada y bien delimitada de 16×4 mm, clasificada como BIRADS 3. La biopsia confirmó el diagnóstico de leiomioma del pezón. La revisión bibliográfica evidenció hallazgos clínicos y ecográficos consistentes, y permitió delimitar elementos distintivos frente a otras patologías del CAP.

CONCLUSIONES:

El leiomioma del CAP suele presentarse como una masa nodular dolorosa, exacerbada por el frío, sin compromiso del pezón ni secreción. A diferencia de lesiones como la enfermedad de Paget, el adenoma o la mastitis periductal, esta entidad no se asocia a eccema, retracción ni secreción. En ecografía se observa como una lesión hipoecoica, ovalada, bien delimitada, sin vascularización intralesional, pero con flujo periférico en Doppler, lo que ayuda a diferenciarla de lesiones malignas o con mayor actividad vascular. Este reporte refuerza el valor del enfoque clínicoecográfico para orientar el diagnóstico diferencial de lesiones del CAP.

SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A MASTITIS ESTREPTOCÓCICA: REPORTE DE CASO

Quezada B(1)., Sabat S(1)., Soto C(2)., Martínez M(3)., Catrileo F(3)., Marin C(3)., Castro R(3)

(1)Departamento de Ginecología, Obstetricia, Universidad de Los Andes. Hospital Parroquial de San Bernardo / Servicio de Obstetricia y Ginecología. (2)Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Los Andes, Chile. (3) Interna de medicina, Facultad de medicina, Universidad de los andes, Chile

INTRODUCCIÓN

La mastitis puerperal (MP) es una patología frecuente dentro de las primeras 4 a 6 semanas del posparto, habitualmente de curso benigno y autolimitado. Consiste en la inflamación del tejido mamario asociada a una proliferación bacteriana dentro del túbulo lactífero. El principal agente etiológico es *Staphylococcus aureus*; sin embargo, cuadros bilaterales severos obligan a sospechar cepas de *Streptococcus* spp. En raras ocasiones, esta infección puede evolucionar a shock séptico, con alto riesgo de morbilidad y mortalidad.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de una paciente de 34 años, puérpera de 3 meses, que consulta al Servicio de Urgencias por dolor mamario bilateral, eritema y fiebre persistente de aproximadamente 3 días de evolución. En el examen físico se destaca compromiso sistémico severo: taquicardia, hipotensión, taquipnea, además de eritema mamario bilateral con extensión dorsal. Se decide hospitalización en contexto de sepsis de foco cutáneo, se inicia reanimación inicial volumen y terapia antibiótica (ATB) empírica con Penicilina sódica 4 millones UI/6h y Ceftriaxona 2g/24h endovenosa (EV). En exámenes de laboratorio destaca acidosis metabólica con un pH 7.32 HCO₃ 17.4, elevación de parámetros inflamatorios PCR 362.8 GB 15.4 Seg 96%, y falla renal con creatinina de 1.49 mg/dl. Ante mala respuesta clínica, se trasladó a unidad de cuidados intensivos por shock séptico refractario, requiriendo drogas vasoactivas (DVA) y ajuste ATB con ampicilina sulbactam 1.5g/6h ev. La paciente

evoluciona favorablemente tras 2 días de manejo intensivo, con disminución considerable de eritema y dolor, siendo trasladada a maternidad donde se completa en total 7 días con ATB ev. Al control, parámetros inflamatorios a la baja, dada de alta con manejo ambulatorio con Amoxicilina/Ácido clavulánico por 5 días vía oral, y control en policlínico de ginecología. En controles posteriores a hospitalización, paciente evoluciona en buenas condiciones generales.

DISCUSIÓN

La MP estreptocócica asociado a shock séptico, es una entidad infrecuente pero grave en el puerperio. Su principal manifestación son el compromiso bilateral de las mamas, asociado inestabilidad hemodinámica y afectación multiorgánica. El manejo inicial radica en la reanimación agresiva con volumen, terapia antimicrobiana de inicio precoz, uso de DVA.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia del diagnóstico y manejo oportuno. La detección temprana constituye un factor determinante en la sobrevida y desenlace clínico de las pacientes.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

CÁNCER DE MAMA ASOCIADO A MUTACIONES GENÉTICAS. REVISIÓN DE CASUÍSTICA DE 10 AÑOS EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HOSPITAL VILLARRICA.

Autoría: Ravello, I..(1) Donoso, A. (2), Alanis, M.(2)

Unidad de Patología Mamaria, Hospital Villarrica.

(1) Ginecóloga y Obstetra, (2) Cirujana/o general, mastóloga/o.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de mama es el más comúnmente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres, según Globocan, con 2.296.840 nuevos casos el 2022. Clásicamente, se describe que entre un 5-10% pudiese estar asociado a mutaciones genéticas predisponentes. La importancia de diagnosticar una predisposición hereditaria para el cáncer de mama radica no sólo en el screening y seguimiento de pacientes de alto riesgo, sino también al momento de definir el manejo de pacientes afectadas con cáncer. El presente trabajo describe la casuística de casos diagnosticados de cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Villarrica durante 10 años, desde sus inicios en marzo del 2015; y busca hacer un análisis sobre el índice de sospecha, la tasa de positividad del estudio genético y el manejo quirúrgico de las pacientes con cáncer de mama asociado a mutaciones genéticas.

MÉTODOS

Se solicitó estadística a la unidad de GES del Hospital Villarrica, para identificar el universo de pacientes diagnosticadas y notificadas con Cáncer de Mama desde el 15 de marzo del 2015 al 30 de agosto de 2025. Se revisó el registro de la UPM para identificar: a) pacientes derivadas a asesoría genética y con estudio genético realizado; y b) pacientes con estudio genético positivo para mutación genética asociada a cáncer de mama. Se realizó revisión de ficha clínica de cada paciente con mutación genética confirmada para su análisis descriptivo, enfatizando el manejo quirúrgico. El estudio no involucra

datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

Se identificaron 401 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en el Hospital Villarrica durante los últimos 10 años. Dentro de los registros de la UPM, 23 pacientes se han realizado estudio genético: 3 casos por alto riesgo y 20 casos por cáncer de mama y sospecha de predisposición hereditaria. De este último grupo, 4 casos no fueron diagnosticados localmente. De los 16 casos diagnosticados y tratados en el Hospital Villarrica (4% del total), 5 casos fueron positivos a mutación (3 con mutación en BRCA1; 1 en BRCA1 y BRCA2; y 1 en gen ATM), lo cual representa un 31,3% de los estudios realizados, y un 1,24% del total de pacientes diagnosticadas localmente. El manejo se definió teniendo el estudio genético disponible en 4 de las 5 pacientes. En tres de ellas se consideró la cirugía de reducción de riesgo en el 1er tiempo quirúrgico (mastectomía contralateral u ooforectomía). La cuarta paciente se derivó para manejo quirúrgico en hospital terciario de referencia por obesidad mórbida y se realizó cirugía de reducción de riesgo en un 2do tiempo quirúrgico (mastectomía contralateral y ooforectomía). La quinta paciente tuvo el estudio disponible después de su primera cirugía (mastectomía parcial y disección axilar). Tras 7 meses del término de su tratamiento, presentó recidiva local que motivó la mastectomía ipsi y contralateral, más una histerectomía con salpingooforectomía. Posterior al tratamiento de la recidiva, la sobrevida libre

de enfermedad y sobrevida global fueron de 5 y 23 meses, respectivamente.

CONCLUSIONES

El número de exámenes genéticos realizados en 10 años en el Hospital Villarrica evidencia una frecuencia baja de búsqueda de cáncer de mama asociado a mutación genética, esto probablemente asociado a su falta de disponibilidad en la red pública de salud. El porcentaje de casos con mutación genética confirmada (1,24%) es muy inferior al descrito clásicamente, lo que permite suponer un subdiagnóstico a nivel local. El diagnóstico de predisposición genética fue de apoyo en la planificación precoz de cirugía de reducción de riesgo, lo cual puede impactar en el pronóstico de las pacientes.



PISO PÉLVICO

XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025

SATISFACCIÓN DE COLPOSACROPEXIA ABIERTA CON ESTADÍA HOSPITALARIA DE 1 DÍA

Boldrini P.1,2, Dinamarca C. 1, Naser V. 3 Manríquez V. 1,2, Vallejos G. 1, Naser M. 1,2

(1) Unidad de Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

(2) Servicio de Ginecología, Clínica RedSalud Providencia

(3) Interno Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

en respuesta a las exigencias que planteó la pandemia de COVID-19 y con el fin de aumentar la resolución de pacientes con prolapso genital, se creó un protocolo interdisciplinario de optimización del manejo perioperatorio en pacientes que se someterían a una colposacropexia abierta con el fin de lograr una estadía intrahospitalaria de 1 día. Se presenta un reporte de la efectividad y satisfacción referida por las pacientes sometidas al protocolo.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo de cohorte ambispectivo en pacientes sometidas a colposacropexia por laparotomía indicada por prolapso genital entre enero 2020 y diciembre 2023 que tuvieron 1 día de estadía hospitalaria, en 2 centros asistenciales. Se contactó a pacientes por vía telefónica y, posterior a lectura y aceptación del consentimiento informado, se le aplicó encuesta de satisfacción postoperatoria (Patient Global Impression of Improvement, PGI-I). Esperando una tasa de satisfacción de 80% y con un margen de error del 10%, se calculó un tamaño muestral mínimo de 62 pacientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local de ambas instituciones.

RESULTADOS

Un total de 106 pacientes tuvieron un colposacropexia abierta con estadía hospitalaria promedio de 1,16 días. La media de edad de las pacientes fue de $59 \pm 8,02$ años. El IMC promedio de las pacientes fue $28,2 \pm 3,9$, siendo

27 de las colposacropexias (25,5%) realizadas en mujeres con obesidad. El 61,32% de las pacientes tenía comorbilidad. El 33,02% de las pacientes tuvo un riesgo tromboembólico severo según la escala de Caprini y el 66,98% restante tuvo riesgo moderado. Todas las mujeres presentaron prolapso genital apical, donde el 50,94% de las pacientes tuvo prolapso apical estadio 3 o 4, el 14,15% tuvo estadio 2 y el 34,91% restante estaba en estadio 1 (el rango del C fue de -4 a +10). A todas las pacientes se les realizó histerectomía subtotal y el 42,5% se les realizó un procedimiento adicional, principalmente instalación de cinta suburetral retropúbica y, en 3 casos, reparación posterior (2,8%). Se logró que 77 pacientes contestaran la encuesta, lo que equivale al 72,64% de la muestra. El 91,9% de las pacientes refirió no tener/sentir bulto en el área vaginal. En relación con los síntomas que experimentaban antes de la cirugía, el 94,7% refiere que desaparecieron o mejoraron. El 90,8% se siente satisfecha con los resultados de la cirugía y el 92,1% con el proceso quirúrgico. Si tuvieran que volver a tomar la decisión de operarse, el 93,4% responde de manera positiva y el 90,8% de las encuestadas recomendaría la cirugía a otras pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, la colposacropexia abdominal abierta con 1 día de estadía hospitalaria es altamente efectiva y las pacientes muestran una alta tasa de satisfacción con su experiencia quirúrgica.

QUEMADURA DE TERCER GRADO SOBRE PROLAPSO GENITAL ESTADIO IV: REPORTE DE CASO

Castro H (1), Rojas F.(2)

1. Medico uroginecólogo, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Equipo piso pélvico, Hospital Guillermo Grant Benavente 2. Medico ginecoobstetra, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Las quemaduras genitales son infrecuentes y pueden encontrarse en el 1.7% de todos los casos. Son más comunes en niños (62%) y las causas más frecuentes son por fuego, líquidos calientes y vapor. Las quemaduras sobre prolapso genital son mucho más infrecuentes, reduciéndose a solo un par de casos reportados. Sin embargo, las quemaduras genitales se asocian con mayor mortalidad, infección, hospitalización prolongada y secuelas sexuales.

OBJETIVO: reportar el caso de una mujer con una quemadura de tercer grado sobre un prolapso genital estadio IV. **Métodos:** reporte de caso descriptivo y observacional. Se recopiló información de registros clínicos, y se utilizaron métodos cualitativos para analizar los datos. Se aplicó un análisis narrativo para la interpretación de los datos. El estudio siguió las normativas éticas establecidas para la investigación clínica y fue aprobado por el comité de ética.

RESULTADO: Mujer de 78 años, derivada de hospital secundario por quemadura con agua hirviendo sobre prolapso genital dos días previo a derivación. Antecedentes: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial crónica, obesidad e hipotiroidismo. Al ingreso se advierte extensa

quemadura de 3º grado en pared vaginal anterior de 6x8 cm asociada a prolapso genital estadio IV (C+10). Sin quemaduras en otro sitio. Es evaluada por equipo de quemados y piso pélvico y se decide tratar hospitalizada como quemadura genital y de mucosas, con curaciones avanzadas con hidrogel y Jelonet™ cada 2-3 días, antibiótico profilaxis, tromboprofilaxis, suplementación

nutricional y sonda urinaria. Presenta falla renal aguda prerrenal KDIGO I recuperada y luego cuadro febril debido a ITU a *E. coli* multirresistente, que fue tratada por 7 días con Ertapenem. Ante la buena evolución, se decide junto a la usuaria realizar una colpocleisis parcial de LeFort superponiendo la zona quemada en recuperación frente a submucosa de pared vaginal posterior, solo suturadas por los bordes de la zona quemada. El resto de la cirugía mantiene la técnica clásica y se decide no poner sling por la posibilidad de infección o complicación de la malla. A los 34 días post quemadura, la cirugía se lleva a cabo sin complicaciones. Presenta un postoperatorio con escaso dolor, afebril, pero con incontinencia de esfuerzo severa. Es dada de alta a los 5 días postoperatorios por buena respuesta. Se realiza control postoperatorio ambulatorio de 15 días, muestra recuperación satisfactoria salvo por la incontinencia de esfuerzo. Al control de 12 meses, no ha presentado recidiva del prolapso genital y se encuentra en espera de cirugía antiincontinencia.

CONCLUSION. La quemadura asociada al prolapso genital es un evento raro; sin embargo, en estadios avanzados del prolapso, es más probable que se presenten complicaciones debido a la exposición constante y en este caso asociado a posible neuropatía diabética. El tratamiento de la quemadura debe ser similar al de las lesiones en genitales y mucosas. La cirugía obliterativa es una buena alternativa (en usuarias mayores y sin actividad sexual) para acelerar el proceso de curación de la quemadura y el prolapso genital estadio IV. Según nuestro criterio, es preferible evitar el uso de prótesis (mallas u otros dispositivos similares) en una fase inicial debido al riesgo de complicaciones infecciosas.

DESCRIPCIÓN DEL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA TOT, EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS LA SERENA.

Correa Pacheco, A. C. (1), Uribe Vásquez, A.A. (1), Alcayaga Maluenda, F.F. (2), Contador Ortiz, J. M. (3), Pardo Bravo, D.J. (4)

Institución de afiliación: Universidad Católica del Norte.

1 Médico Ginecólogo del Hospital de La Serena. 2 Interna de Medicina de la Universidad Católica del Norte. 3 Licenciada en Medicina de la Universidad Católica del Norte. 4 Matrona del HLS.

Lugar de trabajo: Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de La Serena, Chile.

OBJETIVO

Describir las características postoperatorias y la eficacia percibida de la cirugía de cinta transobturatriz (TOT) en mujeres intervenidas por incontinencia urinaria de esfuerzo en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de La Serena, entre 2011 y 2022.

PALABRAS CLAVE

incontinencia urinaria, cirugía TOT, postoperatorio, calidad de vida, dolor pélvico.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico en mujeres de entre 40 y 85 años. Se aplicó la encuesta ICIQ-SF, adaptada con ítems adicionales sobre dolor, a 69 pacientes con cirugía confirmada de TOT.

RESULTADOS

El 46,4% de las encuestadas refirió no presentar escapes de orina tras la cirugía. No obstante, un 53,6% reportó distintos grados de incontinencia persistente. Respecto al impacto en la calidad de vida, un 70,2% de quienes aún presentan síntomas refirieron afectación moderada o severa. El 34,8% de las pacientes manifestó dolor postoperatorio, principalmente de localización vaginal, siendo la intensidad moderada en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES:

Los resultados permiten concluir que el TOT no es la mejor opción para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Se recomienda poner en discusión el TOT como cirugía de primera línea en la incontinencia urinaria.

EVISCERACIÓN VAGINAL TARDÍA EN PROLAPSO DE CÚPULA ABANDONADO, UN CASO QUE DESAFÍA EL TIEMPO: REPORTE DE CASO

Autores: Del Río B,¹ Lin H.¹, Braun H.², Pey O.¹, Jara D.², Chávez C.²

¹Facultad de Medicina Clínica Alemana Santiago - Universidad del Desarrollo

²Unidad de Ginecología, CR de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado, SSMSO

INTRODUCCIÓN

La evisceración vaginal es una urgencia quirúrgica infrecuente, definida como la salida de contenido abdominal a través de un defecto en la cúpula vaginal, generalmente tras una histerectomía. Puede comprometer asas intestinales, generando riesgo de isquemia, perforación y sepsis. Su incidencia se estima entre 0,03 % y 1,2 %, y la mortalidad puede alcanzar hasta un 6% si no se maneja oportunamente. Con respecto a la evisceración vaginal tardía, su incidencia es menor a 1%, varía según vía quirúrgica y si bien típicamente ocurre en el postoperatorio temprano, puede presentarse incluso décadas después, especialmente en pacientes posmenopáusicas con factores predisponentes.

CASO CLÍNICO Y RESULTADOS

Paciente de 74 años, múltipara de 4 partos vaginales, con antecedente de histerectomía vaginal, plastia vaginal anterior con malla, TOT y culdoplastia de McCall realizada en 2015. Sin otros antecedentes mórbidos ni hábitos nocivos conocidos. A los pocos meses de la cirugía reapareció sensación de tumor y peso vaginal sin embargo paciente no acudió a controles posteriores. Consulta en el servicio de urgencias por dolor genital súbito tras episodio de tos, asociado dolor abdominal, sensación de bulto vaginal y sangrado abundante. Al examen físico se evidencia mucosa de la cúpula vaginal con úlceras por decúbito, dos de ellas erosionadas por las que protruyen asas intestinales edematosas y violáceas a través del canal vaginal, por lo que se ingresa a pabellón para resolución quirúrgica de urgencia. Primer

tiempo vaginal se realiza aseo y reducción de asas intestinales, cierre de peritoneo con jareta de PDS del 0 y colpectomía con perineorrafia alta. En segundo tiempo quirúrgico abdominal, se efectúa resección de 90 cm de íleon isquémico y anastomosis término lateral mecánica con stappler. La paciente evoluciona en UCI de forma favorable, sin complicaciones del ámbito quirúrgico, es dada de alta con control en ginecología y cirugía de forma ambulatoria.

CONCLUSIONES

La evisceración vaginal tardía es una entidad rara pero con elevado riesgo vital, cuya presentación puede ser abrupta. El diagnóstico precoz y su prevención dependen de entender los factores involucrados, además un abordaje quirúrgico multidisciplinario es determinante en la sobrevida de la paciente. Este caso destaca las consecuencias de un prolapso de cúpula vaginal crónico abandonado, demostrando la importancia de la educación sobre aparición de recidivas, además de la vigilancia prolongada en pacientes con cirugía ginecológica previa y factores predisponentes, especialmente en mujeres postmenopáusicas.

¿MEJORAN LAS COMPLICACIONES POST SLING AL RESECAR LA MALLA ANTIINCONTINENCIA? ANALISIS RETROSPECTIVO DE MAS DE 70 CASOS

Galdames L1, Ledezma C2, Maluenda A2,3, Viguera S1,3, Soto F2,3, Miranda V1,3

1 Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2 División de ginecología, hospital de La Florida, Santiago, Chile. 3 Departamento de ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta a un 23% de las mujeres con alto impacto en la calidad de vida. El tratamiento quirúrgico con malla suburetral es el más utilizado con tasa de éxito a largo plazo de un 67% para TOT y 70% para TVT. Sin embargo, al ser un implante permanente, puede presentar complicaciones tardías, como dolor crónico, disfunción miccional, extrusión, entre otras. En caso de no ser factible o satisfactorio el médico, es necesario el retiro de la malla. Este trabajo tiene como objetivo reportar las complicaciones que motivaron la resección de malla y la resolución o persistencia de estas en el seguimiento a mediano plazo.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todas las pacientes sometidas a retiro de malla suburetral realizados entre enero de 2019 y enero de 2025 en dos instituciones docentes de Santiago de Chile. Se registraron datos demográficos, complicaciones de la malla suburetral y su comportamiento en el seguimiento al 1er control post operatorio y el último, así como también la aparición de síntomas de novo. Se realizó la revisión de ficha clínica y protocolos operatorios, almacenando datos en excel anonimizado. El análisis estadístico se realizó en SPSS statistic 26. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte del comité de ética.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 77 pacientes sometidas a

resección de sling suburetral. La edad promedio fue de 58 años (DE ± 11) IMC promedio 28 (DE ± 8), la mediana de paridad fue 3 (RIQ 2-3) y un 71% (n=55) en postmenopausia. El tipo de sling TVT 27% (n=20) y TOT 73% (n=55). La mediana de tiempo entre la colocación del sling a su resección fue 81 meses (RIQ 14-157). Las complicaciones descritas fueron disfunción miccional 46/6/0; Dolor pélvico 40/13/1; Vejiga hiperactiva (VH) de novo 37/28/17; extrusión de malla 34/4/0 e infecciones urinarias recurrentes (ITUr) 27/16/18 previo a la resección, primer control y último control postoperatorio respectivamente. La mediana de seguimiento al primer control fue 21 días (RIQ 12-40) El último control fue a una mediana de 10 meses (RIQ 1-23). Tuvimos durante el seguimiento una recurrencia de IOE del 25% (20 mujeres) y 1 paciente con fístula uretro vaginal que se reparó con posterioridad.

CONCLUSIONES

Las complicaciones que mejor respondieron al tratamiento con resección de malla fueron disfunción miccional, dolor pélvico y extrusión de malla. Sin embargo los efectos crónicos vesicales como VH e ITUr no muestran gran mejoría.

PREVALENCIA DE DISFUNCIONES DE PISO PÉLVICO EN MUJERES CORREDORAS DE LA MARATÓN DE SANTIAGO 2025

Nalda M.^{1,2}, Inostroza C.^{1,2}, Vallejos G.¹, Whipple G.², Guzmán R.¹, Wenzel C.¹, Delpiano M.²

¹ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Piso Pélvico, Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. ² Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Alemana.

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del piso pélvico (DPP), como la incontinencia urinaria, fecal, el prolapso y las disfunciones sexuales, afectan la calidad de vida de las mujeres y son frecuentes en deportes de impacto como el running. El objetivo fue determinar la prevalencia de DPP en corredoras de la Maratón de Santiago 2025 y analizar su relación con edad, paridad, distancia recorrida y acceso a kinesiología pelvipérineal.

MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se aplicó un cuestionario digital autoadministrado mediante código QR a corredoras mayores de 18 años durante el retiro de kits. Se evaluaron variables sociodemográficas, conocimiento del piso pélvico, antecedentes de kinesiología y síntomas asociados. El análisis incluyó estadística descriptiva y pruebas de asociación.

RESULTADOS

Se analizaron 366 corredoras (media de edad: 36,1 años). Los síntomas reportados fueron: escapes de orina (33,9%), sensación de bulto genital (23,5%), dolor sexual (20,2%) y escapes de deposiciones (7,1%). La edad ≥ 35 años y la paridad ≥ 1 hijo se asociaron significativamente con mayor prevalencia de incontinencia urinaria ($p < 0,01$). No hubo diferencias según distancia recorrida ni antecedentes de kinesiología. Aunque el 86,3% conocía el piso pélvico, sólo el 13,7% había realizado kinesiología.

CONCLUSIONES

Las DPP son frecuentes en corredoras, particularmente en mujeres mayores y con paridad. Existe una brecha entre el conocimiento y el acceso al tratamiento. Se requieren estrategias preventivas y programas educativos dirigidos a mujeres deportistas. Este es el primer estudio en Chile que reporta la prevalencia de DPP en corredoras de maratón, aportando evidencia local para futuras intervenciones.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE PISO PÉLVICO, COLGAJO MIOCUTÁNEO DE RECTO ABDOMINAL VERTICAL (VRAM) Y PROMONTOFIJACIÓN CON FASCIA LATA, EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE MILES Y RADIOTERAPIA ABDOMINOPÉLVICA. REPORTE DE UN CASO

Ponce P 1,2, Gómez M 1, Cuevas R 1, Blumel B 1, Alarcón M 1, Pizarro J 1, Santis F 1.

1. Unidad de Uroginecología. Centro Innovación de Piso Pélvico (CIPP), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (HSR), Santiago, Chile. 2. Fellowship Uroginecología y Cirugía Reconstructiva de Piso Pélvico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El colgajo VRAM es una técnica reconstructiva utilizada en cirugía plástica para el manejo de defectos complejos en la región perineal. Consiste en la transferencia de un segmento del músculo recto abdominal junto con piel y tejido subcutáneo, vascularizado por la arteria epigástrica inferior profunda, lo que permite aportar tejido bien vascularizado a zonas con déficit tisular, especialmente en contexto de radioterapia previa o cirugía oncológica extensa. Complicaciones asociadas incluyen morbilidad en el sitio donante como hernias incisionales, dehiscencia abdominal y complicaciones infecciosas. Sin embargo, la tasa de pérdida total del colgajo es baja y la morbilidad mayor es infrecuente.

MÉTODOS

Se presenta caso de paciente con antecedente de cirugía de Miles, con prolapso genital, incontinencia urinaria (IU) y disfunción miccional, sometida a cirugía reconstructiva de piso pélvico con colgajo VRAM y promontofijación con fascia lata (PFFL). Caso Clínico: Se presenta el caso de mujer de 62 años, 3 partos vaginales y 1 fórceps, con antecedente de cirugía de Miles, radioterapia pélvica y quimioterapia por cáncer de recto en el año 2017, usuaria de colostomía, con neoplasia no activa. Ingresa a CIPP en Mayo 2021 por IU mixta de predominio urgencia, micción por rebalse, disfunción miccional y sensación de bulto genital. Se evidencia al examen ausencia de cuerpo perineal y pared vaginal posterior, y prolapso genital anterior estadio 2. Se indica manejo de IU de urgencia con antimuscarínicos,

estudio urodinámico y control. Durante controles evoluciona con aumento de bulto genital, siendo evaluada en Enero 2024, evidenciándose cistocele severo y solución de continuidad perineal sugerente de pared vesical. Se realiza cistoscopia identificando pared vesical posterior descendida, apreciándose contraluz por defecto en piel perineal que al digitalizar por defecto, se aprecia movimiento de mucosa vesical por cistoscopia. Se realiza cistografía con vejiga de buena capacidad y cuello vesical descendido. Se evalúa caso en reunión de tabla Uroginecología en Septiembre 2024, donde se plantea PFFL. Caso es presentado a Cirugía plástica planteando colgajo VRAM. El 17 de Julio 2025 se realiza histerectomía subtotal con PFFL con colgajo VRAM con reconstrucción de cuerpo perineal y pared vaginal posterior, con cierre de pared abdominal con malla de polipropileno. Paciente evoluciona estable, en manejo antibiótico endovenoso (ceftriaxona-clindamicina) y kinesioterapia. 19 días posterior a cirugía presenta dolor abdominal agudo y palidez distal de colgajo miocutáneo. Se realiza TAC de abdomen y pelvis (AP) con contraste que informa diástasis de músculos rectos abdominales sugerente de evisceración abdominal, por lo que se realiza laparotomía de urgencia por Cirugía plástica y Equipo de hernias con revisión de colgajo miocutáneo vital, reparación parcial de pared abdominal con instalación de malla de tracción dinámica de PDS e instalación de VAC. Posteriormente cirugía de cierre de pared abdominal el 12 de Agosto con retiro de malla y cierre de aponeurosis. Evoluciona satisfactoriamente, con adecuado manejo de dolor, deambulación asistida progresiva con micción

espontánea normal. Control con TAC AP 18 de Agosto con cambios postquirúrgicos. Se decide alta el 20 de Agosto con control ambulatorio. Control Uroginecología el 08 de septiembre con micción normal, RM 4/0-1, sin incontinencia urinaria, disfunción miccional ni sensación de bulto genital.

CONCLUSIÓN

El colgajo VRAM es una opción reconstructiva para defectos complejos, especialmente en el contexto oncológico y tras radioterapia, aportando tejido bien vascularizado y mejorando los resultados de cicatrización y funcionalidad. El manejo quirúrgico simultáneo de alteraciones del piso pélvico constituye un desafío, el cual se puede llevar a cabo con éxito con un adecuado manejo multidisciplinario.

PALABRAS CLAVE

Cirugía de Miles, Radioterapia, Promontofijación, Colgajo miocutáneo, Evisceración.

MANEJO DE ESPONDILODISCITIS COMO COMPLICACIÓN POSTERIOR A PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE UN CASO

Ponce P 1,2, Gómez M 1, Blumel B 1, Alarcón M 1, Pizarro J 1, Santis F 1.

1. Unidad de Uroginecología. Centro Innovación de Piso Pélvico (CIPP), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (HSR), Santiago, Chile. 2. Fellowship Uroginecología y Cirugía Reconstructiva de Piso Pélvico, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis (ED) es un proceso infeccioso que compromete el disco intervertebral y las placas terminales vertebrales, que puede aparecer como complicación tras una cirugía de promontofijación (PF). Es una complicación poco frecuente pero grave, teniendo consecuencias con un amplio espectro de discapacidad y dolor crónico.

MÉTODOS: Se presenta caso de paciente con ED como complicación postoperatoria de cirugía de PF. Se realiza revisión de literatura y manejos actuales.

CASO CLÍNICO

Se presenta caso de mujer de 63 años, antecedente de HTA, 3 partos vaginales, menopausia a los 42 años, que ingresa a CIPP en Mayo 2024 por cuadro de 2 años de sensación de bulto genital. Se diagnostica prolapso genital anterior y apical estadio 3, recibe opciones terapéuticas con pesario o cirugía, eligiendo cirugía. Ecografía de piso pélvico informa descenso de compartimiento anterior y apical, avulsión completa a derecha del elevador del ano. Cistometría simple y uroflujometría no invasiva resultan sin hallazgos. Ecografía transvaginal en límites normales. Se presenta caso en reunión de tabla Uroginecología decidiéndose histerectomía subtotal con PF laparoscópica, que se realiza el 30 Enero 2025. Evoluciona satisfactoriamente con alta a las 24 horas con antibiótico (ATB) oral amoxicilina/ácido clavulánico 7 días según protocolo local. El 06 Marzo consulta en Urgencia HSR por dolor lumbar, fiebre

y síntomas respiratorios. Se solicita TAC abdomen y pelvis que informa cambios postquirúrgicos, parámetros inflamatorios de laboratorio elevados y Rx de tórax. Se diagnostica neumonía y se indica ceftriaxona a través de hospitalización domiciliaria. El 12 Marzo acude a control en Uroginecología donde refiere dolor lumbosacro intenso y fiebre, por lo que frente a sospecha de ED se hospitaliza con manejo ATB empírico. Se realiza RNM columna lumbar que informa edema óseo y realce de L5-S1 con cambios inflamatorios en partes blandas, sugerente de ED. Hemocultivos periféricos (-). Paciente con evolución favorable evaluada con Infectología y Traumatología de columna, definiéndose alta el 24 Marzo, con indicación de completar ceftriaxona 30 días. Control 07 Abril por traumatología con evolución favorable. Acude a control en Uroginecología el 28 Abril donde se evidencia paciente con alteración de la marcha, palpación dolorosa en región lumbar, por lo que se decide hospitalización. RNM columna lumbar informa empeoramiento de ED y colección epidural inflamatoria en L5-S1. Se define realizar biopsia guiada por TAC por Radiología intervencional, resultando cultivo (-). Evoluciona con deterioro clínico y de laboratorio por lo que el 15 Mayo Uroginecología realiza exploración quirúrgica con resección de malla de PF y aseo quirúrgico con toma de muestra de tejido a nivel L5-S1 para cultivo. Infectología cambia ATB a ertapenem. Cultivos resultan (+) a *Bacteroides fragilis* por lo que se indica Piperacilina/tazobactam. En contexto de inestabilidad de la marcha, el 22 Mayo traumatología realiza fijación de columna y toma de cultivos que resultan (+) para *Staphylococcus epidermidis*, indicándose

Linezolid. Paciente evoluciona satisfactoriamente, con kinesioterapia y deambulaci3n asistida, cese de dolor lumbar, normalizaci3n de ex3menes de laboratorio, por lo que el 06 Junio se decide alta con cotrimoxazol forte oral, con control por Uroginecolog3a, Infectolog3a y Traumatolog3a. Actualmente en manejo ATB supresor con cotrimoxazol forte en contexto de material de osteos3ntesis en zona quir3rgica. Paciente sin dolor lumbar ni limitaci3n de la marcha, sin recurrencia de prolapso.

CONCLUSI3N

El estudio y manejo 3ptimo de la ED se centra en la sospecha cl3nica, realizaci3n de RNM como examen imagenol3gico de elecci3n, e identificaci3n del agente causal a trav3s de hemocultivos perif3ricos para terapia ATB espec3fica. De ser negativos se debe proceder a biopsia guiada por TAC. Ante d3ficit neurol3gico, abscesos o compresi3n medular, la cirug3a es obligatoria. De esta forma, esta condici3n infecciosa grave exige un diagn3stico precoz y tratamiento oportuno para reducir sus secuelas a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Prolapso genital, Promontofijaci3n, Espondilodiscitis, Complicaci3n, Laparoscop3a.

SINEQUIA DE LABIOS MENORES, ESTENOSIS DEL INTROITO Y ADHERENCIAS VAGINALES COMO CONSECUENCIA DE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Rojas K1, Pérez E2, Vallejos G 3, Boldrini P3, Manríquez V 3, Naser M3

Rojas K1, Pérez E2, Vallejos G 3, Boldrini P3, Manríquez V 3, Naser M3

Médica Ginecóloga, Fellowship Uroginecología y Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

Médica Cirujana, Becada Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Médico Uroginecólogo, Unidad de piso pélvico femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una reacción de hipersensibilidad mucocutánea rara y grave, perteneciente al espectro de las necrólisis epidérmicas tóxicas. Su incidencia se estima entre 1,9 y 12 casos por millón de habitantes en Estados Unidos y Europa. El compromiso ginecológico se ha descrito en aproximadamente un 12,7% de los casos, siendo lo más frecuente la afectación vulvar exclusiva. Las secuelas a nivel vulvovaginal pueden generar complicaciones funcionales importantes, tanto en la esfera uroginecológica como sexual y reproductiva, con un impacto significativo en la calidad de vida.

METODOLOGÍA

Reporte de caso clínico, complementado con una revisión de la literatura.

RESULTADOS

Presentamos el caso de una paciente de 19 años que cursó con SSJ secundario a carbamacepina usada como estabilizador del ánimo. La paciente presentó lesiones target típicas en todo el cuerpo y marcado compromiso de mucosas, destacando el compromiso vulvovaginal. Al resolver la fase aguda, evoluciona con una extensa sinequia de labios menores y adherencias de la pared vaginal anterior y posterior, asociado a dolor pélvico. Se inició manejo conservador con estrógenos tópicos y corticoides, sin éxito. Por lo que se opta por realizar tratamiento quirúrgico de la sinequia de labios menores y

adhesiolisis en la vagina. Se apoya este tratamiento con dilatadores para evitar la reaparición de adherencias. Paciente evoluciona favorablemente, sin recidiva de las adherencias y resolución total del dolor pélvico.

CONCLUSIÓN

Las secuelas vulvovaginales del SSJ son poco frecuentes pero potencialmente graves, con impacto funcional, en la calidad de vida y psicológico de las pacientes. Su reconocimiento temprano y el manejo ginecológico integral permiten prevenir complicaciones crónicas y mejorar la calidad de vida de las pacientes. La sintomatología puede incluir disuria, dificultad en la micción y dispareunia. El manejo ginecológico inicial incluye supresión de la menstruación, estrógenos tópicos, corticoides de alta potencia y eventualmente dilatadores si existe compromiso vaginal. Este reporte contribuye a la escasa literatura disponible, enfatizando la importancia del seguimiento multidisciplinario y la indicación oportuna de cirugía en casos seleccionados. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones experimentales, por lo que no requirió evaluación por parte de un Comité de Ética.

DISFUNCIÓN URINARIA EN PACIENTE FEMENINA SECUNDARIA A TUMOR DEL LÓBULO FRONTAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Rojas K1, Furlani J2, Manríquez V3, Naser M3, Boldrini P3, Vallejos G3

Médica Ginecóloga, Fellowship Uroginecología y Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

Médico Cirujano, Becado Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile

Médico Uroginecólogo, Unidad de piso pélvico femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

Los meningiomas son los tumores de lóbulo frontal más frecuentes. 73% de los pacientes afectados son mujeres jóvenes. Más del 50% de estas pacientes presentarán síntomas urinarios como primera manifestación clínica. Presentamos el caso de una paciente de 47 años en control por síntomas del tracto urinario inferior, caracterizados por urgencia miccional y dificultad del vaciamiento, refractaria a tratamiento médico. En el interrogatorio dirigido se pesquisaron mareos y parestesia de extremidades superiores, por lo que se deriva a neurología por sospecha de patología neurodegenerativa. Se solicitó una resonancia magnética que informa meningioma de la hoz frontal parasagital izquierdo. Se realiza exéresis 14 días posterior al diagnóstico y la paciente evoluciona favorablemente, con resolución completa de los síntomas urinarios.

METODOLOGÍA

Reporte de caso clínico, complementado con una revisión de la literatura.

RESULTADOS

La porción medial del lóbulo frontal juega un papel crucial en la inhibición voluntaria del reflejo de micción. La disfunción de esta región puede producir incontinencia urinaria de urgencia o alteraciones del vaciamiento vesical, en ausencia de otros signos neurológicos evidentes o precediendo a los mismos. Los síntomas neurológicos asociados suelen ser mareos, parestesias y, la mayoría

de las veces, cambios conductuales o de personalidad, y es común que el razonamiento clínico no las relacione de inmediato con los síntomas urinarios, abordándolos como entidades independientes. Esta disociación en la interpretación puede retrasar significativamente el diagnóstico etiológico, especialmente cuando la causa subyacente es una lesión estructural del sistema nervioso central de evolución lenta, como un meningioma frontal.

CONCLUSIÓN

La evaluación de disfunción urinaria en mujeres debe incluir como diagnóstico diferencial causas neurológicas, cuando son pacientes jóvenes con presentación atípica y refractariedad a tratamiento. Se debe interrogar dirigidamente sobre síntomas neurológicos, ya que al ser la mayoría de la esfera psiquiátrica suelen ser desestimados. El abordaje interdisciplinario permite un diagnóstico y manejo oportuno. Cuando la causa subyacente es una lesión tumoral, los síntomas urinarios desaparecen hasta un 100% tras la exéresis. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

FÍSTULA OBTURADOR-GLÚTEA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE CIRUGÍA DE CINTA SUBURETRAL TRANS OBTURADORA: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Rojas K1, Jamett E2, Vallejos G 3, Boldrini P3, Manríquez V 3, Naser M3

Médica Ginecóloga, Fellowship Uroginecología y Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

Médico Cirujano, Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Médico Uroginecólogo, Unidad de piso pélvico femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La cinta suburetral retropúbica transobturadora (TOT) es la cirugía antiincontinencia más frecuentemente realizada por ginecólogos en el mundo. Presenta una tasa global de complicaciones alrededor de 24%, donde el 6% son de resorte quirúrgico y, de estas, las fístulas están descritas sólo en el 0.1% de los casos. Al revisar la literatura, las fístulas descritas luego de un TOT, son principalmente vesico-vaginales, uretro-vaginales y vesico-cutáneas.

METODOLOGÍA

Reporte de caso clínico, complementado con una revisión de la literatura.

RESULTADOS

Se trata de una paciente que consulta con coloproctología por salida de secreción purulenta desde orificio a nivel glúteo derecho, de larga data. Se diagnostica fístula recto-glútea que se corrige quirúrgicamente. Al poco tiempo recidiva, observándose nuevamente orificio de salida a nivel glúteo derecho. Se envía para evaluación por equipo de piso pélvico, donde se evidencia un orificio en fórnix vaginal izquierdo desde el cual se palpa un recorrido tenso que baja por la pared vaginal izquierda, cruza sobre el recto y va hacia orificio de salida en glúteo derecho. Se solicita ecografía de piso pélvico que corrobora la existencia de una malla en todo el recorrido descrito. Al interrogar a la paciente refiere cirugía TOT de larga data, con resección posterior de la malla por

estar obstructiva, sin otros antecedentes. Se realiza resección extensa de la malla y cierre del trayecto fistuloso. La paciente evoluciona favorablemente, sin recurrencias al día de hoy.

CONCLUSIÓN

El TOT sigue siendo una técnica ampliamente utilizada como cirugía para corrección de incontinencia urinaria de esfuerzos. La fístula es la más infrecuente de sus complicaciones, pero de las de mayor gravedad, complejidad y con mayor repercusión para la paciente, dado el empeoramiento en la calidad de vida. Una fístula obturador-glútea es una complicación muy rara y anecdóticamente descrita. Esta complicación implica la creación de una conexión anormal entre el área del obturador y el glúteo. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y examen físico por profesionales especialistas en el área. Su manejo es eminentemente multidisciplinario, logrando revertir en un cien por ciento los síntomas y restaurando la calidad de vida de las pacientes. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones experimentales, por lo que no requirió evaluación por parte de un Comité de Ética.

AJUSTE DE MALLA EN TVT: COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS EN CLÍNICA ALEMANA SANTIAGO

N. Solís, C. Descouvieres, R. Guzmán, G. Vallejos, C. Sandoval, C. Wenzel, J. Lecannelier

INTRODUCCIÓN:

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es la forma más frecuente de incontinencia en la mujer con una prevalencia de hasta 30%. La malla suburetral retropúbica (TVT) es el tratamiento quirúrgico de elección con tasas de éxito superiores al 80%. Un paso crítico en la técnica quirúrgica es el ajuste de la malla para que la disposición suburetral sea libre de tensión, esto con el objetivo de disminuir la obstrucción urinaria en el postoperatorio inmediato. La tensión de la malla también se ha relacionado con la incidencia de urgencia de novo, síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) e infecciones urinarias recurrentes. Existe cierta controversia respecto a cuál podría ser la mejor técnica para realizar este ajuste en el intraoperatorio. El objetivo de este estudio fue comparar el porcentaje de reintervención por obstrucción urinaria en el postoperatorio inmediato y los resultados clínicos de dos cohortes de pacientes sometidas a TVT con diferentes técnicas de ajuste de malla.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio observacional de cohortes retrospectivas en Clínica Alemana de Santiago, incluyendo a pacientes sometidas a cirugía primaria de TVT entre los años 2021 y 2024. Se compararon dos técnicas quirúrgicas: grupo Tos que consistió en colocación de TVT bajo anestesia local con ajuste de malla mediante prueba de la tos y grupo Hegar que utilizó anestesia general y ajuste de malla con dilatador Hegar N°8 intrauretral. A partir de la revisión de registros anonimizados, se recolectaron datos de variables demográficas, comorbilidades, detalles intraoperatorios, complicaciones y resultados en el postoperatorio.

RESULTADOS:

Se incluyeron 130 pacientes, 52 en el grupo Tos y 78 en el grupo Hegar. Las pacientes del grupo Tos fueron más jóvenes ($46,1 \pm 8,4$ vs. $51,8 \pm 10,2$ años) y con menor tiempo de seguimiento ($12,4 \pm 10,8$ vs. $18,6 \pm 13,9$ meses). El IMC promedio fue similar en ambos grupos. La necesidad de reintervención para ajuste de malla por obstrucción fue infrecuente: 1,9% en el grupo Tos y 3,8% en el grupo Hegar. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0,917$). El porcentaje de perforación vesical fue mayor en el grupo Hegar (3,8% vs. 7,7%). Tampoco se observaron diferencias respecto a la aparición postoperatoria de urgencia de novo (9,6% vs 5,1%), LUTS (19,2% vs 9,0%) e infecciones urinarias recurrentes (1,9% vs 1,3%). La incontinencia de orina residual fue similar para ambos grupos (3,8% vs 1,3%).

CONCLUSIONES:

Las dos técnicas de ajuste intraoperatorio de malla TVT presentaron resultados clínicos similares, baja tasa de complicaciones y ausencia de diferencias significativas en la necesidad de reintervención para ajuste de malla. Nuestros datos permiten recomendar ambas técnicas, permitiendo que la elección del método pueda basarse en la experiencia del cirujano y en las características de la paciente.

USO DE AGENTES DE ABULTAMIENTO URETRAL, UNA ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: EXPERIENCIA DE PRIMEROS CASOS EN HOSPITAL DE LA FLORIDA

Soto-Opitz F1,2; Ledezma C1, García-Huidobro A1, Duran R1, Viguera S1,2, Maluenda A1,2.

1: División Ginecología, Hospital de la Florida, Santiago, Chile.

2: Departamento de Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) es un problema frecuente en las mujeres, con una prevalencia que puede alcanzar hasta un 49%. El tratamiento quirúrgico

estándar es el uso de mallas suburetrales de polipropileno debido a su alta efectividad a largo plazo llegando a un 95%. Sin embargo, las preocupaciones por complicaciones asociadas al uso de mallas han impulsado interés en alternativas menos invasivas. Los agentes de abultamiento uretral, como el hidrogel de poliacrilamida (Bulkamid®), son considerados procedimientos ambulatorios, que no presentan complicaciones operatorias, aunque su tasa de éxito es inferior a la de los slings.

MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de 20 mujeres con IOE tratadas con inyección de Bulkamid® en el Hospital de La Florida entre 2024-2025. Se recolectaron datos demográficos, antecedentes quirúrgicos y resultados clínicos. Todos los procedimientos fueron ambulatorios; en pacientes de mayor edad se utilizó un protocolo de sedación con anestesia local, y en el resto anestesia neuroaxial. La evolución se evaluó mediante Índice de Severidad de incontinencia de Sandvik (ISI) pre y postoperatorio, junto a la impresión global de mejoría del paciente (PGI-I) al último control y la evidencia de IOE clínica al control. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS: La mediana de edad fue de 67 años, con 50% de antecedente de cirugía anti incontinencia y 50%

con recidiva de IOE. En el seguimiento, el 68% alcanzó éxito subjetivo (PGI 1-2; IC95% 46-85), el 74% éxito objetivo (IOE negativa; IC95% 51-88) y el 79% éxito combinado (IC95% 57-92). La mejor respuesta se observó en IOE primaria (100% vs 40% en recidiva; $p=0.01$). Las pacientes con resección concomitante de malla mostraron la menor tasa de éxito (33% vs 75%). No se observó significancia con IMC>35, menopausia o tabaquismo. Además, se observó una mayor tasa de éxito en las últimas pacientes tratadas (80% vs 56%), compatible con una curva de aprendizaje, aunque sin significancia estadística.

CONCLUSIONES: La inyección de Bulkamid® demostró ser una alternativa segura y mínimamente invasiva para el manejo de IOE, con eficacia global de 70-80% a corto plazo y ausencia de complicaciones. Si bien su tasa de curación es inferior a la del sling suburetral, constituye una opción válida en pacientes de mayor edad, con comorbilidades o alto riesgo anestésico. Factores pronósticos desfavorables incluyen la IOE recidivada y la resección concomitante de malla.

EFFECTIVIDAD DE LA NEUROESTIMULACIÓN TIBIAL POSTERIOR EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA: ANÁLISIS DE RESULTADOS MEDIANTE ICIQ-SF Y PGI-I

Soto-Opitz F1,2; Ledezma C1, García-Huidobro A1, Duran R1, Becerra R1, Viguera S1,2, Maluenda A1,2.

1: División Ginecología, Hospital de la Florida, Santiago, Chile.

2: Departamento de Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de vejiga hiperactiva (SVH) representa una patología de alta prevalencia que afecta significativamente la calidad de vida. La neuromodulación transcutánea del nervio tibial posterior (NMTP) ha emergido como una alternativa terapéutica mínimamente invasiva y de bajo costo. Su efectividad clínica, sin embargo, requiere ser validada mediante instrumentos estandarizados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional con 89 pacientes (mujeres con incontinencia urinaria de urgencia o mixta con predominio de urgencia). Todas recibieron NMTP (onda bifásica, 20 Hz, pulso 200 ms) durante 30 minutos por sesión, aplicada con electrodos de superficie a nivel del tobillo. Las sesiones se efectuaron de forma ambulatoria 2 a 3 veces por semana hasta completar 12 sesiones. La efectividad se evaluó con el cuestionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form) en las sesiones 1, 6 y 12. Además de la escala PGI-I (Patient Global Impression of Improvement) en la sesión 12. Para el análisis estadístico se utilizó el test t pareado para comparar el puntaje ICIQ-SF entre la sesión 6 y la 12, considerando $p < 0,05$ como nivel de significación. El estudio no involucra datos identificables ni intervenciones clínicas diferentes a las estandarizadas, por lo que no requiere evaluación por parte de un Comité de Ética.

RESULTADOS

El puntaje ICIQ-SF promedio disminuyó progresivamente

$16,3 \pm 4,4$ (media \pm DE) al inicio (sesión 1) a $11,3 \pm 5,4$ en la sesión 6, y a $9,1 \pm 6,1$ en la sesión 12. La mejora entre la sesión 6 y la 12 fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Al finalizar las 12 sesiones, la percepción global según PGI-I indicó mejoría en la mayoría de las pacientes: 56% se reportaron "mucho mejor" y 35% "un poco mejor". Un 6% no refirió cambios, mientras que solo 3% presentaron algún grado de empeoramiento en sus síntomas.

CONCLUSIÓN

La neuromodulación transcutánea del nervio tibial posterior produjo una mejoría clínica significativa en pacientes con síndrome de VH, reduciendo la incontinencia urinaria de urgencia y mejorando la percepción subjetiva de las pacientes tras 12 sesiones de tratamiento. Este enfoque terapéutico no invasivo y de buena tolerancia demuestra una utilidad clínica importante como alternativa efectiva en el manejo de la vejiga hiperactiva.



XL CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:
CONTRIBUCIONES 2025