

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Año LXVIII
702

Enero-febrero 2009

REVISIÓN DE CONJUNTO

Manejo del quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica

Gallo JL

Enfermedad tromboembólica y gestación. Diagnóstico y manejo clínico

Cuenca C, Gómez C, García M, Narbona I, González E, Herrera JA

ARTÍCULO ORIGINAL

Infección por papillomavirus en mujeres inmigrantes

Corbacho T, Benito R, González-Navarro JV, Gil , Laborda C, Algarate S, Rubio MC, Fabre E

Morbi-mortalidad materna y fetal en pacientes con preeclampsia grave

Rubio AM, Serna MC, González-Mirasol E, Amezcua A, González de Merlo G

CASO CLÍNICO

Rotura uterina con misoprostol tras inducción de parto por muerte fetal

Blanco MP, Gómez-Álvarez S, Fernández-Mellado MJ, Carrascal E, Valdor C, De Miguel JR

Embarazo ectópico ovárico

Carabias P, Kanjou N, Tresserra F, Fáfregas R.

NOTICIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Haya J

NECROLÓGICA

Cruz y Hermida J



Tratamiento de elección en las micosis vulvovaginales

- Sin efectos adversos sistémicos
- Con la seguridad de un tratamiento tópico, incluso durante el embarazo⁽¹⁾



Gine-Canestén crema 2%:

- Vaginitis por levaduras en vagina seca y poca secreción (post-menopausia)
- Vulvitis candidiásica
- Infección perineal-perianal y balanitis candidiásica del pene

Gine-Canestén 100 mg:

- Tratamiento de 6 días
- Infecciones moderadas
- Infecciones crónicas recurrentes

Gine-Canestén 10%:

CON APLICADOR PRE-RELLENADO

- Tratamiento de 1 día 1 aplicación
- Tratamiento de la vaginitis por Cándida

Gine-Canestén 500 mg:

- Tratamiento de 1 día
- Infecciones esporádicas
- Profilaxis de la vulvovaginitis vaginal recurrente
- Descontaminación del canal del parto
- Profilaxis de la infección neonatal





Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:

Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

INDEXADA EN:

IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alert, Biosis, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA Y CRÍTICA DE LIBROS:

Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ O'Donnell, 89
28009 Madrid

Correo electrónico:

tokoginecologia@gmail.com

Periodicidad:

6 números al año

Disponible en Internet:

www.tokoginecologia.org

EDICIÓN

icm

IMAGEN Y COMUNICACIÓN MULTIMEDIA

www.grupoicm.net

Avda. San Luis, 47 - 28033 Madrid

Tel: 91 766 99 34

Fax: 91 766 32 65

PUBLICIDAD

660 80 87 29

ignacio@grupoicm.net

SUSCRIPCIONES

91 766 99 34

suscripciones@grupoicm.net

TARIFA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

PUBLICACIÓN AUTORIZADA

como soporte válido:

Ref. SVR núm. 117-R-CM

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958

NOMBRE DE LAS ESPECIALIDADES: GINE-CANESTEN® 2%, GINE-CANESTEN® 100, GINE-CANESTEN® 500, GINE-CANESTEN® 10%. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** GINE-CANESTEN® 2%: cada gramo de crema vaginal contiene 20 mg de clotrimazol. GINE-CANESTEN® 100: cada comprimido vaginal contiene 100 mg de clotrimazol. GINE-CANESTEN® 500: cada comprimido vaginal contiene 500 mg de clotrimazol. GINE-CANESTEN® 10%: cada gramo de crema vaginal contiene 100 mg de clotrimazol. **FORMA FARMACÉUTICA:** Crema vaginal. Comprimidos vaginales. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Tratamiento de las infecciones vaginales simples o de etiología mixta, causadas por especies de *Candida* (*C. albicans*, etc.), *Torulopsis glabrata*, gérmenes gram-positivos (*estreptococos*, *estafilococos*) y gram-negativos (*bacteroides*, *Haemophilus vaginalis*), constituyendo además una valiosa terapéutica coadyuvante del tratamiento oral de las tricomoniasis, tanto por su acción tricomonocida local como por evitar sobreinfecciones fúngicas y bacterianas. Crema vaginal: También puede utilizarse en el tratamiento de balanitis de origen candidiásico y como tratamiento complementario del cónyuge de mujeres infectadas. **POSOLOGÍA Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Comprimidos vaginales 100 mg: Por lo general es suficiente un comprimido vaginal por la noche durante 6 días consecutivos. En caso necesario, puede aumentarse la posología sin el menor inconveniente a 2 comprimidos vaginales diarios durante 6-12 días. Comprimidos vaginales 500 mg: Un comprimido vaginal aplicado preferentemente por la noche. En caso necesario puede realizarse otro tratamiento adicional. Crema vaginal 2%: Una carga del aplicador intravaginal (5 g aprox.), una vez al día durante tres días consecutivos, preferentemente por la noche. En caso necesario puede realizarse otro tratamiento adicional. Crema vaginal 10%: Aplicar la dosis única de 5 g de crema mediante el aplicador intravaginal pre-rellenado. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida al clotrimazol, a imidazoles en general o a cualquiera de los componentes de la especialidad. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO:** No es aconsejable realizar el tratamiento por vía vaginal (comprimidos vaginales y crema vaginal) durante la menstruación. Debe evitarse el contacto de la crema vaginal con los ojos. Los comprimidos vaginales y la crema vaginal pueden reducir la protección proporcionada por preservativos y diafragmas (productos que contienen látex). Este efecto es temporal y sólo ocurre durante el tratamiento. **INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN:** No se han descrito. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** Las investigaciones experimentales y clínicas no indican que deban esperarse efectos nocivos en la madre y el niño si se usa este preparado durante el embarazo; sin embargo, durante los 3 primeros meses de embarazo se evaluará el beneficio de la utilización del preparado antes de ser administrado. En el tratamiento con los comprimidos vaginales en las últimas 4-6 semanas del embarazo, para el saneamiento de las vías de parto cuando exista una infección por los microorganismos indicados, se recomienda prescindir del empleo del aplicador introduciéndose el comprimido directamente con el dedo, previo lavado cuidadoso de las manos. **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD DE CONDUCCIÓN Y EL USO DE MAQUINARIA:** No se han descrito. **REACCIONES ADVERSAS:** En casos aislados pueden presentarse reacciones locales pasajeras, como por ejemplo irritación, sensación de quemazón y picor, que no suelen determinar la supresión del tratamiento y son más frecuentes durante los primeros días del mismo. **SOBREDOSIFICACIÓN:** Dada la concentración del principio activo y la vía de aplicación no es posible la intoxicación ni en el caso de ingestión accidental. Si se desarrollase alguna reacción de hipersensibilidad durante su utilización, deberá suspenderse el tratamiento e instaurarse la terapia adecuada. **INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito. **NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE:** GINE-CANESTEN® 100: 6 comprimidos vaginales en blíster de aluminio y un aplicador. GINE-CANESTEN® 2%: Tubo de aluminio con 20 g de crema y 3 aplicadores vaginales desechables. GINE-CANESTEN® 500: 1 comprimido vaginal en blíster de aluminio y un aplicador. GINE-CANESTEN® 10%: Aplicador pre-rellenado con 5 g de crema. **INSTRUCCIONES DE USO:** Comprimidos vaginales: El comprimido debe ser introducido profundamente en la vagina (ver instrucciones para el uso de aplicador), estando la paciente acostada de espaldas y con las piernas ligeramente dobladas. Aplicar preferentemente por la noche. Crema vaginal: Es recomendable realizar la aplicación al acostarse en posición decúbito supino (sobre la espalda), con las piernas ligeramente dobladas. Cada aplicador del Gine-Canesten 2% se usa una sola vez. **NOMBRE Y DOMICILIO DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S. L., Av. Baix Llobregat, 3-5 08970 Sant Joan Despi (Barcelona), P.V.P. con IVA: Gine-Canesten 2%: 5,95€; Gine-Canesten 100: 5,95€; Gine-Canesten 500: 5,95€. Medicamentos sujetos a prescripción médica. No financiados por el SNS. Gine-Canesten 10%: 3,12€. Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado por el SNS. **FECHA DE REVISIÓN:** Junio 2004.

(1) Mendling. Efficacy of clotrimazol in vaginal mycosis during pregnancy and prophylaxis of yeast infection of neonate. *Maternal and Child Health*, 1996.



XIII
Curso de Formación Continua
del Grupo GEMMA



20 y 21 de Octubre

Madrid
2009

Centro de Convenciones Mapfre
Avda. Gral. Perón, 40 - Madrid



Secretaría Científica

Plaza de Herradores, 4-28013 Madrid

Tels.: 91 542 55 36

Fax.: 91 887 15 64

José Nuño. Tel.: 639 13 00 67

juno@platinum-pharma.com

pepe@pepefarma.com



Secretaría Técnica

Javier Delgado

C. Princesa, 3- 28008 Madrid

Tel.: 91 559 08 74

Fax.: 91 559 13 24

j.delgado@barceloviajes.com



TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

CONSEJERO DE REDACCIÓN

F. J. Haya

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

A. González López y A. Mora

COMITÉ CIENTÍFICO

P. Ación Álvarez
J. I. Álvarez
L. Balagueró Lladó
J. Balasch Cortina
P.N. Barri Ragué
P. del Barrio Fernández
C. Becerro de Bengoa
F. Bonilla Musoles
I. Bruna
C. Castelo-Branco
S. Carrasco Rico
E. Carreras
A. Cavero Roura
R. Comino Delgado
J. Cortés
F. Criado
I. Cristóbal
J.L. Cuadros López
J. Díaz Recasens
M. Ezcurdia Gurpegui
M. Espuña
J. Ferrer Barriendos
J. Florido Navío
P. de la Fuente Pérez
P. de la Fuente Ciruela
J. A. García Hernández
A. González González
J. J. Hernández

M. A. Huertas Fernández
J. Iglesias Guiu
J. M Laila Vicens
J.L Lanchares Pérez
R. Lanzón Lacruz
G. López García
E. López de la Osa
A. López Salvá
G. Manzanera Bueno
O. Martínez Pérez
T. Martínez Astorquiza
L. T. Mercé Alberto
J. R. De Miguel Sesmero
L. Montoya
A. Novo Domínguez
S. Palacios Gil
F. R. Pérez-López
T. Pérez-Medina
R. Sabatel López
R. Sánchez Borrego
L. Sanfrutos
L.C. Tejerizo López
J. Troyanno Luque
M. Usandizaga Calpasoro
R. Usandizaga Elio
J. A. Vidar Aragón
J. Xercavins Montosa
J. Zamarriego Crespo

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

L. Abad Martínez
J. Berzosa González
L. Cabero Roura
J.M. Dexeus Trías de Bes

S. Dexeus Trías de Bes
M. Escudero
E. Fabre González
E. Fernández Villoria

J. M. Garzón Sánchez
F. González Gómez
J. J. Parrilla Paricio
J. A. Usandizaga Beguiristain



SUMARIO

AÑO LXVIII ♦ ENERO-FEBRERO 2009 ♦ NÚMERO 702

REVISIÓN DE CONJUNTO

Manejo del quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica

Gallo JL 1

Enfermedad tromboembólica y gestación. Diagnóstico y manejo clínico

Cuenca C, Gómez C, García M, Narbona I, González E, Herrera JA 6

ARTÍCULO ORIGINAL

Infección por papillomavirus en mujeres inmigrantes

Corbacho T, Benito R, González-Navarro JV, Gil , Laborda C, Algarate S, Rubio MC, Fabre E..... 13

Morbi-mortalidad materna y fetal en pacientes con preeclampsia grave

Rubio AM, Serna MC, González-Mirasol E, Amezcua A, González de Merlo G..... 15

CASO CLÍNICO

Rotura uterina con misoprostol tras inducción de parto por muerte fetal

Blanco MP, Gómez-Álvarez S, Fernández-Mellado MJ, Carrascal E, Valdor C, De Miguel JR..... 21

Embarazo ectópico ovárico

Carabias P, Kanjou N, Tresserra F, Fáfregas R..... 23

NOTICIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Haya J..... 26



CONTENTS

LXVIII YEARS ♦ JANUARY-FEBRUARY 2009 ♦ NUMBER 702

GENERAL REVIEW

- Management of ovarian cyst in the postmenopausal woman**
Gallo JL 1
- Thromboembolic disease and pregnancy. Diagnosis and clinical management**
Cuenca C, Gómez C, García M, Narbona I, González E, Herrera JA 6

ORIGINAL ARTICLES

- Infection for papillomavirus in inmigrant women**
Corbacho T, Benito R, González-Navarro JV, Gil , Laborda C, Algarate S,
Rubio MC, Fabre E..... 13
- Maternal and fetal morby-morbidity and in women with severe preeclampsia**
Rubio AM, Serna MC, González-Mirasol E, Amezcua A., González de Merlo G 15

CLINICAL CASES

- Uterine rupture with misoprostol induction of delivery after fetal death**
Blanco MP, Gómez-Álvarez S, Fernández-Mellado MJ, Carrascal E, Valdor C,
De Miguel JR..... 21
- Ectopic pregnancy in the ovary**
Carabias P, Kanjou N, Tresserra F, FáfregasR..... 23

OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY NEWS

- Haya J..... 26



NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- Los trabajos se enviarán por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com en formato word. Las tablas podrán ir incluidas en el texto. Las imágenes deberán ir independientes del texto, teniendo cuidado de que éstas tengan suficiente calidad. Los pies de las imágenes irán en el texto, a continuación de la bibliografía. Versarán, fundamentalmente, sobre aspectos de anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica y terapéutica), epidemiología, estadística y revisiones de conjunto; todo ello de índole obstétrico-ginecológica.
- **Presentación del trabajo.** – Han de enviarse imprescindiblemente por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, y comprenderá los siguientes apartados:

1) página frontal, 2) resumen, 3) texto, 4) bibliografía, 5) pies de figura, 6) figuras. Escribir en formato Word (Mac o PC) y adjuntar las imágenes (jpg,tif o eps) que haya que reproducir. Todos los trabajos deberán ser ORIGINALES, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquéllos que, aun habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, simposios, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista.

La página frontal incluirá: a) título completo, b) nombre de autores, c) centro de procedencia, y d) señas completas del autor para correspondencia y envío de separatas.

Resumen: Máximo de 150 palabras. Será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas. Es aconsejable mandar una traducción del mismo en inglés, así como el título del trabajo.

Se indicarán las <<palabras clave>> más significativas del texto original.

Texto: Constará de los siguientes apartados: a) introducción, b) material y métodos, c) resultados, d) discusión y conclusiones.

Bibliografía: las referencias se enumerarán por orden de aparición en el texto, siguiendo estrictamente las características de los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:

De María AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Herat myxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de las revistas seguirán las características del Index Medicus

b) Libros:

Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Pies de figuras: se confeccionarán en página aparte. Se identificarán las abreviaturas empleadas por orden alfabético.

Figuras: Se enviarán DOS copias de cada fotografía o dibujo. Todas las reproducciones deben ser de alto contraste. Al dorso se señalará la posición mediante una flecha y el número de la figura. En un juego de figuras se indicará el nombre del primer autor.

- Revisiones de conjunto. – Serán libres en la manera de presentación. El objeto de la misma será siempre la PUESTA AL DÍA de un tema concreto. Tendrá carácter didáctico. Se enviará un resumen conciso de 150 palabras y su traducción al inglés. No deberán ser firmadas por más de tres autores.
- Casos clínicos. –Incluirá dos o tres ilustraciones de un caso problema con un comentario clínico de 200 palabras.
- En la sección <<Tribuna humanística>> se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropo lógico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, en la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la Revista.
- En la sección <<Crítica de libros>> se efectúan recensiones de aquellos libros que, por su interés y calidad científica y formativa, merezcan oportuno comentario, en orden a una mejor información a los lectores, de la actualidad bibliófila nacional y extranjera.
- TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA acusará recibo de los trabajos enviados, expresando su total aceptación, propuesta de modificación si así se considerase necesario, o rechazo del mismo.
- Aquellos autores cuyos trabajos hayan sido aceptados y estén pendientes de publicación, podrán solicitar a la Revista una certificación de tal circunstancia. Todo ello se efectuará mediante correo electrónico, por lo que es de especial importancia que el autor indique una dirección de contacto.
- Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se impriman en color, una vez aceptados los mismos, deberán ponerse en contacto con la Secretaría de Redacción de la Revista, para presupuestar el cargo que pueda suponer este tipo de reproducción.

Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e informáticas, cualquiera que sea su soporte, hoy existentes y que puedan crearse en el futuro.

NORMAS DE VANCOUVER

Requisitos para la remisión de manuscritos presentados a revistas biomédicas 5ª edición 1997

1-Resumen de los Requisitos técnicos

- El artículo se mecanografiará a doble espacio en su totalidad.
- Se iniciará una nueva página para cada apartado.
- Se seguirá el siguiente orden: página del título, resumen y palabras clave, texto, agradecimientos, bibliografía, tablas (cada una en una página distinta), y leyendas.
- Las figuras no serán superiores a 203 x 254 mm (8 x 10 pulgadas).
- Se incluirán los permisos para reproducir material que haya sido anteriormente publicado o para hacer uso de figuras que pudieran servir para identificar a personas.
- Se enviará el documento de cesión de los derechos de autor y otros documentos que sean necesarios para la publicación.
- Se enviará el número requerido de copias del trabajo.

2-Preparación del manuscrito

Los artículos se imprimirán o mecanografiarán en papel blanco de calidad, de A4 (210 x 297 mm), con márgenes de al menos 25 mm (1 pulgada). El papel se imprimirá o mecanografiará sólo por una cara, escribiendo a doble espacio todo el artículo, incluida la página del título, el resumen, el texto, los agradecimientos, la bibliografía, las tablas, y las leyendas. Las páginas se numerarán en orden correlativo, comenzando por la página del título. Se escribirá el número de página en el ángulo superior o inferior derecho.

3-Manuscritos en disquete

Cuando se envíe el disquete los autores deberán: nombrar el fichero de forma clara, etiquetar el disquete haciendo constar el nombre y formato del fichero, suministrar información acerca del ordenador y programa utilizados.

4-Página del título

Constará lo siguiente: a) el título del artículo, que deberá ser conciso pero informativo; b) el nombre de cada autor y autora, con su rango académico más elevado y su centro de trabajo; c) el nombre del departamento e institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renuncias si las hubiera; e) nombre y dirección del autor responsable de la correspondencia sobre el manuscrito; f) el nombre y la dirección del autor al que se debe dirigir cualquier solicitud para nuevas reimpresiones, o una declaración de que las reimpresiones no se podrán obtener de los autores; g) apoyos recibidos para la realización del estudio en forma de becas, equipos, fármacos, o todos ellos; y h) un breve encabezamiento o pie en cursiva de no más de 40 caracteres (contando letras y espacios) al pie de la página del título.

5-Autoría

Todas las personas que figuren como autores deberán estar cualificadas para ello. Cada autor deberá haber tomado parte en el trabajo de manera suficiente como para responsabilizarse públicamente del contenido.

La autoría deberá basarse únicamente en: a) concepción y diseño, o análisis e interpretación de los datos; b) redacción o elaboración del borrador del artículo, o revisión crítica del contenido intelectual relevante; c) visto bueno definitivo de la versión a publicar. Deben cumplirse todas las condiciones anteriores.

El orden en el que aparecen los autores deberá ser una decisión conjunta de los coautores.

6-Resumen y Palabras Clave

La segunda página deberá constar de un resumen (no más de 250 palabras). En el resumen se harán constar los propósitos del estudio o investigación, procedimientos básicos, hallazgos más importantes y las conclusiones principales. Deberán destacarse las observaciones y aspectos más novedosos y relevantes del estudio.

Tras el resumen, de 3 a 10 palabras clave o frases cortas que ayudarán a la hora de indizar el artículo en las bases de datos. Se deberán utilizar los términos del Index Medicus.

7-Introducción

Debe contener el propósito del trabajo para la realización del mismo. Sólo se darán las referencias estrictamente oportunas y no incluirá datos o conclusiones del trabajo que se está publicando.

8-Métodos

Se hará una clara descripción de la selección de los sujetos que intervienen en la investigación (pacientes o animales de laboratorio, incluyendo los controles). Se identificarán la edad, sexo, y otras características relevantes de las personas que sean objeto de investigación. La definición y relevancia de la raza y la etnia son ambiguas. Los autores deberán ser especialmente cuidadosos a la hora de usar estas categorías.

Se identificarán los métodos, aparatos y los procedimientos utilizados con detalle suficiente como para permitir a otros profesionales reproducir la investigación. Se facilitarán las referencias de los métodos, incluidos los métodos estadísticos y se suministrarán referencias y breves descripciones de los métodos que aunque ya estén publicados no sean muy conocidos; se describirán los métodos nuevos o sustancialmente modificados y se darán las razones para utilizarlos, evaluando sus limitaciones. Se identificarán con precisión todos los fármacos y productos químicos utilizados.

Los informes sobre ensayos clínicos realizados de forma aleatoria deberán presentar información referente a los principales elementos del estudio, incluyendo el protocolo, asignación de las intervenciones y el sistema de enmascaramiento empleado (ciego).

Los autores que envíen revisiones deberán incluir una sección que describa los métodos empleados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar la información.

9-Ética

Según los criterios éticos del comité responsable de experimentación humana y la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983; no se incluirán los nombres de los pacientes, iniciales o números que les hayan sido asignados en los hospitales, especialmente si se trata de material ilustrativo.

10-Estadísticas

Se describirán los métodos estadísticos con detalle suficiente como para permitir a los lectores entendidos en el objeto de estudio con acceso a la información original, verificar los

resultados. Hay que evitar apoyarse únicamente en las pruebas de hipótesis estadísticas, como el uso de valores "p" puesto que omite información cuantitativa importante. Hay que justificar la elección de los sujetos que participan en la investigación, detallar la aleatorización, informar sobre las posibles complicaciones de la intervención, número de observaciones, pérdida de sujetos, (tales como las bajas en un ensayo clínico).

11-Resultados

En el texto, las tablas y las figuras, los resultados se presentarán en un orden lógico. No se debe repetir en el texto la información de las tablas o figuras; se destacarán o resumirán sólo las observaciones relevantes.

12-Discusión

Se destacarán los aspectos nuevos y relevantes del estudio, así como las conclusiones que de ellos se derivan. Hay que evitar repetir de forma detallada información u otro material ya facilitado en la Introducción o en el apartado de Resultados.

Las conclusiones se vincularán a los objetivos del estudio y se evitará realizar afirmaciones no cualificadas y conclusiones que no estén plenamente respaldadas por los datos. Cuando sea conveniente se incluirán recomendaciones.

13-Agradecimientos

En un lugar adecuado del artículo (en una nota al pie de la página del título o en un apéndice; consultar las normas de cada revista) se podrán incluir una o varias declaraciones especificando: a) las colaboraciones de personas que merezcan reconocimiento pero que no justifican su aparición como autor, como puede ser el apoyo general de un jefe de departamento; b) los agradecimientos a la ayuda técnica; c) los agradecimientos al apoyo económico y material, especificando la naturaleza del apoyo; d) las relaciones que pudieran plantear un conflicto de intereses.

14-Referencias bibliográficas

Las referencias se numerarán de manera correlativa según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto. Se identificarán en el texto, tablas y leyendas mediante números arábigos entre paréntesis.

Es conveniente evitar citar como referencia los resúmenes presentados en congresos u otras reuniones. Las alusiones a trabajos admitidos para su publicación pero aún no publicados deberán aparecer como "en prensa" o "de próxima aparición".

El autor deberá comprobar las referencias cotejándolas con los documentos originales.

Artículos de Revistas

(1) Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al. (Nota: la NLM incluye un máximo de 25 autores; si hay más de 25 la NLM anota los 24 primeros, luego el último, y finalmente et al.).

15- Tablas

Imprimir o mecanografiar cada tabla a doble espacio y en hojas diferentes. No enviar las tablas en fotografía. Se numerarán correlativamente según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto y se asignará un título breve a cada una. Cada columna llevará un título escueto o abreviado. Las explicaciones irán en notas a pie de página, no en los títulos. Todas las abreviaturas no estándar que se usen en las tablas serán explicadas en notas a pie de página. Cada tabla deberá ser mencionada en el texto.

16-Figuras (ilustraciones)

Se enviarán el número necesario de juegos completos de figuras. Estas deberán estar dibujadas y fotografiadas de manera profesional; no se admite la rotulación a mano alzada o mecanografiada. En lugar de dibujos originales, películas de rayos X, y otro tipo de materiales, es necesario enviar fotografías nítidas, en blanco y negro y reveladas en papel satinado, normalmente de 127 x 178 mm (5 x 7 pulgadas), pero nunca mayores de 203 x 254 mm (8 x 10 pulgadas). Las letras, números, y símbolos deberán ser claros y uniformes a lo largo de todo el trabajo; y los títulos y explicaciones detalladas se incluirán en las leyendas de las figuras y no en las propias figuras.

Cada figura deberá llevar una etiqueta pegada en el reverso que indique el número de la misma en el texto, el nombre del autor y cual es la parte superior de la misma.

Las fotografías tomadas a través de un microscopio deberán tener indicadores internos de escala.

Para las figuras en color, hay que informarse de si la revista pide negativos en color, diapositivas o copias en papel. Podría resultar de utilidad para el director recibir dibujos suplementarios que indiquen la zona a reproducir de las figuras. Algunas revistas sólo publican figuras en color si el autor se hace cargo del coste extra que ello supone.

17-Epígrafes o pies de las figuras

Mecanografiar o imprimir los epígrafes y pies de las figuras a doble espacio, en una página a parte, con la numeración arábiga que corresponda a la figura

18-Unidades de medida

Las medidas de longitud, altura, peso, y volumen serán expresadas en unidades métricas (metros, kilogramos o litros, o sus múltiplos decimales).

Las temperaturas se indicarán en grados Celsius. La presión sanguínea se indicará en milímetros de mercurio. Todos los valores hemáticos o bioquímicos se presentarán en unidades del sistema métrico decimal de acuerdo con el Sistema Internacional de Unidades (SI)..

19-Abreviaturas y símbolos

Se utilizarán sólo abreviaturas estándar, evitando su uso en el título y en el resumen. Cuando se emplee por primera vez una abreviatura irá precedida del término completo al que corresponde, salvo si se trata de unidades de medida común.

20- Remisión del trabajo a la revista

Enviar el número pertinente de copias del trabajo en un sobre resistente, protegiendo, si fuera necesario, las fotografías y figuras con una cartulina, para evitar que se doblen.

Se acompañarán los trabajos con una carta de presentación firmada por todos los autores.

Editorial

La inabarcabilidad de la especialidad o la obligatoria elección del obstetra-ginecólogo

Prof. J. Bajo Arenas

La Obstetricia y Ginecología es una especialidad amplia y variada, tal y como reza en la definición de la Comisión Nacional de la especialidad. Esta característica se agudiza, se incrementa, a medida que se avanza en conocimientos y pasan los años, de tal manera que nos arrastra de forma inexorable, a los que la ejercemos actualmente, a la percepción de lo que podríamos denominar "inabarcabilidad". Este nuevo concepto, es para nosotros un sentimiento que nos produce cierto desasosiego, sobre todo a mis coetáneos, que somos fedatarios de maestros, que cuando nos iniciábamos, eran capaces de alcanzarla y dominarla en su totalidad. Ahora la marea ha cambiado y nos orilla a otras actitudes y decisiones a veces difíciles, las más, cuando menos, complicadas. La residencia en nuestra especialidad, dura cuatro años, pese a los fallidos intentos que hemos hecho por aumentarlos a cinco. Debería dar, aún en el más remoto hospital acreditado, un barniz suficiente para solventar con criterio los quehaceres diarios, inherentes al ejercicio obstétrico-ginecológico tradicional y habitual. Es, una vez obtenida la especialización cuando empieza otra fase consistente en el trabajo a desempeñar cada día. De elección para unos, de obligación para otros, dependiendo de lo que su suerte, su índole y su formación, le deparen. Esto ya lo expresaba Pascual Duarte en el inicio de sus memorias:

"Los mismos cueros tenemos todos los mortales al nacer y sin embargo cuando vamos creciendo, el destino se complace en variarnos como si fuésemos de cera y en destinarnos por sendas diferentes"

La mayoría de los iniciados tendrán como Norte un puesto fijo en la Administración, con sus guardias como estandarte indeleble y con salario consolidado, en el que ejercer las dos caras de la especialidad obstetricia y ginecología. Otros realizarán las mismas tareas pero dentro de entidades privadas que hoy en día ofrecen oportunidades atractivas y bien organizadas, quizás con mejores perspectivas de honorarios. Unos cuantos renunciarán "ad initium" a la obstetricia para dedicarse íntegramente a la ginecología. En ella existen santuarios (reproducción asistida, contracepción, menopausia, prevención) capaces desde el principio de dar conformidades, aunque sea a costa de abandonar prematuramente (tarde o temprano lo harán casi todos) la asistencia a los partos. Otros, los menos, dispondrán de recursos, tiempo y condiciones familiares para completar su formación en centros muy especializados extranjeros. Esta opción, que antes planteaba dudas respecto al regreso a la patria, se han visto en el momento actual solventadas, por la abundante oferta de trabajo, que

asegura cuando menos un empleo al retorno a casa. La sección de oncología de la SEGO y el grupo de trabajo en reproducción, junto con la SEF, han ofertado ya este año becas, para ese inicio tímido de super-especialización que el Ministerio de Sanidad no parece querer arrancar. El obstetra-ginecólogo de ejercicio libre, individual y clientela particular, es como el lince gris, una especie en peligro de extinción, con la diferencia de que en el primero de los casos el pronóstico es muy malo respecto a la supervivencia y en el segundo todos tenemos esperanza que sea bueno y la ralea perdure.

Llegados a este punto retomo a Pascual Duarte en sus evocaciones primeras:

"Hay hombres a los que se les ordena marchar por el camino de las flores y hombres a los que se les manda tirar por el camino de los cardos y de las chumberas"

El supuesto camino de las flores, será para los que puedan finalmente dedicarse a la rama de la especialidad que les gusta, llámese medicina perinatal, reproducción, cirugía oncológica o suelo pélvico por referirnos a las cuatro que reconoce el EBOG. Se consigue habitualmente en los grandes hospitales, probablemente tras haber pasado varios años haciendo méritos en algunas de estas secciones, a la vez que compartiendo el trabajo común de las guardias.

El camino de los cardos y las chumberas, ginecológicamente hablando, correspondería a los que pese a desearlo, nunca podrán acceder a esta súper-especialización y habrán de ejercer de ginecólogos generales, terminología ya acuñada. En absoluto hay que considerarlo un fracaso, para los que de verdad no echan de menos esa área de capacitación específica, que es la denominación oficial de la super-especialización. Dentro de la ginecología general hay labores imprescindibles llenas de contenido y que en manera alguna pueden considerarse como de segundo nivel. Es simplemente una división de funciones a la que nos obliga esta "inabarcabilidad".

Revisión de conjunto

Manejo del quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica

Management of ovarian cyst in the postmenopausal woman

Gallo JL

Jefe Sección. Profesor Asociado de la Universidad de Granada. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

RESUMEN

La presencia de quistes de ovarios simples en la mujer postmenopáusica es una patología relativamente frecuente en la práctica clínica habitual. Los quistes menores de 5 cm., sin áreas sólidas, septos o papilas, tienen una probabilidad extremadamente pequeña de malignización (0-1,9%). Para su diagnóstico, se requiere una descripción ecoestructural específica. El Doppler color es un valioso elemento para la etiquetación ecográfica de benignidad, siendo también el CA-125 fiable y útil en este colectivo de mujeres postmenopáusicas.

Su manejo conservador y expectante es una actitud posible, prudente y deseable cuando se realiza una selección precisa. La punción evacuadora ecoguiada se puede realizar en algunas circunstancias específicas (en pacientes con alto riesgo anestésico o quirúrgico) y, si no se cumplen las exigencias establecidas, el tratamiento será quirúrgico, mediante la realización de anexectomía bilateral por laparoscopia.

PALABRAS CLAVE:

Ovario. Quiste simple. Postmenopausia. Manejo .

SUMMARY

The presence of simple ovarian cysts in postmenopausal women is a relatively common disorder in clinical practice. The cysts under 5 cm., without solid areas, septa or buds have a very small probability of malignancy (0-1,9%). For his diagnosis, it requires a specific description ecoestructural. The color Doppler is a valuable asset for the labeling from benignity ultrasound, being also the CA-125 reliable and useful in this group of postmenopausal women.

His conservative and expectant management is an attitude as possible, prudent and desirable when conducting a precise selection. Evacuadora ecoguiada puncture can be done in certain specific circumstances (in patients at high risk or surgical anesthetic) and, if not met the requirements, the treatment will be surgical, by conducting bilateral annexectomy by laparoscopy.

KEY WORDS:

Ovary. Simple cyst. Postmenopausal women. Management.

INTRODUCCIÓN

El colectivo de mujeres postmenopáusicas es muy numeroso debido al aumento de la esperanza de vida para las mujeres. En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, se sitúa en 83,48 años y se calcula que alcanzará 85,1 años para el 2.020. Actualmente se estima que un tercio de las mujeres que integran los países desarrollados son postmenopáusicas y que cada mujer pasará más de un tercio de su vida en esta etapa fisiológica de la vida.

Por otro lado, se sabe que el cáncer de ovario (CO) acrecienta su frecuencia con la edad, hasta tal punto que el factor de riesgo de CO con mayor peso es, sin duda alguna, la edad, con un máximo pico de incidencia entre los 60 y 70 años. La incidencia anual de CO distribuida por grupos de edad se expresa¹ en la *Tabla I*.

TABLA I

Distribución del cáncer de ovario por grupos de edad

A la edad de 40 años.....	1 de 2.500
A la edad de 50 años	1 de 1.500
A la edad de 60 años.....	1 de 600
A la edad de 70 años.....	1 de 400
A la edad de 80 años.....	1 de 400

En ella se evidencia que, en pacientes de 50 años, solo una de 1.500 será diagnosticada de CO y, a la edad de 70 (la edad de mayor incidencia), en una de cada 400 mujeres se hallará un CO. Además, el CO constituye una grave amenaza para la salud y/o vida de la mujer

CORRESPONDENCIA:

José Luis Gallo Vallejo
Acera del Darro nº 92 3ºF
18005 Granada
e-mail:jgallo@sego.es

postmenopáusica, debido ello a que su diagnóstico, generalmente, se hace en estadios avanzados². Con los esfuerzos realizados en las últimas décadas (avances quirúrgicos y, sobre todo, quimioterápicos), la supervivencia ha mejorado algo, aunque dicho porcentaje de supervivencia global no se ha visto muy modificada³. No es de extrañar, pues, que el dicho existente de que “todo quiste de ovario que se diagnostica después de la menopausia debe ser extirpado” ha estado vigente en muchos Servicios de Ginecología, recomendándose, tradicionalmente, la ooforectomía en estos casos.

No obstante, en la actualidad, dicha máxima es errónea, pues como veremos a lo largo de esta exposición, la evidencia es que la gran mayoría de estos quistes son benignos y en muchos casos, tienen una resolución espontánea, por lo que, en casos seleccionados, como una opción posible y prudente se puede adoptar una estrategia conservadora y expectante, con un seguimiento adecuado protocolizado⁴⁻⁷.

Lo que sí es cierto que, con la ecografía transvaginal de alta resolución integrada en las consultas de Ginecología y usada complementariamente a la exploración ginecológica, la presencia de un quiste de ovario en una mujer postmenopáusica asintomática no es un hallazgo infrecuente, planteándose un auténtico reto diagnóstico y una difícil toma de decisiones. En este colectivo de mujeres postmenopáusicas cualquier incremento en el tamaño del ovario se considera patológico y debe descartarse siempre la existencia de malignidad. Es un tema, pues, controvertido, con pocas publicaciones específicas sobre el mismo; así, introduciendo en PubMed los términos “simple adnexal cysts in postmenopausal women”, solo aparecen 14 referencias bibliográficas, la más reciente de 2006.

En la práctica clínica habitual, el examen físico, la ecografía y la determinación de niveles séricos de CA-125 son las armas diagnósticas utilizadas hoy día para tratar de determinar la naturaleza benigna o maligna de una tumoración anexial⁸. El examen pélvico tiene un valor limitado, especialmente en tumores pequeños. La ecografía transvaginal ha demostrado ser de gran utilidad y puede considerarse como la mejor técnica en el diagnóstico diferencial de las masas anexiales en mujeres postmenopáusicas. Su papel en esta época de la vida es esencial, pues puede evitar una intervención inútil por una alteración quística ovárica benigna y detectar lo más precozmente posible una afectación maligna. En los últimos años se ha incorporado el Doppler color, técnica que permite el estudio de la vascularización tumoral, en un intento de mejorar la capacidad diagnóstica de la ecografía transvaginal convencional. Por otro lado, la determinación sérica del antígeno CA-125, con un valor muy limitado en la paciente premenopáusica, ha demostrado ser útil para discriminar los tumores benignos de los malignos en mujeres postmenopáusicas y con cifras > 35 UI/ml la sensibilidad de dicho marcador tumoral se acerca al 100%, con una especificidad del 50%.

La SEGO⁹, en su protocolo número 7 de endoscopia ginecológica, aconseja, ante una masa anexial, realizar una valoración morfológica de la misma mediante ecografía transvaginal y asociarle el Doppler color, por ser más sencillo y reproducible. Informa también de la importancia, en cuanto a la malignidad de la masa anexial, de la elevación del Ca-125 en la mujer postmenopáusica y, así, con un nivel de corte de 30-35 U/ml, asociado con la valoración ecográfica, alcanza una

sensibilidad del 89% y una especificidad del 73%.

En cuanto a la ecografía tridimensional, si bien es cierto que un ovario no visto en 2D (lo cual es muy frecuente en la mujer postmenopáusica) es visto posteriormente en el estudio de los volúmenes en 3D¹⁰, también hay que constatar que no hay diferencias significativas entre la ecografía en 3D y en 2D con respecto a la medida de los quistes anexiales¹¹.

Otras técnicas de imagen diagnósticas (TAC, RNM) deben reservarse para el estudio/estadiaje de tumoraciones ováricas supuestamente malignas.

Martínez Ten y cols.¹², en un magnífico trabajo publicado en 1999, al abordar este tema, se hacían las siguientes consideraciones:

- ¿Qué son los quistes simples de ovario?
- ¿Cómo es el ovario de la mujer postmenopáusica?, ¿qué características especiales tiene?
- ¿Con qué frecuencia aparecen los quistes de ovario en las mujeres postmenopáusicas?
- ¿Qué potencial de malignidad tienen los quistes simples de ovario?

A la luz de los conocimientos actuales, 9 años después de este referido trabajo, intentaremos contestar las cuestiones planteadas.

QUISTE SIMPLE DE OVARIO

Por medio de ecografía transvaginal, un quiste simple de ovario debe tener las siguientes características¹³ (Figura 1):



Figura 1: Quiste simple de ovario de 40,6 mm de diámetro máximo

- Contenido completamente líquido, de expresión anecoica, homogénea.
- Inexistencia de alguna tabicación, aunque sea única y delgada (o sea, unilocular).
- Nítida delimitación de su pared, que debe ser fina, completamente lisa y regular, a veces con sombra acústica posterior.
- Ausencia absoluta de vegetaciones, papilas o excrecencias internas o externas, por pequeñas o aisladas que éstas fueran.
- Forma redondeada
- No se debe evidenciar en el contexto de la exploración la existencia de ascitis.

A esta descripción ecográfica, se le puede añadir otros datos que nos hacen reafirmar el diagnóstico de un quiste simple de ovario, con características ecográficas de benignidad. Son éstos:

- El tamaño, que debe ser \leq a 5 cm¹⁴.
- Los hallazgos obtenidos mediante la aplicación del Doppler color, fundamentalmente la carencia de vascularización intratumoral y pared con privación de mapa color o escaso, todo ello característico de las tumoraciones benignas¹⁵. Por el contrario, la existencia de zonas de neovascularización, con bajas resistencias vasculares, tiene una sensibilidad, para el diagnóstico de malignidad, del 90-100%, con una especificidad del 83-100%. En definitiva, el Doppler puede ser útil, pero debe ser una exploración añadida y complementaria al estudio morfológico ecográfico.

A la hora de hacer un diagnóstico de quiste simple de ovario, es importante hacer un diagnóstico diferencial con situaciones (presencia de gases en sigma o ciego, existencia de un globo vesical,...) que fácilmente pueden confundirnos con masas quísticas¹⁶.

EL OVARIO DE LA MUJER POSTMENOPÁUSICA

En la postmenopausia el ovario se atrofia, por lo cual debe ser sospechoso el hecho de poder palparlo durante la exploración clínica. Ecográficamente, es de forma ovoide, aplanado, con ausencia de formaciones foliculares. Su volumen medio, que requiere la medición de sus tres ejes, es de 5,8 cm³, intermedio entre la niña en la premenarquia (3 cm³) y la mujer en edad reproductiva (9,8 cm³). Dicho volumen ovárico ha resultado ser un marcador sensible y específico del estado postmenopáusico¹⁷. Debido a su pequeño tamaño y obesidad, a veces, de la paciente, no siempre es posible visualizarlo, por lo que, en esas circunstancias, es útil asociar un estudio ecográfico abdominal suprapúbico a la ecografía transvaginal. Como ya se ha referido, la aplicación de la ecografía 3D permite visualizar el ovario que no se ha podido identificar en ecografía 2D.

En términos generales existe consenso en admitir que, si tras un estudio cuidadoso y satisfactorio no es posible visualizarlos, se debe interpretar como ausencia de patología.

FRECUENCIA DE LOS QUISTES DE OVARIO SIMPLES EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA

Diversos estudios sitúan la prevalencia de quistes de ovario en la mujer postmenopáusica entre un 3 y un 6%, aunque, incluso, han sido informados porcentajes más altos (14-17%). Dørum et al.¹⁸, en 243 autopsias realizadas en mujeres postmenopáusicas fallecidas por causas no ginecológicas, hallaron quistes ováricos en 36 de ellas (15,4%). Entre nosotros, Castillo et al.¹⁹ hallan una prevalencia de 2,5%. Estas diferencias pueden ser explicadas fundamentalmente por dos factores: por el número total de mujeres examinadas y por un criterio, el máximo tamaño del quiste para ser incluido, que en las diversas series aportadas varía entre 5 y 10 cm. No representan, pues, una patología excepcional, habiéndose demostrado que los quistes en este grupo de mujeres asintomáticas pueden permanecer durante mucho tiempo, crecer, decrecer o desaparecer²⁰. A este respecto, se ha informado de que, en el caso de quistes simples pequeños y uniloculares, hasta un 60-70% de ellos desaparecerán espontáneamente²¹.

Hay dos factores que, potencialmente, podrían afectar a la prevalencia del quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica:

- El tiempo transcurrido desde la menopausia, por la posible actividad ovárica residual tras el cese definitivo de la menstruación. Sin embargo, datos de diversos autores^{19,22,23} revelan que la prevalencia de los quistes no está relacionada con el tiempo transcurrido desde la menopausia.
- El uso de terapia hormonal sustitutiva. Hay datos contradictorios y así, Bar-Hava²⁴ y Wolf²² no hallan ninguna relación entre el uso de terapia hormonal y la prevalencia de quistes simples de ovario en la postmenopausia, mientras que Modesitt et al.²⁵, en un trabajo más reciente, sí encuentra una correlación significativa.

POTENCIAL DE MALIGNIDAD DE LOS QUISTES SIMPLES DE OVARIO

No es conocido el porcentaje exacto; hay estudios antiguos realizados en los años ochenta con ecografía abdominal en los que estimaban el riesgo de malignidad en quistes menores de 5 cm. entre un 3 y un 8%. Hoy se sabe que las lesiones quísticas menores de 5 cm., sin áreas sólidas, septos o papilas tienen una probabilidad extremadamente pequeña de malignizarse (0-1,9%). Basándose en la evolución natural de más de 3.000 quistes ováricos uniloculares identificados en mujeres postmenopáusicas de 10 cm. o menos de diámetro, Modesitt et al.²⁵ calcularon un riesgo de neoplasias malignas inferior al 0,1% con un intervalo de confianza del 95%. En los raros quistes uniloculares de pared fina que finalmente resultaron ser malignos (generalmente borderline) se identificaron proyecciones papilares o tabiques durante el seguimiento. En el trabajo de Dorum et al.¹⁸, del total de quistes de ovario encontrados (36) en las autopsias de las 243 mujeres postmenopáusicas, todos ellos fueron benignos, excepto en una mujer, que presentaba un tumor borderline. Kaymak et al.²⁶, encuentran que, en 114 mujeres postmenopáusicas asintomáticas que fueron sometidas a laparotomía por quistes anexiales, solo en el 1,66% de aquellas pacientes diagnosticadas de quistes simples se halló una lesión maligna.

CONDUCTA

Este bajo riesgo de malignidad ha hecho cambiar la conducta, pudiendo adoptar una conducta expectante y de seguimiento, evitando en muchos casos la cirugía, pues, aunque en la mayoría de los hospitales, la extirpación de los quistes anexiales por vía laparoscópica es relativamente segura, no está exenta de riesgos²⁷.

En la mujer postmenopáusica con quiste simple de ovario asintomático, la conducta es la siguiente²⁸.

- Quistes simples uniloculares < 5 cm (con doppler negativo):
 - Repetir la ecografía transvaginal a los 3 y 6 meses (muchos desaparecerán).
 - Si persisten, realizar un CA-125 y, si éste es normal (< 35 UI/ml), revisión a los 6 meses y luego anual.
- Criterios flexibles si la paciente va a incumplir la vigilancia ecográfica o cuando está indicada la cirugía por otra causa.
- Pacientes con historia familiar de cáncer de ovario, de mama o de colon, y con estudio ecográfico no enteramente satisfactorio:

laparoscopia quirúrgica (anexectomía bilateral).

- Pacientes con antecedentes de patología ovárica benigna, sangrado o dolor ipsilateral: laparoscopia quirúrgica (anexectomía bilateral).

La PUNCIÓN EVACUADORA ECOGUIADA de un quiste simple²⁹ se justifica ante mujeres postmenopáusicas con alto riesgo anestésico (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial grave, diabetes grave, hemiplejía,...) o quirúrgico (varias laparotomías previas, "pelvis congelada" por endometriosis, obesidad severa,...) o con cierta sintomatología ("molestia abdominal", con cierta ansiedad). Dicha punción ecoguiada se hará con fines diagnósticos y terapéuticos y el líquido extraído se examinará desde el punto de vista citológico, endocrinológico, microbiológico y marcadores tumorales. La punción se hará siempre en quistes < 10 cm³⁰ (incidencia de malignidad en quistes > 10 cm del 11%) y, tras la misma, es obligatorio hacer controles ecográficos a los 3, 6 y 12 meses. Dicha técnica no requiere anestesia y, si se hace una selección cuidadosa de los casos, puede considerarse una técnica ambulatoria segura y sencilla³¹. No se debe insistir en las recurrencias quísticas postpunción.

Las INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO durante el seguimiento de un quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusica son las siguientes:

- Incremento del tamaño
- Desarrollo de componentes sólidos
- Fluxometría Doppler anormal
- CA-125 elevado
- Paciente que desea extirpación del quiste
- No obediencia, conformidad con el seguimiento ecográfico

Conclusiones

- La presencia de quistes de ovarios simples en la mujer postmenopáusica es una patología relativamente frecuente en la práctica clínica habitual.
- Los quistes menores de 5 cm., sin áreas sólidas, septos o papilas, tienen una probabilidad extremadamente pequeña de malignización (0-1,9%).
- Para su diagnóstico, se requiere una descripción ecoestructural específica.
- El Doppler color es un valioso elemento para la etiquetación ecográfica de benignidad.
- El CA-125 es fiable y útil en la postmenopausia.
- Su manejo conservador y expectante es una actitud posible, prudente y deseable cuando se realiza una selección precisa.
- La punción evacuadora ecoguiada se puede realizar en algunas circunstancias específicas.
- Si no se cumplen las exigencias establecidas, el tratamiento será quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parker WH, Shoupe D, Broder MS, et al. Elective oophorectomy in the gynecological patient: when is it desirable? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2007; 19:350-354.
2. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics 2001. *Cancer J Clin* 2001; 51:15-36.
3. Petterson F. Annual FIGO Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer, vol. 22. Stockholm: Repro Print; 1995, p83-102.
4. Aubert JM, Rombaut C, Argacha P, Romero F, Leira J, Gómez-Bolea F. Simple adnexal cysts in postmenopausal women: conservative management. *Maturitas* 1998; 30:51-54.
5. Oyelese Y, Kueck AS, Barter JF, Zalud I. Asymptomatic postmenopausal simple ovarian cyst. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57(12):803-809.
6. Nardo LG, Kroon ND, Reginald PW. Persistent unilocular ovarian cyst in a general population of postmenopausal women: is there a place for expectant management? *Obstet Gynecol* 2003; 102:589-593.
7. Valentin L, Skoog L, Epstein E. Frequency and type of adnexal lesions in autopsy material from postmenopausal women: ultrasound study with histological correlation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;22(3):284-289.
8. Guerrero S, Ajossa S, Lai MP, Alcázar JL, Paoletti AM, Marisa O, Melis GB. Diagnóstico de quistes ováricos funcionales combinando la ecografía transvaginal con los parámetros clínicos, determinación de CA 125 y Doppler color. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (Ed. Española) 2003;3:385-390.
9. Protocolos SEGO. Tratamiento laparoscópico de las masas anexiales. Protocolo nº 7 de endoscopia ginecológica. *Prog Obstet Ginecol* 2006;49(7):410-414.
10. Benacerraf BR, SIP TD, Bromley B. Improving the efficiency of gynaecologic sonography with 3-tridimensional volumen. A pilot study. *J Ultrasound Med* 2006; 25:165-171.
11. Mercé LT, Alcázar JL, Barco MJ, Bau S, Sabatel R, Troyano JM, Bajo JM. ¿Puede la ecografía tridimensional cambiar la exploración ecográfica ginecológica en nuestro medio? *Prog Obstet Ginecol* 2008;51(5):256-264.
12. Martínez Ten P, Ramírez-Mena, M, Montalvo J, Gómez ML, Barrón EM, Costales C, Escudero M. Valoración con sonda vaginal del ovario en la menopausia. Diagnóstico y seguimiento de los quistes simples asintomáticos. *Acta Obstetricia et Ginecológica* 1999; 12,5:269-276.
13. Gallo Vallejo JL. Ecografía en Ginecología. En: *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. Edit: Mas M, Puertas A, Montoya F. Granada 2008; pp91-128.
14. Bermejo Gascón A. Quistes simples de ovario en la postmenopausia. *Prog Diag Prenat* 2000; 12,6:462-467.
15. Ecografía de la patología ovárica benigna. En: *Ecografía Práctica en Obstetricia y Ginecología*. Curso básico de Ecografía. SESEGO. Edit: Escuela Española de Ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología. Madrid, 2004; pp 247-251.
16. Miralles R, De la Flor M, Pla F. Manejo de la masa anexial en la mujer climatérica. En: *La salud en la mujer climatérica: Ginecología basada en la evidencia*. Pérez-López F. (editor). Zaragoza: Instituto Ginecológico de Zaragoza, 2003. pp 65-76.
17. Flaws JA, Rhodes JC, Langerberg P, Hirshfield D, Kjeruff K, Shara FI.

- Ovarian volume and menopausal status. *Menopause* 2000; 7:53-61.
18. Dørum A, Blom GP, Ekerhovd E, Granberg S. Prevalence and histologic diagnosis of adnexal cysts in postmenopausal women: an autopsy study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192,1:48-54.
 19. Castillo G, Alcázar JL, Jurado M. Natural history of sonographically detected simple unilocular adnexal cysts in asymptomatic postmenopausal women. *Gynecologic Oncology* 2004; 92:965-969.
 20. Valentin L, Akrawi D. The natural history of adnexal cysts incidentally detected at transvaginal ultrasound examination in postmenopausal. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20, 2:174-180.
 21. McDonald JM, Modesitt SC. The incidental postmenopausal adnexal mass. *Clin Obstet Gynecol* 2006;49(3):506-516.
 22. Wolf SI, Gosink BB, Feldesman MR, Lin MC, Stuenkel CA, Braly PS, et al. Prevalence of simple adnexal cysts in postmenopausal women. *Radiology* 1991; 180:65-71.
 23. Levine D, Gosink BB, Wolf SI, Feldesman MR, Pretorius DH. Simple adnexal cysts: the natural history in postmenopausal women. *Radiology* 1992;184(3):653-659.
 24. Bar-Hava I, Orvieto R, Vardimon D, Manor Y, Weissman A, Nelinger R, et al. Ovarian cysts and cyclic hormone replacement therapy: is there an association? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:563-566.
 25. Modest SC, Pavlik EJ, Ueland FR, DePriest PD, Kryscio RJ, van Nagell JR. Risk of malignancy in unilocular ovarian cystic tumors less than 10 centimeters in diameter. *Obstet Gynecol* 2003; 102:594-599.
 26. Kaymak O, Ustünyurt E, Okyay RE, Kalyoncu S, Mollamahmutoglu L. Role of transvaginal sonography and serum Ca-125 values in determining the nature of the postmenopausal ovarian cysts. *Journal of the Turkish German Gynecology Association Artemis* 2006;7,1:24-28.
 27. Canis M, Botchorishvili R, Manhes H, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, Burhat MA. Management of adnexal masses: role and risk of laparoscopy. *Semin Surg Oncol* 2000; 19:28-35.
 28. Gallo JL. Quiste simple de ovario en la mujer postmenopáusic. En: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecología/restringida/protocolos_asistenciales.php. Protocolos asistenciales de Ginecología General. 2004
 29. Mathevet P, Dargent D. Role of ultrasound guided puncture in the management of ovarian cysts. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30 (1 Suppl):S53-58.
 30. Troyano JM, Clavijo MT, Padrón E, Marco OY, Gómez-Friero M, Parache J. Ecografía intervencionista. Punción aspiración ecoguiada de masas pélvicas. En: *Ultrasonografía Ginecológica. Guía práctica*. Bajo Arenas JM. 1999; pp 373-394.
 31. Procedimientos invasivos en ecografía ginecológica. En: *Ecografía Práctica en Obstetricia y Ginecología. Curso básico de Ecografía SESEGO*. Edit.: Escuela Española de Ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología. Madrid, 2004; pp 291-300.

Revisión de conjunto

Enfermedad tromboembólica y gestación. Diagnóstico y manejo clínico

Thromboembolic disease and pregnancy. Diagnosis and clinical management

Cuenca C, Gómez C, García M, Narbona I, González E, Herrera JA

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Materno Infantil, CRU Carlos Haya. Málaga

RESUMEN

La embolia pulmonar es la causa principal de mortalidad materna, más de la mitad de las muertes provocadas por una embolia pulmonar durante el embarazo son de origen trombótico. Las mujeres expuestas al riesgo de desarrollar una trombosis pueden ser identificadas y tratadas con un régimen profiláctico anticoagulante durante el embarazo.

Los progresos de los métodos diagnósticos por imágenes no invasivos, el alto grado de sospecha diagnóstica y los avances de los regímenes profilácticos pueden contribuir a reducir la incidencia de esta temida complicación del embarazo.

PALABRAS CLAVES

Enfermedad tromboembólica venosa. Embolismo pulmonar. Embarazo.

SUMMARY

Pulmonary embolism is the first cause of maternity mortality; in most cases, pulmonary embolism deaths during pregnancy are promoted for venous thrombosis. Carrier women of risk thrombotic factors can be identified and treated with prophylaxis regimens of anticoagulation in pregnancy. The progress of non-invasive diagnostic tests, the high diagnostic suspicion and major advances in prophylaxis therapy may reduce the incidence of this serious pregnancy complication.

KEY WORDS

Venous thromboembolic disease. Pulmonary embolism. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos y anatómicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los fenómenos tromboembólicos^{1,2}.

Las enfermedades venosas tromboembólicas, entre las que tenemos la tromboflebitis superficial y profunda, la embolia pulmonar, la tromboflebitis pélvica séptica y la trombosis, explican prácticamente la mitad de toda la morbilidad obstétrica.

La enfermedad tromboembólica es más frecuente durante el embarazo, la probabilidad de tromboembolismo venoso en un embarazo y puerperio normales se multiplica por cinco en comparación con las mujeres no gestantes del mismo grupo de edad. La importancia radica en que una trombosis venosa profunda no tratada se asocia a un 15 a 25% de incidencia de embolia pulmonar, con un 12 a 15% de mortalidad.

La verdadera incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) es desconocida^{5,6,7} varios estudios retrospectivos de calidad media han encontrado una tasa entre 0.26-0.7% (1 caso de TVP por cada 1500-3000 embarazos)^{8,9,10}.

Cómo una patología tan infrecuente, continúa siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, lo que se debe a una atención probablemente subóptima: fallo en la identificación de los factores de riesgo trombótico, fallo en establecer una profilaxis adecuada y, con frecuencia, fallo en establecer un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de enfermedad tromboembólica. Por lo que es importante mantener un alto grado de sospecha clínica de embolismo pulmonar durante la atención médica de la mujer embarazada.

En 1856, Virchow describe que la trombosis intravascular surgía de la combinación de tres elementos: un estasis venoso, una alteración en la pared de los vasos, y un estado de hipercoagulabilidad, circunstancias éstas que aparecen de forma fisiológica en la gestación¹. Por lo que el embarazo supone ya en sí mismo una situación de aumento de riesgo trombótico.

En la gestación se produce un aumento de los factores procoagulantes como el factor de Von Willebrand, el factor VIII, el factor V y el fibrinógeno. Junto a ello, un aumento de resistencia a la acción de los anticoagulantes endógenos, la proteína C activada y una reducción en la proteína S. Estos cambios se asocian a una disminución de la fibrinólisis a través de un aumento del inhibidor de la activación del

CORRESPONDENCIA:

Dra. C. Cuenca Marín.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Materno Infantil. Carlos Haya, Málaga.

C/ Arroyo de los Ángeles s/n. C.P 29011. Málaga. España

Correo electrónico: cecuman2@yahoo.es

plasminógeno 1 y 2. Estos mecanismos tienen como objetivo asegurar la hemostasia tras el parto. El estasis venoso se produce precozmente (a finales del primer trimestre) y alcanza su máximo hacia el término. Finalmente, la lesión de los vasos sanguíneos puede acontecer durante el parto, tanto sea vaginal como cesárea.

McColl y cols.⁹, en un estudio epidemiológico publicado en 1997 identificaron los factores de riesgo de tromboembolismo venoso asociados a la gestación, entre los que se encuentran los expuestos en la *Tabla I*.

TABLA I
Factores de riesgo de tromboembolismo venoso asociados a la gestación

- Edad materna >35 años
- Cesárea, mayor si intraparto
- Obesidad
- Trombofilia
- Antecedentes de enfermedad tromboembólica
- Multiparidad (> 3 partos)
- Excesiva pérdida sanguínea
- Síndrome varicoso importante
- Infección o proceso inflamatorio actual
- Preeclampsia
- Inmovilidad
- Problemas médicos significativos
- Deshidratación
- Paraplejía

La revisión que hemos elaborado acerca de la enfermedad tromboembólica, centrándonos principalmente en el embolismo pulmonar, nos pareció interesante realizarla a raíz del caso clínico que tuvimos este año en nuestro hospital. Se trataba de una gestante de 29 años con antecedentes personales de hipotiroidismo, no fumadora, que relata episodios de acrocianosis y frialdad distal de extremidades de 2 años de evolución no estudiado. Entre sus antecedentes obstétricos gestación hace 7 años de curso normal que finalizó con un parto eutócico.

La gestación actual de curso normal hasta semana 27+5 que acude a urgencias por disnea progresiva de 4 meses evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Refiere que un mes antes presentó un cuadro de tumefacción, dolor y enrojecimiento extremidad inferior derecha. Se decide ingreso para control y estudio. Al realizar las pruebas complementarias (Hemograma, Coagulación, Dímero D 1140, Gasometría compatible con alcalosis respiratoria compensada, Gammagrafía Ventilación-Perfusión compatible con TEP izquierdo y sugiere HTP, Radiografía de tórax normal, EKG, Eco doppler MMII sin signos TVP, Eco doppler abdominal normal, Ecocardiografía que confirma HTP) se diagnóstica de embolismo pulmonar izquierdo con hipertensión pulmonar (HTP) secundaria. Comienza tratamiento con anticoagulantes a dosis terapéuticas y se encuentra hemodinámicamente estable.

En semana 31+1 comienza con metrorragia mayor que regla, en ecografía placenta con mínima imagen despegamiento por lo que se

decide cesárea por DPPNI. Se obtiene feto vivo mujer de 1.475 gramos que requiere intubación y traslado a UNCI con buena evolución posterior. La paciente en el postoperatorio se encuentra hemodinámicamente estable, pero continua con disnea mínimos esfuerzos. Se realiza AngioTAC en el que se observa defectos de repleción a nivel de arterias subsegmentarias basales derechas y derrame pleural bilateral, nuevo ecocardiografía que nos confirma una HTP severa. Por lo que ante la situación de disnea de reposo y la severa HTP se decide cateterismo derecho e inicio de tratamiento con epoprostenol (prostaglandina con acción antiagregante y vasodilatadora) en perfusión endovenosa. Con el tratamiento refiere menos disnea que previamente, incluso tolera con buena saturación, la retirada de oxigenoterapia nasal.

Dada la sospecha de posible Síndrome antifosfolípido/lupus por la presencia de serositis, Raynaud, TVP+TEP y trombocitopenia es valorada por servicio de Medicina Interna y Reumatología del hospital. La valoración por parte de Reumatología debido a la presencia del patrón de autoanticuerpos (ANA+, anti RNP+, ENA-, Anticardiolipina-, Anti B2GPI-), les parece un cuadro sugerente de enfermedad mixta del tejido conectivo pero aún pendiente de anticoagulante lupico para descartar SDR antifosfolípido y del estudio de hipercoagulabilidad para descartar cuadro de trombofilia de origen genético.

Ante la mejoría de la paciente con la medicación se decide alta domiciliaria y seguimiento en régimen ambulatorio, por lo que se coloca sistema port-a-cath para la medicación endovenosa con epoprostenol (Tiolan® 0.50 mg perfusión continua), tratamiento con sildenafil 20 mg y rehabilitación respiratoria.

A los 5 meses del episodio ante la buena recuperación de la paciente se decide retirar la perfusión continua de epoprostenol y continuar con la medicación vasodilatadora, con buena tolerancia. Continúa en control por servicio Medicina Interna ante el posible lupus aún no confirmado.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO

Las TVP en las formas típicas las pacientes presentan en la extremidad afecta dolor, sensibilidad, hinchazón, cordón venoso palpable, cambios de su coloración y diferencias en su diámetro. A veces puede coexistir dolor hipogástrico, puede haber febrícula y analíticamente no es excepcional la presencia de leucocitosis. Pero hay que tener presente que muchas TVP no exhiben los signos y síntomas clásicos y a esto se añade la dificultad en el diagnósticos ya que muchos de los síntomas del embarazo mimetizan los del episodio de TVP y/o TEP.

Ante una sospecha clínica fundada de TVP/TEP es suficiente para iniciar tratamiento en espera de confirmación diagnóstica. Los test diagnósticos decidirán si continuar o no el tratamiento, pero no deben retrasar su inicio.

En la *figura 1* proponemos el algoritmo diagnóstico en aquellos casos se sospeche clínicamente de una TVP.

En cuanto al tromboembolismo pulmonar el diagnóstico clínico es inespecífico y puede variar según la severidad de la obstrucción vascular y la presencia de una enfermedad cardiovascular subyacente.

Las manifestaciones clínicas del embolismo pulmonar en la gestante no son diferentes a las de la no gestante. La disnea es el síntoma más frecuente, pudiendo ser la única manifestación del embolismo

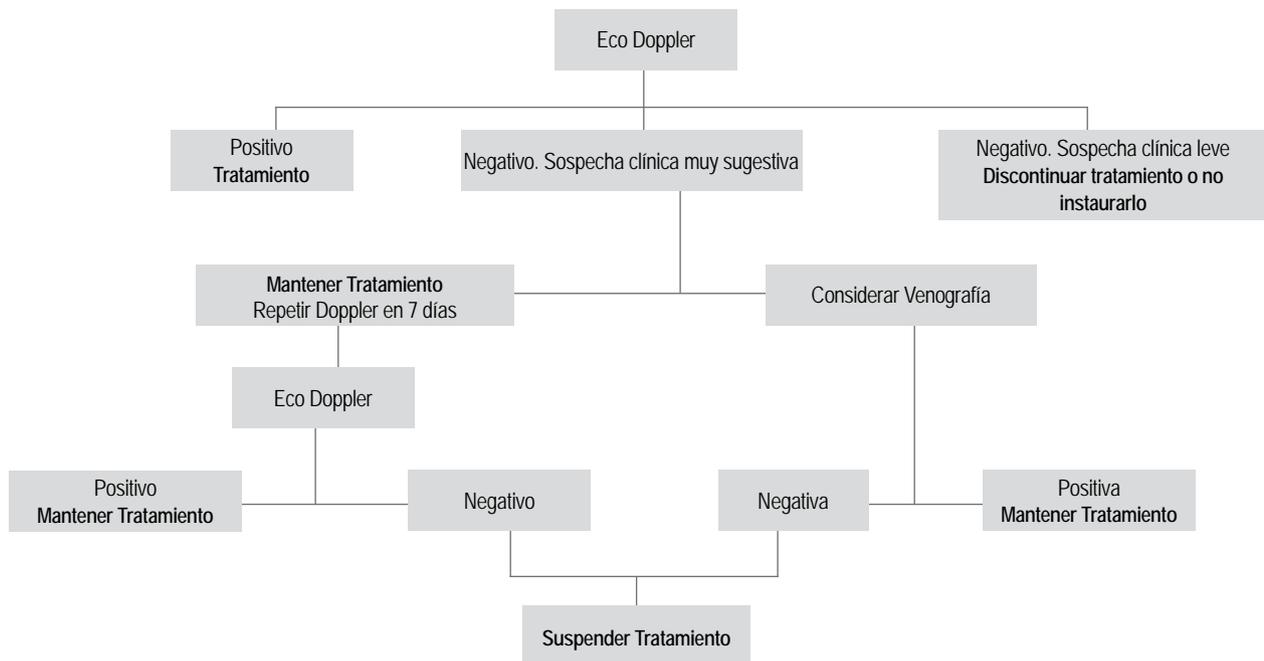


Figura 1. Algoritmo diagnóstico en pacientes con sospecha TVP.

pulmonar; se debe estar alerta para diferenciarla de la disnea no patológica frecuente en la gestante normal. El signo más frecuente es la taquipnea. La embolia pulmonar masiva (obstrucción de 2 o más arterias lobares o una obstrucción equivalente que afecte a otros vasos) se manifiesta con disnea intensa, síncope, hipotensión y cianosis. El dolor pleurítico, la tos y hemoptisis son exponente de embolismo pulmonar pequeño y distal, próximo a la pleura. No suelen estar presentes los signos clásicos de taquicardia, fiebre de bajo grado, ingurgitación de las venas cervicales o un segundo ruido cardiaco con un componente pulmonar intensificado. En las *Tablas II y III* se presentan los síntomas y signos del TEP, con su frecuencia de aparición¹¹.

La clave del diagnóstico es la sospecha clínica, basada en los hallazgos anteriores, en una paciente con los factores de riesgo descritos.

Los sistemas de puntuación clínica semicuantitativa, como el sistema de puntuación diagnóstica de Wells están siendo cada vez más utilizados; porque aunque no fue diseñado para su uso en gestantes, puede ser útil para establecer un diagnóstico asociado a pruebas complementarias. Wells y cols¹², asignaron una puntuación a cada uno de los hallazgos de la *Tabla IV*¹³.

Importante también realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas como las citadas en la *Tabla V*¹⁴.

Existe una amplia batería de pruebas diagnósticas que nos pueden ayudar en el diagnóstico del TEP. Dado que los hallazgos clínicos por lo general son leves e inespecíficos, la determinación de los niveles de gases en sangre arterial usualmente es el primer paso para confirmar el diagnóstico de embolia pulmonar. Clásicamente se habla de

TABLA II
Síntomas del TEP

- Disnea de aparición súbita (84%)
- Dolor torácico de tipo pleurítico (76%)
- Tos (50%)
- Dolor pantorrilla (39%)
- Sudoración/Ansiedad (36%)
- Hemoptisis (28%)
- Dolor no pleurítico (17%)
- Síncope (13%)
- Palpitaciones (10%)
- Dolor anginoso (1%)

TABLA III
Signos del TEP

- Taquipnea (>20 respiraciones/min.) (85%)
- Taquicardia (>100 lpm) (58%)
- Aumento del 2º tono pulmonar (57%)
- Estertores pulmonares (55%)
- Fiebre >37.5°C (50%)
- Signos de TVP extremidades inferiores (41%)
- Roce pleural (18%)
- Cianosis (18%)
- Hepatomegalia (10%)
- Reflujo hepatoyugular (5%)

TABLA IV

Sistema puntuación clínico de Wells para embolismo pulmonar

- Signos/Síntomas clínicos de TVP. *Puntuación 3*
- Sin otro diagnóstico alternativo más probable que TEP. *Puntuación 3*
- Frecuencia cardíaca >100lpm. *Puntuación 1.5*
- Inmovilización o cirugía en las últimas 4 semanas. *Puntuación 1.5*
- Antecedentes personales de TVP o TEP. *Puntuación 1.5*
- Hemoptisis. *Puntuación 1*
- Neoplasia tratada de forma activa en los últimos 6 meses. *Puntuación 1*

Probabilidad clínica de TEP 10%: Puntuación <2.

Probabilidad clínica de TEP 20-40%: Puntuación 2-6.

Probabilidad clínica de TEP 65%: Puntuación >6.

una situación de hipoxemia (PO₂ <80 mmHg) con hipocapnia (PCO₂ >30mmHg) y alcalosis respiratoria con un incremento del gradiente alveolo-arterial de oxígeno (Dao₂ >20 mmHg). Una PO₂ de más de 85 mmHg es tranquilizadora, pero no descarta la posibilidad de embolia pulmonar, pues en el 18-30% de los casos los niveles de PO₂ son normales (85-100mmHg).

La concentración de dímero D no es específica pero tiene una gran sensibilidad y valor predictivo negativo, nunca de forma aislada, siempre asociado a la clínica. Si su concentración es inferior a 500ng/ml y la sospecha clínica es baja permite descartar el TEP en el 95% de los casos y no realizar más pruebas diagnósticas¹⁴.

Otras pruebas de laboratorio también muy inespecíficas en el embarazo, pueden mostrar leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento de los productos de degradación del fibrinógeno, VSG y LDH¹⁵.

En una fase temprana del proceso diagnóstico debe obtenerse además un electrocardiograma (ECG) y una radiografía de tórax. El hallazgo más frecuente en el ECG es la taquicardia sinusal, que puede ser transitoria. La presencia de signos ECG de cor pulmonale (desviación del eje derecho [S₁Q₃T₃] e inversión inespecífica de la onda T) solamente se observa cuando el embolismo pulmonar es masivo. La radiografía de tórax (con protección abdominal durante la gestación) revela un patrón diagnóstico, con sobreelevación del hemidiafragma, atelectasia y derrame pleural, en hasta un 70% de los casos. Un 12% de las pacientes pueden presentar una radiografía de tórax normal.

Cuando se sospecha una embolia pulmonar, hemos de realizar una ecografía Doppler para identificar una TVP. Si demuestra una TVP podemos asumir que la paciente tiene realmente una EP y debemos instaurar terapia anticoagulante. Un resultado negativo no descarta patología, ya que se puede encontrar a nivel de las venas pélvicas, de difícil exploración¹⁴.

La gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión está incluida clásicamente en todos los algoritmos diagnósticos del TEP. Durante el embarazo puede realizarse con una dosis menor de 1 mCi de alúmina humana marcada con ⁹⁹Tc (en vez de ¹³¹I) para minimizar la

TABLA V

Diagnóstico diferencial TEP

- Síndrome coronario agudo
- Edema agudo pulmón
- Neumotórax
- Aneurisma disecante aorta
- Neumonía
- Exacerbación de asma o neumonía obstructiva crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Pericarditis
- Pleuritis aguda
- Taponamiento pericárdico
- Fracturas costales
- Hipertensión pulmonar primaria
- Ansiedad

exposición a las radiaciones. La observación de áreas con ventilación normal y defectos de perfusión en dicha gammagrafía, se consideran característicos de obstrucción vascular. Dependiendo del tamaño del defecto de perfusión observado y de la presencia o ausencia de patología radiológica en la misma zona, la existencia de EP se considera de alta, media o baja probabilidad¹⁶. El diagnóstico de TEP es muy improbable en las pacientes con gammagrafía normales, siendo superior al 90% cuando se tiene una gammagrafía de alta probabilidad. Una gammagrafía de intermedia o baja probabilidad no es útil para confirmar o descartar la sospecha clínica de TEP, desafortunadamente 2/3 de las pacientes pertenecen a este grupo, debiendo recurrir a otras pruebas diagnósticas.

La angiografía pulmonar es la técnica por imagen más precisa para el diagnóstico, pero los riesgos de irradiación fetal han limitado su utilización durante el embarazo. Tiene una sensibilidad y especificidad del 99%, por lo que se considera la prueba de referencia. Permite detectar émbolos de 1-2mm. Es una técnica invasiva, con morbilidad y que requiere una infraestructura compleja por lo que debemos recurrir a ella ante una sospecha elevada de EP, con pruebas de TVP y gammagrafía V/P no concluyentes. Una angiografía negativa excluye el diagnóstico de TEP¹⁶.

El TAC helicoidal es una prueba diagnóstica de elevada sensibilidad y especificidad (86-95%) contraindicada de inicio en las gestantes. Las pacientes con un TAC helicoidal negativo tienen un riesgo de desarrollar un TEP en los siguientes tres meses inferior al 2%¹⁷.

En la gestante puede utilizarse como alternativa sin radiaciones ionizantes la resonancia magnética. Actualmente no es superior al TAC, aunque al permitir valorar la función del ventrículo derecho, la puede convertir en prueba única, tanto para el diagnóstico del TEP como para conocer su efecto hemodinámico¹⁴.

Se estima que la cantidad de radiación que recibe una gestante tras la combinación de radiografía de tórax, una gammagrafía de V/P y una angiografía pulmonar con la adecuada protección es inferior a 0.5 Rad¹⁶.

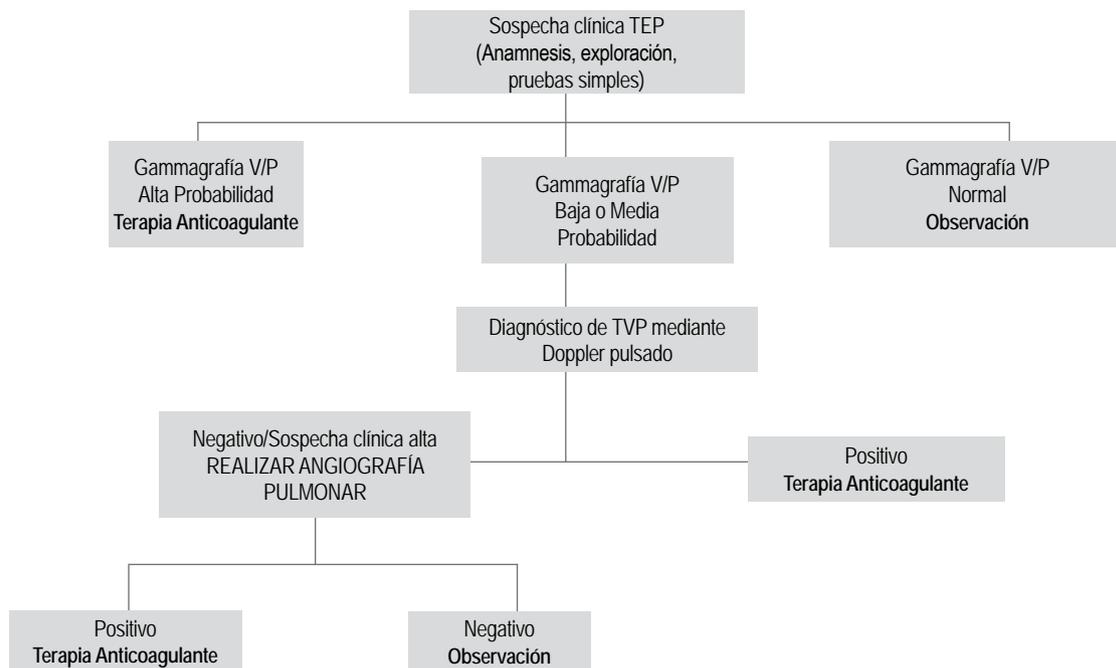


Figura 2. Algoritmo diagnóstico del TEP.

En la *Figura II* proponemos un algoritmo diagnóstico para el embolismo pulmonar en aquellos casos en que se sospeche clínicamente.

Ante la sospecha clínica de TEP debe realizarse tanto gammagrafía de ventilación perfusión como examen Doppler de ambas extremidades. El tratamiento anticoagulante debe mantenerse o iniciarse si la gammagrafía de V/Q informa de alta probabilidad de TEP. Cuando el informe indica una baja o media probabilidad y el Doppler de extremidades es positivo, el tratamiento anticoagulante debe continuarse. Si la gammagrafía de V/Q informa de bajo riesgo de TEP y el Doppler de extremidades inferiores es negativo pero existe una sospecha clínica alta, el tratamiento debe continuarse y el Doppler y la gammagrafía repetirse en una semana.

Si la probabilidad clínica es alta, aún cuando la gammagrafía muestre baja probabilidad y el examen Doppler sea negativo, no debemos excluir el diagnóstico y sí, en cambio, considerar la realización de angiografía pulmonar o TAC helicoidal si la paciente se halla en el puerperio.

Por tanto destacar que ante una sospecha fundada de EP, el cuadro es lo suficientemente grave para ingresar a la paciente en UCI e iniciar tratamiento anticoagulante mientras se confirma el diagnóstico mediante la gammagrafía V/P o la angiografía pulmonar. El 90% de las muertes por TEP se producen en un periodo de una o dos horas antes de establecer el diagnóstico y tratamiento. Los objetivos del tratamiento son: prevenir la muerte causada por la embolización pulmonar, reducir la mortalidad, y prevenir la hipertensión pulmonar.

El tratamiento anticoagulante es necesario en pacientes con enfermedad tromboembólica durante la gestación o el puerperio y se compone de una fase aguda y otra de mantenimiento.

Las medidas terapéuticas que deben ser empleadas en el trata-

miento de la fase aguda de la embolia pulmonar son:

1. **Anticoagulación:** Con heparina no fraccionada en perfusión iv. Con un bolo inicial de 10-15000 UI seguido de una perfusión continua en solución salina, de forma que se administren 15-20 UI/Kg./hora. Control de la coagulación estricto con un TPTA de 2 a 3 veces el tiempo control y un tiempo de coagulación superior a 1.5-2.5 veces¹⁶. A partir de las 48 horas se puede emplear la heparina de bajo peso molecular²⁰, que, a igual eficacia, añade la ventaja de una menor incidencia de complicaciones hemorrágicas. La dosis es de 1mg/Kg. cada 12 horas, por vía subcutánea. En general, con una dosis de 7.500 a 10.000 unidades de heparina cada 8 a 12 horas se consiguen los niveles terapéuticos. Esta terapia debería mantenerse todo el embarazo y se extiende a las seis primeras semanas del puerperio, ya que el riesgo de trombosis recurrente es alto. La utilización de anticoagulantes orales está contraindicada en el embarazo¹⁸. En el puerperio la HBPM puede sustituirse por anticoagulantes orales con el fin de mantener un INR entre 2-3. El paso de un tipo a otro de anticoagulación puede iniciarse el 2º ó 3er día del puerperio.
2. **Oxigenoterapia:** Manteniendo la PO₂ materna por encima de 70mmHg.
3. **Sedantes y analgésicos:** Meperidina o Morfina.
4. **Fármacos inotrópicos:** como dobutamina, dopamina o isoproterenol en casos de hipotensión o embolismo pulmonar masivo con insuficiencia cardiaca derecha, siendo conscientes de que pueden reducir el flujo uterino.
5. **Reposo en cama 7-15 días.**
6. **Apoyo psicológico.**

TABLA VI
Combinaciones factores riesgo. Guía PRETEMED 2003

	1	2	3	4
Procesos médicos	Embarazo/Puerperio Paresia Alteración MMII Viaje avión >6horas	Neoplasia ICC IRC Infección grave Trombofilia	EPOC descomp. ACV con plejía de MMII	IAM
Fármacos	Tamoxifeno Raloxifeno THS ACO	Quimioterapia		
Manipulaciones locales	Catéter venoso central	TVP previa Vendaje MMII		
Otros	Edad >60 años Obesidad Tabaquismo Sedentarismo	Encamamiento >4días		

Otras medidas terapéuticas son la fibrinólisis, los filtros de la vena cava inferior y la embolectomía.

La fibrinólisis se ha visto que resuelve el coágulo con más rapidez que la heparina, pero la mortalidad es la misma, el riesgo de hemorragia es mayor y el coste económico más elevado. Se indica en caso de TEP masivos e inestables; se deben realizar en las primeras 24 horas de aparición del cuadro, utilizándose estreptoquinasa, uroquinasa y activador del plasminógeno tisular¹⁴. Hay una experiencia muy limitada sobre el uso de estos agentes durante el embarazo, y deben reservarse para circunstancias de importante inestabilidad hemodinámica en una paciente con una embolia pulmonar. Cuando se usan agentes fibrinolíticos durante el embarazo, hay un riesgo de hemorragia posparto del lecho placentario.

Cuando hay una embolia pulmonar recurrente a pesar de una anticoagulación adecuada, está indicada la interrupción de la vena cava inferior mediante ligadura, plicación, pinzamiento o inserción de un filtro.

La embolectomía urgente está indicada en las pacientes con un trombo en las cavidades derechas o en el foramen oval, las embolias masivas alojadas en la arteria pulmonar principal, o en pacientes con embolismo pulmonar masivo donde no se puede mantener la tensión arterial a pesar del tratamiento trombolítico ni vasopresor¹⁶.

El trabajo de parto debe ser individualizado en función del estado general de la paciente, el riesgo de recurrencia del TEP, y el tiempo transcurrido desde el episodio agudo. En la gestante con la fase aguda resuelta, sin secuelas importantes y anticoagulada, la vía del parto es la vaginal, con la indicación abdominal sólo en función de parámetros obstétricos. En la gestante con profilaxis realizada con heparina de bajo peso molecular, se puede aplicar la analgesia epidural doce horas después de la administración de la última dosis¹⁴.

Cuando se ha producido un episodio de y/o un TEP en los embarazos siguientes debe proponerse un tratamiento anticoagulante profiláctico.

TABLA VII
Recomendaciones de profilaxis de TEV/TEP. Guía PRETEMED 2003

Riesgo ajustado	Recomendaciones
1-3 (Bajo)	Medidas físicas
4 (Medio)	Medidas físicas o HPBM (si la puntuación se alcanza considerando solo procesos médicos)
>4 (Alto)	HBPM

En general se debe realizar profilaxis de TEV y TEP a toda gestante con factores de riesgo pero dependiendo del factor de riesgo las medidas profilácticas serán diferentes. La Guía PRETEMED de profilaxis de enfermedad tromboembólica en patología médica puede ayudar a seleccionar las gestantes necesitadas de profilaxis y el tipo de medida profiláctica a realizar¹⁹. *Tabla VI y VII.*

CONCLUSIONES

Nos pareció interesante ante el cuadro clínico tan grave con el que puede debutar la enfermedad tromboembólica revisar el tema y desarrollar la importancia de la clínica, el diagnóstico y el manejo de estas pacientes durante el embarazo.

Destacar que el embarazo normal ya por sí mismo se acompaña de un estado de hipercoagulabilidad pero que además existen otras condiciones de hipercoagulabilidad que pueden aumentar aún más el riesgo de tromboembolismo con el riesgo que ello conlleva y por tanto debemos de tenerlo presente como son: preeclampsia, trombofilias hereditarias (déficit antitrombina III, déficit de proteína C o proteína S, mutación del factor V de Leiden, disfibrirogenemia, hiperhomocisteinemia), trombofilias adquiridas (síndrome antifosfolípido).

El embarazo no debería modificar el enfoque del diagnóstico de la embolia pulmonar. Después del interrogatorio y el examen físico iniciales deben realizarse análisis de los gases en sangre arterial, una radiografía de tórax y un ECG. El estudio diagnóstico inicial debería consistir en una gammagrafía de V/P. Si por algún motivo es preciso postergarlo se iniciará un tratamiento con heparina hasta que pueda efectuarse la evaluación diagnóstica. La combinación de una gammagrafía de alta probabilidad con un alto grado de sospecha clínica se considera un elemento diagnóstico suficiente y justifica la instauración del tratamiento. Una gammagrafía de baja probabilidad combinado con un bajo índice de sospecha clínica no requiere evaluación posterior. Las gammagrafías intermedias o indeterminadas deben ser confirmadas con una evaluación del sistema venoso periférico y una angiografía pulmonar en caso necesario. Un estudio inicial positivo en cuanto a la presencia de trombosis venosa profunda en las extremidades inferiores es una indicación para instaurar el tratamiento. Sin embargo, el hecho de que este estudio resulte negativo no permite descartar la presencia de una trombosis venosa en la pantorrilla con propagación proximal.

En toda paciente con sospecha clínica fundada de TVP y/o TEP debe iniciarse tratamiento anticoagulante (salvo que exista contraindicación formal), hasta que los métodos diagnósticos objetivos de los que se dispone en la actualidad, confirmen o excluyan dicha sospecha diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Togli MR, Nolan TE. Venous Tromboembolism Turing pregnancy: a current review of diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv*, 1997 Jan; 52(1): 60-72.
2. Durán Sánchez P. Enfermedad tromboembólica. *Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos*. 1999; 793-811.
3. Samama MM. An epidemiologic study of risk factors for deep vein thrombosis in mediocl outpatients: the Sirius study. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 3415-20.
4. Carrera JM. Embolia pulmonar. *Protocolos de Obstetricia*. 1988: 185-186.
5. Lee Richard M.D. Thromboembolic, disease and pregnancy: Are all woman equal?. *Ann Intern Med*. 125: 1001-1003, 1996.
6. Profilaxis de enfermedad tromboembólica en patología médica. *Guía Pretejed* 2003.
7. Colman R., Hirsch J. Marder V, Salzman E. *Hemostasis and Thrombosis: basic principles and clinical practice*, 3ª ed. J. B. Lippincott company. Philadelphia, 1994.
8. James KV, Lohr JM, Deshmukh RM, Cranley JJ. Venous thrombotic complications of pregnancy. *Cardiovasc Surg* 1996; 4: 777-782.
9. McColl MD, Ramsay JE, Tait RC, Walker ID, McCall F, Conkie JA et al. Risk factors for pregnancy associated venous thromboembolism. *Thromb Haemost* 1997; 78: 1183-88.
10. Rudigoz RC, Arnaud MF, Dargent D, Magnin P. The risk of thromboembolism in pregnancy and in the post-partum period. A review or 28,828 pregnancies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1981; 10: 155-161.
11. Moreno Osuna F, Martínez Lechuga B y Gómez M. Tromboembolismo pulmonar. *Guías clínicas*. 2003; 3: 1-18.
12. Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Gray L, et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet*. 1997; 350: 1795-8.
13. Ferri F. Consultor clínico. *Claves diagnósticas y tratamiento. Embolia pulmonar*. 2007: 236.
14. García Hernández JA, Martín Martínez A, Goya Canino M. *Asistencia a las complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo Tomo I. Embolia de pulmón*. 2007: 279-93.
15. PIOPED investigators. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism. Results of the prospective investigation of pulmonary embolism diagnosis (PIOPED). *JAMA* 1990; 263: 2753-9.
16. Grañeras A, Hernández JM. *Urgencias en ginecología y Obstetricia: Aproximación a la medicina basada en la evidencia. Enfermedad tromboembólica y gestación*. 2007: 225-42.
17. Musset D, Parent F, Meyer G, Maitre S. Diagnostic strategy for patients with suspected pulmonary embolism: a prospective multicentre outcome study. *Lancet* 2002; 360: 1914.
18. Carrera Maciá JM. *Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus*. 3ª Edición. *Embolia pulmonar*. 2004: 229-32.
19. Alonso Ortiz del Río C, Medrano Ortega FJ, Romero Alonso A, Villar Conde E, Calderón Sandubete E, Marín León I, et al. *Guía PRETEMED 2003. Guía de profilaxis de enfermedad tromboembólica en patología médica*. SADEMI, Córdoba, 2003.

Artículo original**Infección por papillomavirus en mujeres inmigrantes***Infection for papillomavirus in immigrant women***Corbacho T¹, Benito R², González-Navarro JV¹, Gil J², Laborda C², Algarate S², Rubio MC², Fabre E¹**Servicios de Obstetricia y Ginecología¹ y de Microbiología². Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.**RESUMEN**

El número de mujeres inmigrantes en la consulta de ginecología ha experimentado un aumento en los últimos años. Analizamos la prevalencia de infección por el virus del papiloma humano en 164 mujeres inmigrantes a las que se les solicitó esta prueba por indicación clínica o citológica entre 2003 y 2007. La prevalencia detectada fue del 54,26%. El 30,33% presentó infección múltiple, la mayoría (74,1%) por tipos de alto riesgo. Los tipos predominantes fueron el 6, 16, 18 y 61.

PALABRAS CLAVE

Virus del papiloma humano, tipos, prevalencia, mujeres inmigrantes.

ABSTRACT

The number of immigrant women in the consultation of gynaecology has experienced an increase in the last years. We analyze the prevalence of infection for Papilloma virus in 164 immigrant women whom this test was requested by clinical or cytological indication between 2003 and 2007. Detected prevalence was 54,26 %. 30,33 % presented multiple infection, the majority (74,1 %) for types of high risk. The predominant types were 6, 16, 18 and 61.

KEY WORDS

Papilloma virus, types, prevalencia, immigrant women.

INTRODUCCIÓN

Es conocido que HPV es causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo de cáncer de cérvix¹. El número de mujeres inmigrantes en la consulta de ginecología ha experimentado un aumentado en los

últimos años. Analizamos la prevalencia de infección por VPH en 164 mujeres inmigrantes a las que se les solicitó esta prueba por indicación clínica o citológica en Centros del Servicio Aragonés de la Salud (Salud) entre 2003 y 2007. La prevalencia detectada fue del 54,26%. El 30,33% presentó infección múltiple, la mayoría (74,1%) por tipos de alto riesgo. Los tipos predominantes fueron 6, 16, 18 y 61.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 164 mujeres de 15 a 53 años (29,59+7,02), asistidas en Centros de los Sectores Sanitarios Zaragoza III y Calatayud del Salud entre 2003 y 2007. Las mujeres procedían de 25 países, aunque Rumanía (83 mujeres, 50,60%), Rusia (13 mujeres, 7,92%) y Ecuador (11 mujeres, 6,70%) eran los subgrupos más numerosos. La detección de HPV por PCR y el tipado en arrays (*Foto 1*) se llevó a cabo con la técnica comercializada por Genomica; S.A.U., España, que detecta 35 tipos, entre ellos 15 de alto riesgo, 3 de probable alto riesgo² y 11 de bajo riesgo. Las muestras de exudado de cérvix se obtuvieron con hisopo proporcionado por Genomica. En todo momento se siguieron las indicaciones técnicas del fabricante.

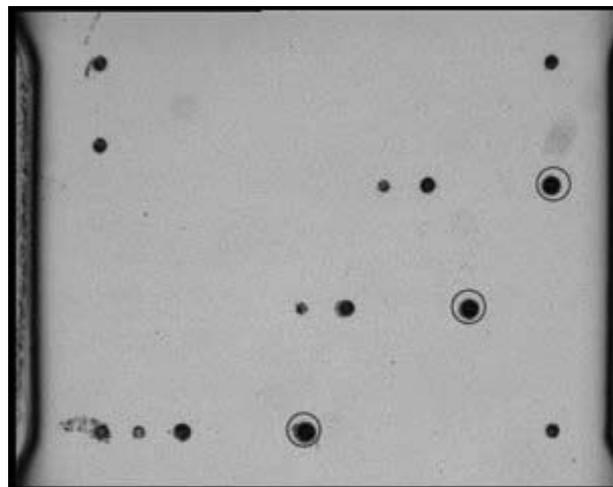


Foto 1: Array para tipado de VPH, con el perfil de señales que identifican al tipo 16 remarcado con un círculo

CORRESPONDENCIA:**Tanit Corbacho Garza**C/José Antonio Rey del Corral 5, 4^oC

50016- Zaragoza

Tfno: 625 23 41 30

RESULTADOS

Se detectaron 89 mujeres VPH positivas (54,26%), de las que 27 (30,33%) presentaban infección múltiple, y de ellas 20 (74,1%) con tipos alto riesgo: 2 tipos en 13 mujeres, 3 tipos en 12 mujeres, 4 tipos en una mujer y 5 tipos en una mujer. La prevalencia en mujeres rumanas fue del 55,42% y en las no rumanas, del 53,08%, sin que se apreciara diferencias estadísticamente significativas en ambos subgrupos con la prueba de la chi al cuadrado.

Los tipos más frecuentes fueron: tipo 6 (bajo riesgo) en 25 mujeres, tipo 18 (alto riesgo) en 13 mujeres, tipo 16 (alto riesgo) en 24 mujeres y tipo 61 (bajo riesgo) en 9 mujeres.

DISCUSIÓN

La prevalencia de la infección por VPH en el conjunto de mujeres inmigrantes analizadas es significativamente más alta que en las aragonesas (datos no mostrados). A pesar del gran predominio de mujeres rumanas, no hubo diferencias estadísticamente significativas con la población no rumana, pero al estar algunos países infrarrepresentados, estos datos no serían necesariamente extrapolables a todos ellos.

El orden y frecuencia de tipos detectados en las mujeres inmigrantes no son superponibles a los de la población autóctona (datos no mostrados). Destaca el hecho de que el tipo 11, incluido en la vacuna tetravalente, no está entre los 4 tipos detectados con mayor frecuencia.

Las infecciones múltiples son frecuentes, afectando a un tercio de la población estudiada y con tipos predominantemente de alto riesgo. Algunas mujeres presentaban infección por más de dos tipos, por lo que la probabilidad de infección con tipos de alto riesgo no incluidos en las vacunas comercializadas debe alertar en la necesidad de continuar con las prácticas de cribado del cáncer de cérvix y de relaciones sexuales seguras, como ya ha sido señalado por diversos autores³⁻⁵.

Todos estos datos deberán tenerse en cuenta en los programas de prevención de cáncer de cérvix en mujeres inmigrantes.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de la infección por VPH en mujeres inmigrantes con las características descritas es significativamente más alta que en las aragonesas.
- El orden y los tipos más frecuentemente detectados son distintos de los de la población autóctona.
- El tipo 11, incluido en la vacuna tetravalente, no está entre los 4 más frecuentes.
- Las infecciones múltiples son frecuentes e incluyen casi siempre tipos de alto riesgo.
- Estos datos deberán tenerse en cuenta en los programas de prevención del cáncer de cérvix en mujeres inmigrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alba A, Bosch FX, Castellsagué X, Junquera M, Muñoz N, Pérez C et al. La infección por VPH. Roche Diagnostics, 2007.
2. Muñoz N, Bosch FX, de San José S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV et al; International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic classification of HPV types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518-27.
3. Stanley MA. HPV vaccines: prospects for eradicating cervical cancer. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30: 213-15.
4. Shaw AR. Human papillomavirus vaccines in development: If they're successful in clinical trials, how will they be implemented?. *Gynecol Oncol* 2005; 99: S246-S248.
5. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88: 63-73.

ABREVIATURAS

HPV: virus del papiloma humano.

PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

Artículo original**Morbi-mortalidad materna y fetal en pacientes con preeclampsia grave***Maternal and fetal morbidity and in women with severe preeclampsia***Rubio AM, Serna MC, González-Mirasol E, Amezcua A, González de Merlo G**

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

RESUMEN

La preeclampsia es un síndrome caracterizado por riesgo de órganos reducido como consecuencia de vasoespasmo y activación endotelial. Se define como la presencia de hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. La combinación de proteinuria e hipertensión durante el embarazo aumenta de una manera notoria el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatales.

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal para conocer los resultados perinatales y la morbi-mortalidad materna en las mujeres que padecieron una preeclampsia grave en el Complejo Hospitalario de Albacete.

PALABRAS CLAVE:

Preeclampsia. Grave . UCI.

SUMMARY

The preeclampsia is a syndrome characterized by irrigation of organs reduced as consequence of vasoospasm and endothelial activation. It is defined as the presence of hypertension that appears after 20 weeks of gestation and is accompanied of proteinuria.

The combination of proteinuria and hypertension during the pregnancy increases in a well-known way the risk of maternal and fetal morbi-mortality .

We have realized a descriptive transverse study to know the fetal results and the mother morbi-mortality in the women who suffered a severe preeclampsia in the Complejo Hospitalario de Albacete.

KEY WORDS:

Preeclampsia. Severe. ICU.

CORRESPONDENCIA:**Ana M^a Rubio Lorente**

Residente Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Domicilio: C/ Vicente Carballal, nº16, 2^aA, Esc. Centro.

28021 Madrid. Tfno: 625500872

E-mail: anamr102@hotmail.com / anamr102@telefonica.net**INTRODUCCIÓN**

La preeclampsia es un síndrome caracterizado por riesgo de órganos reducido como consecuencia de vasoespasmo y activación endotelial. Se define como la presencia de hipertensión (tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o TA diastólica ≥ 90 mmHg en dos ó más tomas separadas al menos por 6 horas) que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria (proteínas en orina de 24 horas ≥ 300 mg ó en ausencia de infección urinaria, ≥ 30 mg/dl en una muestra aleatoria de orina)¹.

Por lo general la incidencia de preeclampsia se estima alrededor del 5%, aunque existen variaciones amplias.

La combinación de proteinuria e hipertensión durante el embarazo aumenta de una manera notoria el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatales² .

OBJETIVO DEL ESTUDIO.

El objetivo del presente estudio es describir los resultados de salud maternos y perinatales en las mujeres que cursan con preeclampsia grave; así como describir las características de dicha población de mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para conseguir el anterior objetivo hemos realizado un estudio descriptivo transversal para conocer los resultados perinatales y la morbi-mortalidad materna en las mujeres que padecen una preeclampsia grave.

Hemos revisado para este estudio historias clínicas de las mujeres cuyo parto tuvo lugar en el Hospital General Universitario de Albacete, seleccionando todas aquellas catalogadas en el registro de dicho centro con los códigos del CIE-9 642.4, 642.5 y 642.6; que corresponden a los diagnósticos de preeclampsia leve, preeclampsia grave y eclampsia; desde el año 2002 hasta el 2006, ambos incluidos. De este modo hemos revisado un total de 147 historias de gestantes de un total de 15.008 partos ocurridos durante este periodo.

Hemos seleccionado sólo aquellas gestantes con diagnóstico de preeclampsia grave utilizando los criterios diagnósticos publicados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en 2006³. Es decir, mujeres que sufren hipertensión (tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o TA diastólica ≥ 90 mmHg en dos o más tomas separadas al menos por 6 horas) que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria (proteínas en orina de 24 horas ≥ 300 mg ó en

ausencia de infección urinaria, ≥ 30 mg/dl en una muestra aleatoria de orina). Además debe presentarse alguno de los siguientes criterios:

- TA sistólica ≥ 160 mmHg y/o TA diastólica ≥ 110 mmHg en dos determinaciones separadas 6 horas, estando la paciente en reposo en cama.
- Proteinuria ≥ 2 gramos en orina de 24 horas.
- Oliguria ≤ 500 ml en 24 horas.
- Creatinina sérica $> 1,2$ mg/dl.
- Alteraciones cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonus, cefalea severa, escotomas, visión borrosa, amaurosis).
- Edema de pulmón o cianosis.
- Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho.
- Alteración de las pruebas funcionales hepáticas.
- Alteraciones hematológicas : trombocitopenia (< 100.000 mm³), CID y , hemólisis.
- Afectación placentaria con manifestaciones fetales (CIR).

Teniendo en cuenta estos criterios de inclusión, hemos obtenido un total de 90 casos de gestaciones únicas y múltiples que cursaron con preeclampsia grave. 41 casos no los hemos incluido por presentar proteinuria negativa y 16 casos de preeclampsia por no cumplir los criterios de gravedad.

Hemos recogido datos sobre los antecedentes de las gestantes con preeclampsia grave, así como las características de las mujeres que precisaron ingreso en la UCI.

Se han recogido datos sobre parámetros obstétricos, resultados perinatales, evolución del puerperio y evolución de embarazos posteriores.

Con todos estos datos se realizó la base de datos en el sistema Statistics Package for Social Sciences (SPSS 12.0, Chicago, IL) y el análisis estadístico con el mismo programa.

RESULTADOS

Descripción de nuestra población

En el grupo de 90 pacientes tenemos pacientes que varían de 17 a 45 años de edad, siendo la edad media de nuestro estudio de 30.9 ± 5.9 años.

Nuestras pacientes presentan un aumento de peso que varía desde la pérdida de 8 kg hasta la ganancia de 22 kg del principio al final de la gestación. El aumento ponderal medio de nuestras pacientes fue de 11.01 ± 5.13 kg.

Otras características epidemiológicas de nuestra población se expresan en la *tabla I*.

Hay que tener en cuenta las siguientes observaciones:

- El estudio de trombocitopenia tan sólo se realizó en 7 de las 90 pacientes.
- Se desconoce el consumo de alcohol y tabaco durante la gestación en 28 pacientes (31.1% de nuestra población). Entre las pacientes de las que disponía de datos ninguna consumió alcohol durante el embarazo.
- En 40 de las pacientes (44.4%) no consta el valor de la prueba de O'Sullivan en la historia .

La frecuencia de aparición de los criterios de gravedad en nuestra población aparece en la *tabla II*.

Ninguna de las pacientes sufrió edema de pulmón.

TABLA I
Características epidemiológicas

Característica	Frecuencia	%
AF de hipertensión	26	(28,9%)
AF de diabetes mellitus tipo 2	16	(17,8%)
AF de preeclampsia.....	1	(1,1%)
Diabetes pregestacional.....	1	(1,1%)
Hipertensión crónica.....	5	(5,6%)
Insuficiencia renal crónica	1	(1,1%)
Estudio de Trombofilia positivo	4	(4,4%)
Preeclampsia previa	9	(10%)
Primípara	53	(58,9%)
Abortos previos.....	15	(1,6%)
Gestación única	80	(88,9%)
Gestación múltiple	10	(11,1%)
Tabaco.....	4	(4,4 %)
Alcohol	0	
Diabetes gestacional	7	(7,8%)
O'Sullivan patológico.....	16	(17,8%)

TABLA II
Criterios de gravedad

Criterio	Casos	(% del total)
TAS ≥ 160 mmHg.....	65	(72,2%)
TAD ≥ 110 mmHg.....	15	(16,7%)
Proteinuria ≥ 2 g /24 h.....	18	(20%)
Oliguria < 500 cc /24 h	6	(6,7%)
Creatinina > 1.2 mg / dl	7	(7,8%)
Alteraciones cerebrales.....	31	(34,4%)
Alteraciones visuales.....	10	(11,1%)
Edema de pulmón	0	
Dolor epigástrico / hipocondrio derecho	20	(22,2%)
Alteración de pruebas hepáticas.....	39	(43,3%)
Trombocitopenia	21	(23,3%)
Coagulación intravascular diseminada.....	2	(2,2%)
Hemólisis	19	(21,1%)
Feto CIR.....	19	(21,1 %)

El número de plaquetas mínimo durante el ingreso de las pacientes con trombocitopenia oscilan de 16.000 a 98.000 plaquetas. (*Tabla III*)

MORBILIDAD MATERNA

Es necesario el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en 21 de las pacientes (23,3%). Las razones por las que se produce este ingreso fueron en 6 de los casos por eclampsia y en los 15 casos restantes para observación. Sólo presenta secuelas tras el ingreso en la UCI una de las pacientes. Al alta en esta unidad permanecía con clínica neurológica y respiratoria tras los diagnósticos de síndrome respiratorio agudo y leucoencefalopatía hipertensiva.

La media de días que transcurrieron desde el diagnóstico de pre-

TABLA III
Trombocitopenia

Cifra de plaquetas	Frecuencia	(%)
Plaquetas normales.....	69	(76,7%)
100 000-50 000 plaquetas	14	(15,6%)
< 50 000 plaquetas	7	(7,8%)

TABLA IV
Características del parto

Característica	Frecuencia	(%)
Inducción del parto	41	(45,6%)
Analgesia epidural	29	(32,2%)
Tto. antihipertensivo intraparto.....	24	(26,7%)
Profilaxis con sulfato de magnesio	47	(52,2%)
Alteración de las pruebas de bienestar fetal	17	(18,9%)
Parto vía vaginal	26	(28,8%)
Parto mediante cesárea	64	(71,1%)

TABLA V
Puerperio

Característica	Frecuencia	(%)
Hemorragia puerperal	1	(1,1%)
Infección de la herida quirúrgica	2	(2,2%)
Hematoma de pared.....	8	(8,9%)
Tto antihipertensivo durante el puerperio	72	(80%)
Tto antihipertensivo al alta.....	63	(70%)

eclampsia hasta el momento del parto fue de 4.7 ± 9.1 días (el valor mínimo es 0 y el máximo son 60 días), con una mediana de 1 día.

La edad gestacional en la que se produjo el parto varió de 25+6 semanas a 39+6 semanas. Así la frecuencia de parto pretérmino (<37 semanas) fue de 61 casos (67.7%) y a término (≥ 37 semanas) en 29 de los casos (32,2%).

De los partos pretérmino ocurrieron a una edad gestacional menor de 34 semanas en 32 de los casos (35,5%) y de 34 a 37 semanas en 29 de las mujeres (32,2%).

Sólo se administró corticoides para maduración pulmonar fetal en los casos en los que la edad gestacional era menor de 34 semanas, administrándose a todas ellas.

Las características del parto se resumen en la *tabla IV*.

Se administra tratamiento antihipertensivo intraparto en 24 pacientes (26,7%). El tipo de fármaco antihipertensivo usado fue hidralacina en 18 casos (75%), Adalat en 1 caso (4.16%) y Labetalol en 4 casos (16,6%). Todos ellos puestos por vía intravenosa excepto el caso de administración de Adalat que se realizó por vía oral.

De las 47 pacientes a las que se les administró profilaxis con sulfato de magnesio, se mantuvo durante 12 horas en uno de los casos

(2,12%), 24 horas en 19 casos (40,4%), 32 horas en un caso (2,12%), durante 48 horas en 25 pacientes (53,2%) y en un caso se mantuvo 96 horas (2,12%).

A 26 pacientes (28,8%) se les realizó un parto vaginal. De ellos, 5 casos (19,2%) fueron un parto instrumental y 21 pacientes (80,7%) tuvieron partos eutócicos.

Se realizó cesárea a 64 pacientes (71,1%), realizándose 2 laparotomías medias y 62 aperturas de pared abdominal por incisiones transversas bajas (tipo Pfannenstiel).

Sólo 6 pacientes (6,7%) sufrieron un desprendimiento de placenta normalmente inserta (DPNNI).

En cuanto a las complicaciones maternas, 15 (16,7%) de las mujeres desarrollaron un síndrome de HELLP y 6 (6,7%) de los casos desarrollaron una eclampsia.

De las 6 mujeres que sufrieron eclampsia, 5 (83,3%) experimentaron la convulsión antes del ingreso. Tan sólo una de ellas (16,7%) convulsionó durante el puerperio. En estas mujeres se realizaron 3 RMN, cuyos resultados fueron 2 encefalopatía hipertensiva y un caso tuvo un resultado normal; y 3 TAC cuyos resultados fueron también de 2 encefalopatías hipertensiva y en un caso el resultado de la prueba fue normal.

El curso del puerperio en nuestras pacientes queda resumido en la *tabla V*.

En ningún caso el puerperio cursó con endometritis o con dehiscencia de la sutura.

MORBI-MORTALIDAD FETAL

De las 90 mujeres gestantes se obtuvieron 100 recién nacidos. De ellos 20 provenían de embarazos múltiples.

De las gestaciones únicas nacieron 80 neonatos, 39 mujeres (48,8%) y 41 varones (51,3%):

- El peso de los recién nacidos osciló entre 695 gr y 4.100 gr. En tres de los casos no constaba el valor del peso (3,8%). El peso medio fue de $2.218,8 \pm 795,1$ gr. El peso neonatal más repetido fue de 1.950 gr.
- El pH de la arteria umbilical al nacimiento obtuvo valores de 7,11 a 7,42, perdiéndose los datos de 25 recién nacidos por no constar dicho valor (31,3%). El pH de la arteria umbilical fue $\leq 7,21$ en 11 de los casos (20%).
- El índice de Apgar a los 5 minutos del nacimiento varió de valores de 4 a 10, no constando los resultados en 15 de los casos (18,8%). Un recién nacido tuvo un resultado del índice de Apgar de 4 (1,3%), 6 (7,5%) con resultado de 8, 25 (31,3%) con Apgar de 9 y 33 (41,3%) obtuvieron un resultado a los 5 minutos de 10.
- Fueron ingresados en la UCI neonatal 39 (48,8%) de los 80 recién nacidos.
- 23 de los neonatos (28,8%) tuvieron morbilidad fetal grave. De ellos, 13 de los casos (56,5%) sufrieron un síndrome de distress respiratorio, 2 (8,7%) una sepsis, 1 (4,34%) sufrió enfermedad neurológica por feto CIR, 7 (30,4%) de los casos sufrieron síndrome de distress respiratorio junto con otras comorbilidades: 1 de ellos además presentaba enterocolitis necrotizante, 6 con sepsis (1 de ellos presentaba también hemorragia intracraneal y otro caso presentaba además enterocolitis necrotizante).
- No se produjo ninguna muerte neonatal.

De las 10 gestaciones múltiples nacieron 10 mujeres (50%) y 10 varones (50%):

- Los pesos oscilaron de 1.680 gr a 3.020 gr, obteniéndose un valor medio de 2.147,25 gr.
- El valor de pH de la arteria umbilical osciló de 7,025 a 7,35, no constando en 2 de los casos dicho valor (10%). El pH de la arteria umbilical fue $\leq 7,21$ en 5 casos (25%).
- El valor asignado al índice de Apgar a los primeros 5 minutos del nacimiento osciló de 6 a 10. En 4 de los casos no aparece el valor de esta variable (20%). Un caso (5%) tuvo un índice de Apgar de 6, 1 (5%) con valor de 8, 6 (30%) de los neonatos fueron valorados con un índice de 9 y 8 (40%) con un Apgar de 10.
- 14 de los 20 neonatos (70%) tuvieron que ser ingresados en la UCI.
- 7 de los casos (35%) sufrieron una morbilidad grave neonatal. Todos ellos cursaron con un síndrome de distress respiratorio.
- No se produjo ninguna muerte neonatal.

HISTORIA DE GESTACIONES POSTERIORES

De las 90 pacientes con diagnóstico de preeclampsia grave, sólo 11 casos (12,2%) tuvieron una gestación posterior. De ellos 6 (54,5%) cursaron con un embarazo normal, 2 (18,18%) cursaron de nuevo con preeclampsia, 2 (18,18%) sufrieron un aborto y tan sólo 1 caso (1,1%) sufrió un DPPNI.

El intervalo entre los embarazos osciló entre 13 y 37 meses, con un intervalo medio de $24,73 \pm 8,5$.

MUJERES INGRESADAS EN UCI

De las 90 pacientes que presentaron preeclampsia grave, precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos 21 de los casos (23,3%).

Estas mujeres presentaban las características que se resumen en la *tabla VI*.

No se presentó ningún caso con antecedente de preeclampsia previa, ni de insuficiencia renal crónica, así como tampoco de consumo de alcohol ó tabaco.

La frecuencia de los criterios de gravedad quedan reflejados en la *tabla VII*.

Las características durante el parto y el puerperio de las mujeres que precisaron ingreso en UCI se resumen en la *tabla VIII*.

- El síndrome de HELLP aparece con una frecuencia de 8/21 (38,1%).
- Eclampsia la sufren 6 / 21 (28,6%).

De las 21 mujeres ingresadas en UCI ingresan 13 de 23 recién nacidos en la UCI neonatal (56,5%) y 12 de ellos presentaron morbilidad grave (52,1%).

DISCUSIÓN

La prevalencia de preeclampsia grave en nuestro estudio es de 0,60 %, el de eclampsia de 0,039% y de síndrome de HELLP de 0,09%. Estas prevalencias son menores respecto a las publicadas por Aali et al.⁴, con frecuencias de 3%, 0,6 % y 6%, respectivamente.

En nuestro estudio las pacientes tienen mayor edad (edad media de 30,9) si lo comparamos con los estudios publicados (28,32 años para Aali et al.⁴, 23,2 años para Roiz et al.⁵)

TABLA VI
Características de la población ingresada en UCI

Característica	Frecuencia	(%)
Edad materna ≥ 35 años	5	(23,8%)
Diabetes mellitus pregestacional	1	(4,8%)
Hipertensión arterial crónica	2	(9,5%)
Primigesta	11	(52,4%)
Abortos previos	6	(28,6%)
Gestación única	19	(90,5%)
Gestación múltiple	2	(9,5%)
O'Sullivan patológico	5	(23,8%)
Diabetes gestacional	4	(19,9%)

TABLA VII
Criterios de gravedad en las mujeres ingresadas en UC.

Criterio de gravedad	Frecuencia	(%)
TAS ≥ 160 mmHg	18	(85,7%)
TAD ≥ 110 mmHg	6	(28,6%)
Oliguria	4	(19%)
Proteinuria ≥ 2 g/l	1	(4,8%)
Creatinina > 1.2 g / dl	2	(9,5%)
Alt. Pruebas hepáticas	15	(71,4%)
Hemolisis	10	(47,6%)
Trombocitopenia	9	(42,9%)
Alteraciones visuales	5	(23,8%)
Dolor epigástrico	10	(47,6%)
Alteraciones cerebrales	10	(47,6%)
Feto CIR	5	(23,8%)

TABLA VIII
Características de parto y puerperio

Característica	Frecuencia	(%)
Prematuros (< 37 semanas)	15	(71,4%)
Inducción del parto	2	(9,5%)
Analgesia epidural	2	(9,5%)
Cesárea	19	(90,5%)
Tto antihipertensivo intraparto	8	(38,1%)
DPPNI	3	(14,3%)
Tto. Antihipertensivo en puerperio	20	(95,2%)
Tto. Antihipertensivo al alta	16	(76,2%)

La presencia de enfermedades subyacentes se considera un factor de riesgo para la aparición de preeclampsia. En nuestro estudio se encontraron 5,6% hipertensas crónicas, 1,1% diabéticas pregestacionales y 1,1% de pacientes con insuficiencia renal crónica. Estos valores son ligeramente mayores que los encontrados en la literatura, salvo en las mujeres diabéticas cuya frecuencia es menor en nuestra muestra. Aali et al⁴ describe 3,59% de hipertensas, 2,99% de diabéticas y 0,59% de mujeres con insuficiencia renal y Catov et al⁶. 4% de hipertensas y 0,4% de diabéticas.

Otros factores de riesgo de desarrollo de preeclampsia son ser primigesta, cursar con una gestación múltiple ó tener antecedente de preeclampsia en una gestación previa. En nuestro estudio existe menos población primigesta que en la literatura (58,9 % frente a 84,74% descritas por Catov et al.⁶ o el 62,5% descrito por Zareian et al.⁷ excepto en el estudio realizado por Roiz et al.⁵ que describió 45,6% de primigestas). En cambio tenemos un mayor número de gestaciones múltiples y de antecedente de preeclampsia previa (11,1% y 10% respectivamente, en comparación con el 2,5% y 3,4 % encontrados por Catov et al.⁶).

La presencia de ciertos criterios de gravedad se han relacionado con una mayor morbilidad materna, tales como la presencia de epigastralgia, náuseas y vómitos ó la alteración de las pruebas de función hepática. Sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto a morbilidad por las cifras de tensión arterial ni por la aparición de cefalea ni las cifras de proteinuria elevadas^{8,9}. Así, en nuestra muestra la frecuencia de aparición de éstos y otros criterios de gravedad respecto a la estudiada por Aali et al⁴ fue: TAS \geq 160 mmHg 72,2% vs 60,5 %, TAD \geq 110 mmHg 16,7% vs 49,1%, presencia de cefalea, epigastralgia y alteraciones visuales de 34,4%, 11,1%, 22,2% respectivamente vs 40,9% de frecuencia de las 3 en conjunto, trombocitopenia grave ($<$ 50 000 plaquetas) 7,8% vs 6%, coagulación intravascular diseminada 2,2% vs 3%, fracaso renal agudo (creatinina $>$ 1,2 mg/ dl) 7,8% vs 5,4%, fetos CIR 21,1% vs 34,7% encontrada por Aali et al y 19,7% encontrado por Abramovici et al¹⁰. Liu et al.¹¹ encontró una frecuencia de alteración de las pruebas hepáticas de 20,6%, lo cual es un valor menor al encontrado en nuestra muestra (43,3%) y Martin et. al¹² describió una frecuencia de alteración de las pruebas hepáticas mayor (63,96%). Se encontró oliguria en 6,7% de las pacientes de nuestra muestra, que es bastante menor que el 30% encontrado por Walker¹³.

Respecto a las características en las que se produjeron los partos; se indujeron 45,6% de las gestaciones, lo cual es menor que lo encontrado en la literatura (Aali et al⁴ 50,9% o el 63,44% encontrado por Kristin et al¹⁴). Se realizó además mayor número de cesáreas en nuestra población (71,1%) respecto a 60%(Aali et al⁴) y el 60,21% de Kristin et al¹⁴. En nuestro medio también se han encontrado mayor frecuencia de partos pretérmino ($<$ 37 semanas de gestación) 67,7 % frente al 47,3% descrito por Aali et al⁴. Sin embargo la aparición de hemorragia puerperal fue menos frecuente 1,1% vs 5% encontrado en la literatura (Aali et al⁴); así como también fue menor la incidencia de desprendimiento parcial de placenta normalmente inserta (6,7%) si se compara con 11% encontrado por Aali et al.⁴, el 20% encontrado por Hall et al¹⁵ y 8,52% encontrado por Vigil-De Gracia¹⁶. Nuestros datos coinciden con los encontrados por Haddad et al (6% de DPPNI)¹⁷.

Precisaron tratamiento antihipertensivo más mujeres en nuestra población (95,2%) que en otras series (53% de Tuffnell et al¹⁸).

En mujeres con preeclampsia grave, por lo general se procede al parto sin retraso; pero durante los últimos años se ha propuesto un tratamiento expectante en las gestantes que están lejos del término, con el fin de mejorar los resultados del lactante sin comprometer la seguridad de la madre. En el estudio de Abramovici et al¹⁰ de mujeres con embarazo $<$ 37 semanas se concluyó que las mujeres con preeclampsia grave podrían tratarse de forma expectante. No así las que cursaban con síndrome de HELLP, además los resultados de los

lactantes se relacionaron más con la edad gestacional que con el trastorno hipertensivo en sí. Los días desde el diagnóstico hasta el parto para este autor tenían como mediana 2 días; lo que es más que en nuestra muestra, cuya mediana es de 1 día. El promedio de días que se ganaron en nuestra muestra fue de 4,7 días lo que es menor que el encontrado por Vigil-De Gracia et al. (8 días)¹⁶. Necesitaron ventilación mecánica un 43,86% de los neonatos estudiados por Abramovici et al¹⁰, mientras que en nuestra población la tasa fue menor (27%). La tasa de mortalidad neonatal para este autor fue de de 7%, mientras que en nuestra población no existe ninguna muerte neonatal.

PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

La causa de ingreso en UCI de las pacientes obstétricas son en primer lugar (64,5%), la enfermedad hipertensiva del embarazo en todas sus modalidades (preeclampsia severa, síndrome de HELLP, eclampsia y preeclampsia sobreañadida), seguida del choque hipovolémico con 9,2% y las cardiopatías críticas asociadas con el embarazo 6,2%¹⁹.

El 23,3 % de nuestras mujeres precisaron su ingreso en la unidad de cuidados intensivos, lo que significa un mayor ingreso en esta unidad de nuestras mujeres respecto a las frecuencias encontradas en la literatura (Aali et al⁴ 8 %, Roiz et al⁵ 19,6% o el 7,37% de Estrada-Altamirano¹⁹).

De ellas, 33,3% cursaban con preeclampsia grave, 38,1% con un síndrome de HELLP y 28,6% con eclampsia. Esta proporción de ingreso en UCI según patología difiere respecto a lo descrito por Roiz et al⁵ (51,9% de preeclampsias graves, 25,9% de síndrome de HELLP y 22,2% de eclampsias).

En nuestra muestra existe menor número de mujeres con enfermedad crónica previa al embarazo (13,7% de hipertensas y diabéticas) que el encontrado por Estrada- Altamirano¹⁹ (69,5%) y por Abbey et al²⁰(50%) .

Otro de los factores de riesgo de desarrollo de preeclampsia es la primiparidad que ocurre en nuestra muestra con mayor frecuencia que en los artículos revisados (52,4% frente a 40% de Abbey et al²⁰).

En nuestro estudio existe un número elevado de mujeres con diabetes gestacional que ingresan en la UCI. Esto coincide con lo encontrado en la literatura en la que se describe no sólo un aumento de incidencia de preeclampsia en las mujeres con diabetes gestacional sino también resultados adversos tanto maternos como fetales. Sin embargo, en las mujeres que sólo presentan una intolerancia a la glucosa existe un aumento de incidencia de preeclampsia sin asociarse a resultados adversos²¹.

Entre los criterios de gravedad hemos encontrado también que en nuestra muestra existen más pacientes con oliguria, alteraciones visuales, dolor epigástrico, con las pruebas hepáticas alteradas, con trombocitopenia y hemólisis. Estos resultados coinciden con lo objetivado en la literatura^{8,9}.

Cuando las complicaciones de la preeclampsia grave ocurren (síndrome de HELLP y eclampsia) estas pacientes van a sufrir un mayor ingreso en UCI.

Ninguna de las mujeres ingresadas en UCI tuvieron secuelas graves a largo plazo. Esto coincide con lo publicado por Tuffnell et al¹⁸ .

Además existió mayor número de mujeres con parto inducido y anestesia epidural entre las pacientes ingresadas en la UCI. Estos datos no coinciden con lo encontrado en la literatura donde no se encuentran peores resultados maternos ni perinatales en estos casos^{22,23,24}. Los datos encontrados en nuestro estudio acerca de la cesárea coinciden con los artículos revisados, ya que nuestra frecuencia de cesáreas en la población de ingresadas en UCI es mayor que los partos vaginales, es decir, que podríamos pensar que esta vía del parto produce un aumento de la morbilidad materna¹⁴.

La mortalidad materna y fetal de nuestro estudio es inferior a las encontradas en otras series ya que no tenemos ningún caso de fallecimiento. Por ejemplo, Zareian et al⁷ tiene una tasa de mortalidad fetal de 0,053% y materna de 1,3%; Aali et al⁴ describe una tasa de mortalidad fetal de 13% y materna de 18%.

No hemos encontrado que exista un aumento en el número de ingresos en la UCI neonatal aunque sí que aparece una mayor aparición de enfermedades neonatales graves entre las mujeres que ingresan en UCI. Esto no coincide con la literatura revisada en la encuentran que el principal factor que influye en la aparición de unos resultados perinatales adversos es la edad gestacional y no la gravedad de la madre²⁵. Se ha observado que en nuestra muestra no existen diferencias cuando analizamos la prematuridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Manual de Obstetricia de Williams. 22ª edición. Ed. Mc Graw Hill. Pag 761-807.
- Ferrazani S, Caruso A, De Carolis S, et al. Proteinuria and outcome of 444 pregnancies complicated by hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(2): 366-71.
- Protocolo de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2006.
- Aali BS, Ghafoorian J, Mohamed- Alizadeh S. Severe preeclampsia and eclampsia in Kerman, Iran : complication and outcomes. *Med Sci Monit* 2004. 10(4): 163-167.
- Roiz J, Jimenez J. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el centro médico nacional de Torreón. *Ginecol Obstet Mex* 2001: vol 69 (9): 341-345.
- Catov JM, Ness RB, Kip KE, et al. Risk of early or severe preeclampsia related to pre-existing conditions. *Inter J Epidemiol* 2006 Apr, 36(2):412-9.
- Zareian Z. Hypertensive disorders of pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2004; 87:194-198.
- Martin JN, Warren L, May Ph, et al. Early risk assessment of severe preeclampsia: Admission battery of symptoms and laboratory test to predict likelihood of subsequent significant maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1999: 1407-1414.
- Newman MG, Robichaux AG, Stedman CM et al. Perinatal outcomes in preeclampsia that is complicated by massive proteinuria. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(1):264-8.
- Abramovici D, Friedman SA, Mercer BM et al. Neonatal outcome in severe preeclampsia at 24 to 36 weeks' gestation: Does HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme, and low platelet count) syndrome matter? *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:221.
- Liu CM, Chang SD, Cheng PJ et al. Comparisons of maternal and perinatal outcomes in Taiwanese women with complete and partial HELLP syndrome and women with severe preeclampsia without HELLP. *J Obstet Gynaecol Res.* 2006;32(6):550-8.
- Martin J., Brian K, Rinehart MD, et al. The spectrum of severe preeclampsia : Comparative analysis by HELLP (hemolysis, elevated liver enzyme levels, and low platelet count) syndrome classification. *Am J Obstet Gynecol* 1999 ; 180 (Pt1) :1373-1384.
- Walker JJ. Preeclampsia. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2000;14(1):57-71.
- Kristin H, Coppage MD, Polzin WJ. Severe preeclampsia and delivery outcomes: Is immediate cesarean delivery beneficial? *Am J Obstet Gynecol*, 2002: 921-923.
- Hall DR, Odendaal HJ, Steyn DW, et al. Expectant management of early onset, severe preeclampsia: Maternal outcome. *Br J Obstet Gynecol* 2000 Oct; 107(10): 1252-64.
- Vigil-De Gracia P, Montufar- Rueda C, Ruiz J. Expectant management of severe preeclampsia and preeclampsia superimposed on chronic hypertension between 24 and 34 weeks' gestation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003 Mar; 107(1): 24-7.
- Haddad B, Deis S, Goffinet F, et al. Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Jun; 190(6): 1590-5.
- Tuffnell DJ, Jankowicz D, Lindow SW, et al. Outcomes of severe preeclampsia/eclampsia in Yorkshire 1999/2003. *Br J Obstet Gynecol* 2005; 112: 875-880.
- Estrada-Altamirano A., Hernandez JA, Cisneros M, et al. Experiencia de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Perinatología 1993-1998. *Perinatol Reprod Hum* 2002; 16:85-95.
- Abbey N, Sahn S. Critical illness in pregnancy. An analysis of 20 patients admitted to a medical intensive care unit. *Chest* 1993;154:8-52.
- Nordin NM, Wei JW, Naing NN et al. Comparison of maternal-fetal outcomes in gestational diabetes and lesser degrees of glucose intolerance. *J Obstet Gynecol Res* 2006; 32 (1):107-114.
- Nassar AH, Adra AM, Chakhtoura N, et al. Severe preeclampsia remote from term: labor induction or elective cesarean delivery? *Am J Obstet Gynecol*, 1998; 179(5):1210-3.
- Hogg B, Hauth JC, Caritis SN, et al. Safety of labor epidural anesthesia for women with severe hypertensive disease. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol*, 1999 Nov;181(5Pt1):1096-101.
- Hood DD, Curry R. Spinal versus epidural anesthesia for cesarean section in severely preeclamptic patients: a retrospective survey. *Anesthesiology*. 1999 May; 90(5):1276-82.
- Ganzevoort MD, Annelies MD, Vries J, et al. Prediction of maternal complications and adverse infant outcome at admission for temporizing management of early-onset severe hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 495-503.

Caso clínico

Rotura uterina con misoprostol tras inducción de parto por muerte fetal

Uterine rupture with misoprostol induction of delivery after fetal death

Blanco MP¹, Gómez-Álvarez S², Fernández-Mellado MJ¹, Carrascal E¹, Valdor C¹, De Miguel JR²

HUMV¹, HUMV y Universidad de Cantabria²

Hospital Universitario. Marqués de Valdecilla Universidad de Cantabria Servicio de Obstetricia y Ginecología. Santander

RESUMEN

El misoprostol es un fármaco útil para la inducción del parto que debe ser administrado bajo estricto control hospitalario y a las dosis adecuadas. Su utilización se debe llevar a cabo con precaución en pacientes multíparas y, especialmente, con cicatriz de cesárea previa.

PALABRAS CLAVE

Rotura uterina; muerte fetal; misoprostol.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una complicación seria y trágica que pone en peligro la vida de la madre y el feto, y que ocurre con una frecuencia del 1% en pacientes con cicatriz uterina previa¹.

La rotura de un útero sin cicatriz es una complicación inesperada y grave del embarazo que se ha podido observar con el uso de misoprostol utilizado para la maduración cervical e inducción del parto.

El misoprostol es un análogo de Prostaglandina E1, útil para la prevención y tratamiento de la úlcera péptica y que se utiliza en obstetricia por su bajo coste, facilidad de administración y estabilidad farmacocinética en abortos de primer y segundo trimestre, para la inducción del parto y la hemorragia del postparto². Sin embargo, la dosis excesiva de este fármaco puede desencadenar una actividad uterina excesiva con la consecuente afectación fetal, por lo que requiere una monitorización estricta tanto de la madre, como del feto³.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Secundigesta de 30 años, con edad gestacional de 36 semanas, que acude al servicio de partos de nuestro hospital por dolor abdo-

minal y sangrado vaginal en cantidad menor que regla. Entre sus antecedentes personales destaca un aborto de 8 semanas previo, que precisó tratamiento evacuador con legrado uterino, y asma bronquial en tratamiento con salbutamol. La vigilancia del embarazo se lleva a cabo en Atención Primaria sin presentar ninguna complicación y con ecografías seriadas según protocolo regional que fueron normales.

En el momento del ingreso se descubre ausencia de latido cardíaco fetal, realizándose ecografía abdominal con diagnóstico definitivo de feto muerto anteparto.

A la exploración vaginal la paciente presenta un centímetro de dilatación cervical y borramiento de 80%, presentando contracciones uterinas esporádicas. Tanto la tensión arterial, como la frecuencia cardíaca materna se encuentran dentro de la normalidad.

Se decide iniciar inducción de parto con medio comprimido de misoprostol vaginal de 100 microgramos, manteniendo monitorizada la dinámica uterina y la tensión arterial materna.

Aproximadamente a las seis horas de inicio de la inducción, la paciente comienza con palidez cutáneo-mucosa, hipotensión y mareo, así como a la exploración destaca un útero contraído con relajación intermitente y sangrado vaginal escaso.

La tensión arterial es de 90/50mm de Hg y la frecuencia cardíaca es de 150 latidos/minuto. La exploración vaginal es similar al momento del ingreso.

En atención a los hallazgos clínicos se decide realizar una cesárea urgente por sangrado materno oculto, muy probablemente debido a desprendimiento de placenta.

Tras la apertura de pared abdominal se observa hemiperitoneo importante observándose rotura uterina en fondo en forma de T. Se extrae feto hembra de 2.800 gramos con apgar 0/0, localizándose feto, placenta y cordón en el orificio de rotura uterina.

La primera analítica de sangre realizada previa a la intervención quirúrgica muestra una hemoglobina de 8.9g/dl y un hematocrito de 26%; con Dímero D 813. En el acto operatorio se obtiene una segunda muestra de sangre con resultado de hemoglobina de 3.2g/dl, hematocrito de 8,9% y plaquetas de 84.000.

Se sutura la rotura uterina y se consigue estabilizar a la paciente pero en relación a los datos analíticos se decide el ingreso en la UCI donde precisa trasfusión de siete concentrados de hemáties pudiendo

CORRESPONDENCIA:

J.R De miguel Sesmero

Jefe de Servicio de Obstetricia.

HUM.Valdecilla.

Avda. Cardenal Herrera Oria s/n. Santander.

Tfno-fax: 942202990 e-mail: jmsesmero@humv.es

ser extubada sin problemas siendo posteriormente diagnosticada de shock hemorrágico resuelto.

La autopsia fetal es informada como feto hembra de 2.660 gramos. Presenta congestión generalizada y hemorragia parenquimatosa en pulmones, corazón, suprarrenales y ambos riñones. La placenta presenta un hematoma retroplacentario.

La paciente es dada de alta al séptimo día del postoperatorio con hemoglobina de 8.8g/dl y hematocrito de 24% evolucionando favorablemente y siendo citada para control posterior en consulta de Patología Gravídica de nuestro hospital.

DISCUSIÓN

El misoprostol es un análogo de la Prostaglandina E1 utilizada para el tratamiento y prevención de la úlcera péptica y que ha demostrado ser eficaz y seguro en comparación con otros métodos para la inducción del parto vaginal⁴. Así es efectivo en abortos de primer y segundo trimestre (< 22 semanas), en la inducción del parto (> 36 semanas) y tratamiento de la hemorragia del postparto.

Su eficacia se basa en la producción de contracciones uterinas y, administrado a dosis seguras, es igual de eficaz para la estimulación del parto que la oxitocina y la dinoprostona.

La administración puede ser vía oral o vía vaginal, siendo esta más eficaz que otros fármacos cuando se usa con bolsa íntegra y cervix no favorable. Diversos estudios han demostrado que disminuye el tiempo de la inducción, disminuye la tasa de cesáreas y aumenta el número de partos vaginales⁵.

El principal inconveniente que presenta es una tendencia a la hiperactividad uterina (taquisistolia) y a la hiperestimulación, pudiendo llegar en algún caso incluso a producir rotura uterina. Puede provocar cambios bioquímicos en la cicatriz uterina favoreciendo su disolución y predisponiendo al útero a romper su cicatriz⁶.

Este aumento de la actividad uterina se asocia también a un incremento en la tasa de hemorragia del postparto y de líquido amniótico meconial lo que supone un incremento en la morbilidad fetal y requiere una monitorización estricta tras su administración.

Estos efectos secundarios contraindican su uso en pacientes ambulatorias y precisan la utilización de dosis seguras⁷. La dosis de misoprostol recomendada en obstetricia es menor según avanza el embarazo, siendo necesarios 800 microgramos/12 horas en el primer trimestre; 100 microgramos/12 horas en el tercer trimestre y para un embarazo a término la dosis segura es de 50 microgramos/12 horas.

La mayoría de los casos publicados relacionados con la rotura uterina y el uso de misoprostol se asocian con cicatriz de cesárea previa y pacientes multíparas⁸.

La rotura de un útero intacto es muy raro y provoca una situación urgente que arriesga la vida del feto y de la madre. En nuestro caso puede considerarse que la rotura uterina está relacionada con el misoprostol, aunque no podemos valorar si existía algún defecto en la pared uterina que pudo favorecer este desenlace. El lugar en el que se produjo la rotura, es decir el fondo uterino, no es el lugar más frecuente de una rotura uterina, a excepción ciertamente de algún problema anatómico a ese nivel, que fuera predisponente.

La dosis de misoprostol recomendada en obstetricia es menor según avanza el embarazo, siendo necesarios 800 microgramos/12 horas en el primer trimestre; 100 microgramos/12 horas en el tercer trimestre y para un embarazo a término es de 50 microgramos/12 horas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khabbaz AY, Usta IM, El-Hajj MI, Abu-Musa A. "Rupture of an unscarred uterus with misoprostol induction: case report and review of the literature". *J Matern Fetal Med.* 2001 Apr; 10(2):141-5.
2. Alfirevic Z, Howarth G, Gaussmann A. "Oral misoprostol for induction of labour with a viable fetus". *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2): CD001338.
3. Ezechi OC, Kalu BK, Njokanma FO, Nwokoro CA. "Vaginal misoprostol induction of labour: a Nigerian hospital experience." *J Obstet Gynaecol.* 2004 Apr; 24(3): 239-42.
4. Zeteroglu S, Sahin GH, Sahin HA. "Induction of labor with misoprostol in pregnancies with advanced maternal age". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006. Jan 4(Epub ahead of print).
5. Song J. "Use of misoprostol in obstetrics and gynecology". *Obstet Gynecol Surv.* 2000 Aug; 55(8):503-10.
6. Buhimichi CS, Buhimichi IA, Patel S, Malinow AM. "Rupture of the uterine scar during term labour: contractility or biochemistry?". *BJOG.* 2005 Jan; 12(1): 38-42
7. Alisa B. Golgberg, Mara B. Greenberg, Philip D. Darney. "Misoprostol and pregnancy" *New England Journal of Medicine (NEJM).* 2001.344:38.
8. Gutierrez García S, Lamoca A, Casasola J, Salas S, Hernández-Rodríguez J.L. "Rotura uterina espontánea en un útero no cicatrizal. *Clin Invest Gin Obst* 2004, 31(1): 22-4.

Caso clínico**Embarazo ectópico ovárico***Ectopic pregnancy in the ovary***Carabias P, Kanjou N, Tresserra F, Fáfregas R**

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Institut Universitari Dexeus. Barcelona.

RESUMEN

Se considera embarazo ectópico a todo aquél que anida fuera de la cavidad endometrial y presenta una incidencia global de 1-2% del total de gestaciones. El embarazo ectópico ovárico es una infrecuente localización (1%) del embarazo extrauterino. Debido a la gran vascularización del trofoblasto en el tejido ovárico, son frecuentes las hemorragias severas, por lo que la ooforectomía o la resección en cuña amplia del ovario han sido los tratamientos tradicionales. Su diagnóstico precoz y tratamiento inmediato es un importante factor pronóstico. Presentamos el caso de una paciente con amenorrea de 7 semanas que acudió a urgencias por cuadro de abdomen agudo en la que se diagnosticó un probable embarazo ectópico ovárico y se trasladó rápidamente a la paciente a quirófano. Se practicó una laparoscopia quirúrgica de urgencias ya que la paciente padecía un empeoramiento de la sintomatología y se realizó una resección parcial ovario izquierdo (que incluye saco gestacional) y se realizó un abundante lavado peritoneal. El postoperatorio así como los controles sucesivos fueron normales. Actualmente la paciente presenta deseo gestacional.

PALABRAS CLAVE:

Embarazo ectópico, ectópico ovárico, laparoscopia.

SUMMARY

Ectopic pregnancy is one that occurs outside the endometrial cavity and presents a global incidence of 1-2% of total pregnancies. Ovarian ectopic pregnancy is an unusual location (1%) of extrauterine pregnancy. Due to the high vascularization of the trophoblast in the ovarian tissue, are frequent severe bleeding, so the oophorectomy or wide wedge resection of the ovary have been the traditional treatments. His

early diagnosis and prompt treatment is an important factor in prognosis. We report the case of a patient with amenorrhea of 7 weeks that he went to emergency room for acute abdomen box in which he was diagnosed a probable ovarian ectopic pregnancy and moved quickly to the patient to the operating theater. It was a practice laparoscopic surgical emergency because the patient was suffering from a worsening of symptoms and perform a partial resection left ovary (including gestational sac) and held an abundant peritoneal lavage. The postoperative as well as subsequent checks were normal. Currently, the patient's desire gestational.

KEY WORDS:

Ectopic pregnancy, ovarian ectopic, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico ovárico supone aproximadamente solo el 1% de los embarazos ectópicos siendo el más frecuente el tubario a nivel ampular (75/80%). Los factores de riesgo más importantes son la cirugía abdominal previa, especialmente tubárica, el antecedente de un embarazo ectópico previo y la enfermedad inflamatoria pélvica. La clínica es muy variable aunque la sintomatología más frecuente es el dolor abdominal, sangrado anormal por vía vaginal, amenorrea y síntomas de embarazo.

En la mayor parte de los casos, el diagnóstico se basa en la clínica, la ecografía transvaginal y la B-HCG. En cuanto al tratamiento, la laparoscopia quirúrgica es el gold standard, intentando conservar la mayor cantidad de ovario para preservar la fertilidad aunque está descrito el tratamiento conservador con Methotrexate. Presentamos un caso de ectópico ovárico al que se le practicó un tratamiento conservador en el ovario (ooforectomía parcial) con una recuperación postoperatoria favorable.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer nuligesta de 35 años de edad, sin antecedentes médicos de interés. Nunca se había realizado una revisión ginecológica. Acudió a urgencias con un cuadro de dolor abdominal severo acompañado de pérdidas hemáticas vaginales, diarreas, mareo, sudoración y palidez de unas 2 horas de evolución.

CORRESPONDENCIA:**Pau Carabias Meseguer**

Avinguda Sarria num 28, 2º4ª 08029, Barcelona

Email: paucar@dexeus.com

Teléfono: 667405682 - 937594963

Presentaba una amenorrea de 7 semanas. En la exploración física, la paciente presentaba hipotensión (9-5) sin taquicardia. El abdomen era blando, depresible, doloroso a la palpación con Blomberg positivo. El test de embarazo fue positivo así como una movilización cervical altamente dolorosa. La ecografía transvaginal presentaba un útero con reacción decidual sin saco gestacional y con una imagen quística en ovario izquierdo de 21mm sospechosa y abundante líquido en Douglas con coágulos. En la analítica destacaba una β -HCG 6732 UI/L, Hb 10g/dl, Ht 30.9 y 16500 leucocitos. En solo 30 minutos la paciente tuvo un rápido empeoramiento de la sintomatología por lo que se le traslado urgentemente a quirófano. Se procedió a realizar una laparoscopia quirúrgica con resección parcial del ovario izquierdo incluyendo saco gestacional y un abundante lavado peritoneal (6 litros) debido a abundantes coágulos en cavidad (*figura 1*). Ambas trompas tenían un aspecto normal (*figura 2*), así como el resto de la cavidad. El informe anatomopatológico constato el diagnóstico (*figura 3*). En el postoperatorio inmediato, la paciente requirió la transfusión de 2 concentrados de hemáties por Hb 6.2, dándose de alta al día siguiente con buen estado general, sin fiebre y una analítica normal con Hb de

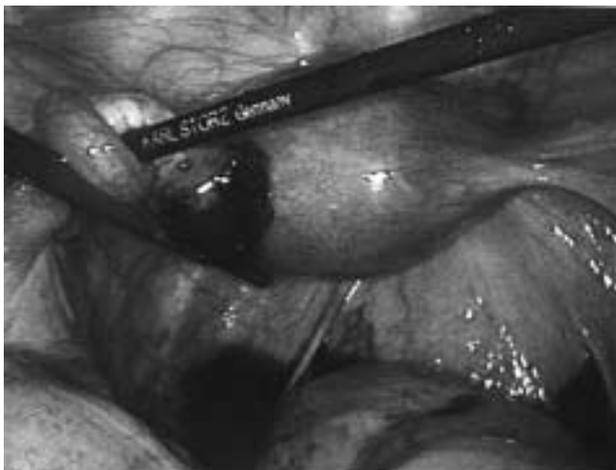


Figura 1: Embarazo ectópico ovárico izquierdo con hemoperitoneo. Trompa izquierda normal.



Figura 2: Trompa derecha normal

8.3. Se pauto hierro oral y analgesia leve al alta. La paciente normalizo el valor de BHCG al mes de la intervención y presenta actualmente una reserva hormonal ovárica normal.

DISCUSIÓN

La incidencia global del embarazo ectópico ovárico es de 0,5-3% de los embarazos ectópicos y 0.01% de todos los embarazos¹. Aunque nuestra paciente no presentaba ningún factor de riesgo ni antecedente medico-quirúrgico de interés, sabemos que los factores de riesgo mas importantes son la cirugía abdominal previa, especialmente tubárica, el antecedentes de un embarazo ectópico previo y la enfermedad inflamatoria pélvica. Otros factores menos frecuentes son la endometriosis, DIU, esterilización tubárica, técnicas de reproducción asistida y la infertilidad^{2,3}.

La clínica depende básicamente de:

- Edad gestacional
- Grado de separación de la placenta
- Integridad del saco gestacional

Pudiendo haber desde pacientes asintomáticas a pacientes con abdomen agudo y compromiso vital como en nuestro caso donde la paciente requirió medidas estabilizadoras. En un estudio de Raziel A, et al sufrieron colapso circulatorio 4 de un total de 19 (21%) pacientes⁴, a pesar de las mejoras diagnósticas de los últimos años⁵.

En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es intraoperatorio, aunque en la literatura reciente se han descrito casos de diagnóstico ecográfico en gestaciones incipientes. Parece que la ausencia de gestación intrauterina por ecografía con concentraciones de B-HCG superiores a 1.500 UI/L podría ser diagnóstica de gestación ectópica⁶. El caso presentado tenía una BHCG de 6.732, con una ecografía que presentaba un útero con reacción decidual sin saco gestacional lo cual nos oriento al diagnóstico.

En el 2002, F. Sergent et al, incapacitan los criterios clásicos de Spiegelberg y proponen: β -HCG>1000 y útero vacuo en la ecografía transvaginal, implicación ovárica confirmada por exploración quirúrgica, trompas normales y β -HCG negativa tras el tratamiento del ovario.

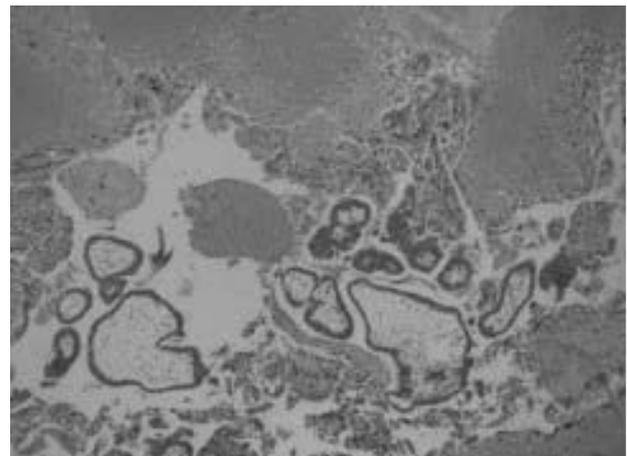


Figura 3: Trompa derecha normal. Confirmación histológica del embarazo ectópico ovárico

C-Cheng et al en el 2000, propone que el diagnóstico correcto en la cirugía sólo se presenta en el 28% de los casos y se identifica embrión en solo 12% lo que indica la difícil diferenciación entre ectópico ovárico y ruptura de quiste de cuerpo lúteo. También destaca la dificultad del diagnóstico postquirúrgico ya que se destruye tejido a medida que progresa el embarazo. Así pues, el diagnóstico definitivo será histológico⁷.

Debido a la gran vascularización del trofoblasto en el tejido ovárico, son frecuentes las hemorragias severas, por lo que la ooforectomía o la resección en cuña amplia del ovario han sido los tratamientos tradicionales. (hasta un 30% padecen shock circulatorio y 35% requirieron transfusión sanguínea)^{3,8}. Nuestro caso requirió 2 concentrados de hemáties postoperatoriamente debido a la hemorragia sufrida en el proceso.

En la actualidad ante situaciones hemodinámicamente estables, sin ruptura, se realiza resección del saco gestacional por vía laparoscópica como tratamiento de elección para obtener en el 75 a 80% de los casos la conservación ovárica preservando la fertilidad por lo que se considera la laparoscopia diagnóstico-quirúrgica el gold standard en cuanto al tratamiento y manejo del cuadro⁹. En la paciente presentada no había ruptura del ovario aunque sí presentaba abundantes coágulos en cavidad y se pudo realizar un tratamiento conservador (ooforectomía parcial).

Se ha observado una mínima destrucción folicular al utilizar electrocoagulación, comprometiendo en menor grado la función ovárica. El methotrexate de manera sistémica también ha sido utilizado en diagnósticos precoces¹⁰ aunque aun faltan estudios concluyentes.

En conclusión, ante la sospecha de un embarazo ectópico ovárico, la conducta ha de ir dirigida a la realización inmediata de una intervención quirúrgica con estabilización hemodinámica de la paciente. La conservación de tejido ovárico estará en función del tipo y extensión de la lesión.

BIBLIOGRAFIA

1. Salas Valien JS, Reyero Alvarez MP, González Morán MA, García Merayo M, Nieves Díez C. Ectopic ovarian pregnancy. *An Med Interna* 1995;12(4):192-4.
2. Brodowska A, Szydłowska I, Starczewski A, Strojny K, Puchalski A, Mieczkowska E, et al. Analysis of risk factors for ectopic pregnancy in own material in the years 1993-2002. *Pol Merkur Lekarski*. 2005;18(103):74-7.
3. Wittich AC. Primary ovarian pregnancy after postpartum bilateral tubal ligation: a case report. *J Reprod Med*. 2004;49(9):759-61.
4. Raziell A, Schachter M, Mordechai E, Friedler S, Panski M, Ron-El R. Ovarian pregnancy-a 12-year experience of 19 cases in one institution. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 10;114(1):92-6.
5. Raziell A, Mordechai E, Schachter M, Friedler S, Pansky M, Ron-El R. A comparison of the incidence, presentation, and management of ovarian pregnancies between two periods of time. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2004;11(2):191-4.
6. Barnhart K, Mennuti MT, Benjamin I, Jacobson S, Goodman D, Coutifaris C. Prompt diagnosis of ectopic pregnancy in an emergency department setting. *Obstet Gynecol*. 1994;84(6):1010-5.
7. Patel Y, Wanyonyi SZ, Rana FS. Laparoscopic management of an ovarian ectopic pregnancy: case report. *East Afr Med J*. 2008;85(4):201-4.
8. Varras M, Polizos D, Kalamara Ch, Antypa E, Tsikini A, Tsouroulas M, et al. Primary ruptured ovarian pregnancy in a spontaneous conception cycle: a case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2002;29(2):143-7.
9. Tinelli A, Hudelist G, Malvasi A, Tinelli R. Laparoscopic management of ovarian pregnancy. *JLS*. 2008;12(2):169-72.
10. Raziell A, Golan A, Pansky M, Ron-El R, Bukovsky I, Caspi E. Ovarian pregnancy: a report of twenty cases in one institution. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;163(4 Pt 1):1182-5.

Noticias en Ginecología y Obstetricia

Noticias seleccionadas por el Dr. Haya J.

Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario de Ciudad Real

LAS MUJERES TIENEN MÁS ORGASMOS SI SU PAREJA ES UNA PERSONA ACOMODADA

Un estudio, de investigadores de la Newcastle University (Reino Unido) ha concluido que las mujeres con parejas económicamente más sólidas tienen más orgasmos. Dicho con palabras más sofisticadas "la frecuencia de los orgasmos femeninos aumenta proporcionalmente al rédito de su pareja". Lo afirma el psicólogo Thomas Pollet que ha coordinado la investigación.

El estudio coordinado por Pollet analiza datos de un experimento sobre asuntos personales, que incluye la vida sexual de 5.000 personas, de ellas 534 mujeres. De esta 121 habían alcanzado el orgasmo "siempre" durante la relación sexual, otras 408 "con frecuencia", unas 762 "alguna vez" y 243 "casi nunca o nunca".

De acuerdo con la investigación las diferencias en el número de veces en llegar al clímax estarían determinado por el dinero. "Los hombres más ricos hacen que sus parejas tengan más orgasmos", asegura Pollet.

El experto explica los resultados del experimento al asegurar que significa "una adaptación evolutiva de las mujeres que eligen a compañeros sexuales de calidad" o mejor, parejas que transmitan seguridad y solidez a la relación.

El estudio, que ha sido realizado en China, podría recibir infinitas críticas por el reflejo que hacen de las mujeres, como unas cazadoras de fortuna. El estudio, sin embargo, habla de números, de cantidad de orgasmos, no de la calidad de estos. La realidad no siempre puede ser recogida por las estadísticas.

LOS ESPERMATOZOIDES SE VUELVEN MÁS COMPETITIVOS CON LA PROMISCUIDAD

Investigadores de la University of Western Australia, de Crawley (Australia), demuestran en un estudio, publicado en la revista "Proceedings of the National Academy of Sciences" (PNAS) que los espermatozoides evolucionan para convertirse en más competitivos en las especies en las que múltiples machos se aparean con una sola hembra, algo que hasta ahora no se había descubierto con datos concluyentes.

Este hallazgo se ha realizado en unos peces africanos de la familia de los cíclidos que tienen espermatozoides más largos y rápidos, algo que según los investigadores probablemente ha afectado a su evolución.

Los investigadores, dirigidos por John Fitzpatrick, descubrieron que los espermatozoides en las especies de cíclidos más promiscuos han

evolucionado para ser más rápido en la carrera a los óvulos que en las especies no promiscuas.

Los autores analizaron 29 especies muy cercanas de cíclidos del lago Tanganika en África Oriental e identificaron evidencia filogenética que muestra que la competición entre los espermatozoides en las especies promiscuas selecciona los aumentos en número, tamaño y longitud de los espermatozoides.

Los investigadores correlacionaron la velocidad de los espermatozoides con el tamaño y muestran que los más largos nadan más deprisa, algo que se esperaba debido a que una cola más larga debería impulsar con más rapidez al espermatozoide.

Una reconstrucción informática de los ancestros de los cíclidos confirmó que la conducta promiscua, y por ello la competitividad en el apareamiento, condujo la evolución de las características de los espermatozoides en estas especies.

SE NECESITA UNA ACCIÓN URGENTE PARA REDUCIR MUERTES MATERNAS

El esfuerzo global para reducir la cantidad de muertes femeninas durante el embarazo y el parto fracasaría si no se toman medidas para mejorar la atención médica en el mundo en desarrollo, según ha comunicado el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Más de medio millón de futuras y recientes madres mueren cada año, principalmente en África y Asia, donde la atención obstétrica y posnatal suele no estar disponible y muchos embarazos se complican a causa del VIH.

El número de muertes maternas se mantuvo sin cambios en las últimas dos décadas, lo que ha dificultado aún más la disminución de la mortalidad infantil. Un recién nacido tiene menos posibilidades de sobrevivir si su madre muere durante o justo después del parto.

"Se ha progresado en la reducción de la mortalidad infantil, pero debe hacerse mucho más, especialmente en la atención de la salud materna y del recién nacido", señaló Ann Veneman, directora ejecutiva de UNICEF, durante la presentación de un informe sobre salud infantil y materna.

"El mundo debe encarar esta tarea con una sensación compartida de urgencia y una respuesta colaboradora", agregó.

La ONU instó a una reducción del 75% en la tasa de mortalidad materna para el 2015, como parte de su programa de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Pero las naciones, especialmente las del mundo en desarrollo, están muy lejos de esa meta.

Alrededor del 99% de las 536.000 muertes maternas estimadas en

todo el mundo en el 2005 se produjeron fuera de los países industrializados, más de la mitad de ellas en África, según el informe de UNICEF.

Las mujeres de las naciones pobres fueron más de 300 veces más propensas a morir en el parto o por complicaciones relacionadas con el embarazo que aquellas de los países desarrollados. Y los niños fueron casi 14 veces más proclives a fallecer durante el primer mes de vida.

UNICEF dijo que muchas de las muertes podrían evitarse mejorando la planificación familiar y la atención posparto y asegurando que haya personal médico entrenado en cada nacimiento.

Cerca de cuatro de cada 10 nacimientos en todo el mundo no son asistidos por un médico u otro profesional de salud, señaló el reporte.

Por otra parte, brindar medicamentos contra el VIH a las mujeres infectadas mejoraría las posibilidades de supervivencia de las madres y sus bebés.

Funcionarios de Naciones Unidas añadieron que los conflictos y crisis políticas complicaban aún más la lucha contra este problema.

Según UNICEF, el lugar más peligroso para dar a luz en el período analizado fue Nigeria, donde la probabilidad de muerte durante el embarazo o el parto en la vida de una mujer es una en siete. El país más seguro para un nacimiento fue Irlanda, donde ese riesgo fue de uno en 47.600. Liberia presentó la tasa más alta de mortalidad neonatal, con 66 decesos cada 1.000 nacimientos con vida.

EN LOS ESTADOS UNIDOS SE HA PRODUCIDO UN AUMENTO CONSIDERABLE DE INFECCIONES DE CLAMIDIA

El número de estadounidenses recién infectados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), de clamidia y de sífilis, sigue en aumento, según un informe de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Concretamente las infecciones por clamidia alcanzaron una cifra récord de más de un millón de casos nuevos al año.

“La mala noticia del año pasado ha continuado”, advirtió el Dr. John M. Douglas Jr., director de la División de prevención de ETS de los CDC. “Estas infecciones siguen en niveles muy altos, francamente, inaceptables”.

La clamidia y la gonorrea, las dos enfermedades infecciosas más comúnmente sobre las que se informa en los Estados Unidos, fueron en conjunto responsables de casi 1,5 millones de los casos informados de ETS en 2007.

“La clamidia ha alcanzado un récord histórico de 1,1 millones de casos. Aumentó en alrededor de 7% desde 2006”, aseguró el Dr. Douglas. “Hubo unos 355.000 casos de gonorrea”.

Aunque se diagnostican y tratan con facilidad, las ETS con frecuencia ocurren sin síntomas y no se tratan. Sin tratamiento, la clamidia y la gonorrea pueden causar enfermedad pélvica inflamatoria, una afección que origina que hasta 50.000 mujeres de Estados Unidos se vuelvan infértiles cada año, según el informe “Vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual, 2007”.

El índice general de infecciones por clamidia entre las mujeres fue de 543,6 casos por 100.000 mujeres, casi tres veces el índice de los hombres, de 190 casos por 100.000 hombres, según el informe.

El creciente número de casos de clamidia es en realidad un reflejo de que más gente se haga las pruebas, no de una mayor incidencia de

la enfermedad en la población, señaló el Dr. Douglas. “Es una noticia tanto buena como mala. Desearíamos que las cifras bajaran, pero sabemos que antes de bajar, tienen que subir”, apuntó.

Los índices de gonorrea han permanecido estables durante los últimos diez años, dijo Douglas. “Es estable en un nivel bastante alto. Representa un ejemplo en que tenemos la mitad del trabajo hecho. La gonorrea ha disminuido desde su punto álgido en los 70, pero nos nivelamos a finales de los 90, y desde entonces estamos iguales”, apuntó.

Los índices de gonorrea también fueron más altos entre las mujeres, con 123,5 por 100.000 mujeres, frente a 113,7 por 100.000 hombres, según el informe.

Pero es probable que esas cifras sean apenas la punta del iceberg, anotó el Dr. Douglas. Los CDC calculan que apenas la mitad de todas las nuevas infecciones de clamidia y gonorrea son reportadas, lo que lleva la cifra real de gente infectada a más cerca de tres millones.

“Pensamos que en realidad hay entre dos y 2,5 casos de clamidia al año”, dijo.

El informe también encontró un continuo aumento en los índices de sífilis. Los índices de sífilis, que casi se eliminó hace apenas una década, comenzaron a aumentar en 2001 y subieron 15,2% entre 2006 y 2007, especificó el Dr. Douglas.

“Nos atrasamos en la recurrencia de sífilis entre los hombres que tienen sexo con hombres”, explicó el Dr. Douglas. “Ha habido un éxito limitado en tratar de controlar eso, pero hemos comenzado a ver una recaída en algunas de las poblaciones mejor controladas”.

Los aumentos en la sífilis en 2007 se observaron sobre todo entre mujeres. “Hemos visto aumentos en los bebés, que se trata de la población civil más inocente de todas”, apuntó. Además, si se tiene sífilis, también se tiene una probabilidad de 50% de ser VIH positivo.

El informe encontró unas disparidades raciales continuas en los casos de ETS. La gonorrea fue 19 veces más común entre los negros que entre los blancos; la clamidia ocho veces más común; y la sífilis siete veces más común. Las mujeres negras de 15 a 19 años tenían los índices más altos de clamidia (9.647 por 100.000 personas) y gonorrea (2.956 por 100.000 personas), según el informe.

LA TOS FORZADA ALIVIA EL DOLOR DURANTE LA BIOPSIA DE CUELLO UTERINO

Forzar la tos durante una biopsia de cuello uterino es tan útil como una inyección local de lidocaína para reducir la incomodidad que causa esta intervención, según indicó un nuevo estudio de la Medical University of Vienna (Austria). “Además, la tos forzada ahorra tiempo y reduce los costos asociados con la biopsia”, señalaron los autores en “American Journal of Obstetrics and Gynecology”.

El autor principal del estudio, el Dr. Bernd C. Schmid, manifestó que “la experiencia nos dice que forzar la tos es un buen método de alivio del dolor en intervenciones menores”. “Este es el primer artículo que describe con éxito ese método durante una biopsia de cuello uterino y aporta evidencias de su utilidad”, agregó.

El estudio incluyó a 68 mujeres sometidas a una biopsia de cuello uterino para evaluar resultados anormales del Papanicolaou. Aleato-

riamente, las mujeres recibieron una inyección cervical de lidocaína o forzaron la tos al momento de la biopsia para reducir el dolor.

Los autores hallaron que el nivel de dolor, en una escala de 0 a 10 centímetros, fue de 2,3 cm con lidocaína y de 3 cm con la tos forzada, lo que no es una diferencia estadísticamente significativa.

“Pero cuando se les aplicó la anestesia local, el examen se prolongó significativamente una media de 2,11 minutos”, informaron.

El equipo dirigido por el Dr. Schmid concluyó que el dolor durante las biopsias de cuello uterino “se puede reducir con tos forzada igual que con la una inyección de anestesia local, pero de manera más económica y rápida”.

NIVEL EDUCATIVO MATERNO Y RIESGO DE PARTO PREMATURO

Las embarazadas con un bajo nivel de educación formal tienen casi el doble de probabilidades que el resto a tener un parto prematuro, según reveló un estudio publicado en “Archives of Disease in Childhood Edition, Fetal and Neonatal”. La mayor parte del riesgo puede atribuirse a las desventajas de la baja calidad educativa, en lugar del nivel educativo en sí.

De hecho, según la Dra. Pauline W. Jansen, “los factores identificados en el estudio, como la edad joven, el estrés, el tabaquismo o el sobrepeso, se pueden modificar a través de distintas intervenciones”.

El equipo dirigido por la Dra. Jansen, del Erasmus MC-University Medical Center Rotterdam (Holanda), investigó las características de 3.830 embarazadas holandesas de unos 31 años de edad.

De ellas, 1.264 dijeron tener estudios superiores (por encima del título de bachiller) y 638 tenían no más de tres años de colegio secundario (el grupo de menor nivel educativo). El resto las participantes había alcanzado un nivel entre ambos extremos.

Los autores hallaron que las mujeres con menor nivel educativo eran un 89% más propensas a dar a luz prematuramente que aquellas con la mayor educación formal.

Asimismo, las mujeres con bajo nivel educativo parecían acumular más estrés psicológico y estilos de vida poco saludables “que terminaban asociados con un mayor riesgo de parto prematuro”.

Por ejemplo, los distintos análisis de los factores potencialmente asociados con el parto prematuro, como la edad, la altura, los factores de riesgo del embarazo (preeclampsia, problemas económicos y dificultades de largo plazo), características psicológicas, tabaquismo, consumo de alcohol e índice de masa corporal, demostraron que cada uno era responsable de distintos niveles de riesgo.

La combinación de todos esos factores no explicó el 10% del riesgo extra de parto prematuro asociado con un menor nivel educativo.

El estudio explica “gran parte del riesgo excesivo de parto prematuro en las embarazadas de menor nivel educativo”, dijo la Dra. Jansen.

El equipo sugiere invertir en políticas de reducción de los riesgos modificables de parto prematuro y en la investigación de otros posibles factores, como el intervalo entre embarazos, la dieta y la vaginosis bacteriana.

DOLOR CRÓNICO FRECUENTE CAUSADO POR LA INCISIÓN DE PFANNENSTIEL EN LAS CESÁREAS

Es frecuente que las mujeres sufran dolor crónico después de una incisión de Pfannenstiel que se utilizan para las cesáreas u otras cirugías, según han señalado investigadores del Máxima Medical Centre, de Veldhoven (Holanda), en un estudio publicado en “Obstetrics and Gynecology”.

En los casos de moderados a graves, el dolor aparece por la compresión de los nervios cercanos.

Pfannenstiel es una incisión curva justo por debajo de la línea del bikini. Aunque se usa para asegurar el acceso en cesáreas e histerectomías, los autores señalaron que también se utiliza para distintas cirugías ginecológicas, la apendicectomía, la extirpación de la próstata o la reparación de una hernia. En los últimos años, la incisión se ha utilizado para diferentes cirugías laparoscópicas.

A pesar de su popularidad, existen estudios que la relacionan con el dolor crónico. Para analizarlo, el equipo dirigido por el Dr. Maarten J. Loos realizó una encuesta sobre el dolor entre 866 mujeres operadas mediante una incisión de Pfannenstiel por una cesárea o una histerectomía entre el 2003 y el 2004.

El equipo se entrevistó y examinó a todas las mujeres con dolor moderado o grave. El 80% de las pacientes (690) respondieron el cuestionario. Un tercio de ellas dijo que sentía dolor crónico, pero apenas el 7% lo consideraba moderado o grave. El 8,9% sentía que el dolor afectaba sus actividades.

Los factores relacionados con el dolor crónico incluían haber tenido más de una cirugía por incisión de Pfannenstiel, sentir entumecimiento y haber tenido una cesárea de emergencia. Diecisiete de las 32 mujeres con dolor moderado a grave sufrían una compresión nerviosa.

“Aunque otros estudios identificaron la aparición de dolor crónico después de una incisión de Pfannenstiel, este nuevo estudio demuestra la gran prevalencia del dolor que causa esta técnica, ayudado por varios factores de riesgo”, concluyó el equipo.

NACIDA SIN EL GEN BRCA1

La primera niña británica, seleccionada genéticamente para no portar el gen BRCA1, que predispone a desarrollar cáncer de mama, ha nacido en Londres (Reino Unido), según informó el University College London Hospital. Tanto la madre como la niña se encuentran bien, precisó el equipo de ese centro, responsable del tratamiento que ha evitado que los padres transmitan a la pequeña el gen BRCA1.

La identidad de los padres de la niña se desconoce, pero la prensa ha informado de que el marido es portador del gen y de que a tres generaciones de mujeres de su familia (entre ellas su abuela, su madre, su hermana y una prima) se les diagnosticó el tumor.

El director de la Unidad de Reproducción Asistida del hospital, Dr. Paul Serhal, que no facilitó la fecha del nacimiento, señaló que “la niña no tendrá que afrontar el riesgo de esta carga genética del cáncer de mama o cáncer de ovario cuando sea adulta”.

El legado de los padres es impedir que esta forma de cáncer que ha malogrado a la familia durante generaciones afecte a su descendencia, agregó el Dr. Serhal.

El pasado junio, la madre, de 27 años, decidió recurrir a la selección genética tras ver de cerca el caso familiar. Sin la intervención de la ciencia, la niña habría tenido entre un 50% y un 80% de probabilidades de desarrollar el cáncer. Por ello, el equipo médico examinó diversos embriones y seleccionó los que estaban libres de ese gen.

El permiso para autorizar este método que permitió el nacimiento de la niña fue otorgado por la Autoridad de Embriología y Fertilización Humana (HFEA).

AMENAZA DE ENFERMEDAD EN EL EMBARAZO MEJORA DEL SISTEMA INMUNITARIO DEL FUTURO NIÑO

Científicos de la Universidad de Nottingham (Reino Unido) han descubierto que cuando existe la amenaza de sufrir alguna enfermedad durante el embarazo las madres dan a luz crías menos agresivas y con un sistema inmunitario mejor, según publican en "Proceedings of the Royal Society B".

En el estudio, varias hembras de ratón que estaban embarazadas fueron alojadas junto con ratones machos infectados con *Babesia microti*, un parásito que causa síntomas como la anemia. La división de las jaulas permitió que las hembras pudieran ver, oír y oler a sus vecinos infectados, pero no tocarlos, para asegurar que la enfermedad no se propagara.

Los investigadores midieron el efecto de estas "señales ambientales" en la fisiología materna y en su comportamiento, junto con el comportamiento social y la respuesta inmune a la amenaza de la enfermedad en la cría adulta, y observaron un incremento de los niveles de corticosterona en el torrente sanguíneo, después de que estas hembras hubieran vivido cerca de ratones infectados.

Según observaron los investigadores, las crías de estas hembras eran menos agresivas en edad adulta que el resto de crías. Además, en la parte final del estudio, las otras crías, cuyas madres no habían convivido con los ratones infectados, fueron infectadas con el parásito para comprobar si la exposición ambiental afectaba a su sistema inmunitario, padecían una forma más temprana y grave de dicha enfermedad.

La directora de la investigación, la Dra. Olivia Curno, señaló que "parece que las madres preparan a sus crías para el ambiente en el que vivirán". "Es poco probable que los ratones sean las únicas especies que posean esta fascinante habilidad, por lo que nuestro trabajo podría tener implicaciones importantes a la hora de comprender los procesos epidemiológicos y la susceptibilidad individual a desarrollar enfermedades en general", concluyó.

TRATAMIENTO DE FIBROIDES UTERINOS Y POSIBILIDAD DE EMBARAZO POSTERIOR

Un estudio efectuado en el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe ha revelado que el tratamiento de embolización de la arteria uterina (EAU) no daña la fertilidad de las mujeres jóvenes con fibroides uterinos.

La histerectomía, que es la cirugía tradicional para los fibroides, resuelve el problema con la extirpación completa del útero. En cambio, en la EAU se introduce un catéter para inyectar pequeñas partículas

en los vasos que alimentan los tumores y, así, privarlos de sangre y hacer que se achiquen. Dado que no se extirpa el útero, la EAU conserva la posibilidad de embarazo en un futuro.

Aunque estudios previos demostraron que el riesgo de "fallo ovárico" en las menores de 40 años sometidas a una EAU es insignificante (menos del 1%), la preocupación por el efecto del procedimiento sobre la fertilidad femenina persiste, según indicó el equipo en la revista "Fertility and Sterility".

Para describir mejor ese efecto, el equipo de la Dra. Isabel Pinto Pabón, estudió a 100 mujeres con fibroides uterinos con dolor y tratadas con EAU entre el 2002 y el 2006.

Entre las 39 mujeres de 40 años o menos que deseaban mantener la fertilidad hubo 11 embarazos en 10 mujeres, que concibieron entre los cinco y los 30 meses posteriores al tratamiento, incluida una paciente que quedó embarazada dos veces. Dos embarazos se lograron con reproducción asistida y nueve fueron espontáneos.

Hubo tres casos de aborto en dos mujeres, pero esa cantidad "no supera la tasa para la población general", destacaron los autores.

LA CESÁREA TEMPRANA EN EMBARAZOS A TÉRMINO IMPLICA RIESGOS PARA EL NIÑO

Más de la mitad de los nacimientos por cesárea son realizados por elección y más de un tercio de esas cirugías se efectúa muy pronto, lo que pone en riesgo a los niños de desarrollar problemas respiratorios y otras dificultades, según informaron investigadores de la Universidad de Alabama (Estados Unidos).

El estudio, sobre 13.258 nacimientos, reveló que el riesgo de complicaciones se duplicaba si se realizaba una cesárea a las 37 semanas, cuando el niño es considerado "a término", en lugar de a las 39 semanas, cuando el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos califica a la operación como segura.

A las 38 semanas, el riesgo de complicaciones era un 50% mayor, publican los autores en "The New England Journal of Medicine".

"Incluso aquellos nacimientos por cesárea realizados unos tres días antes de la semana 39 sufren un aumento de estos resultados adversos", explica el Dr. Alan Tita, que dirigió el estudio.

Pese a las indicaciones del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, el 36% de los partos por cesárea se realiza prematuramente y los expertos creen que la investigación habría subestimado el peligro de complicaciones.

Esta subestimación se debería a que el estudio fue llevado a cabo en 19 hospitales académicos, donde los médicos suelen cumplir con las directrices nacionales. "Se presume que sería mayor si se observa a los médicos privados de la comunidad", afirmó el Dr. Tita.

Otro motivo es que los investigadores no tenían forma de saber si la cesárea se efectuaba después de que los médicos realizaban una amniocentesis para confirmar la maduración del desarrollo pulmonar del feto.

Si se excluyen esos casos, el riesgo de nacimiento prematuro por cesárea electiva sería aún mayor, predijeron los autores.

"Suele existir la idea de que un niño de 37 semanas de gestación es un niño a término. Esa es nuestra práctica estándar", aseguró el Dr. Tita.

"Por ello, creo que las mujeres cuando llegan a esta edad gesta-

cional están cansadas del embarazo, ansiosas por ver al recién nacido y comienzan a pedir la cesárea. Por eso creo que parte de esto se debe a la presión de las pacientes que quieren dar a luz y de los médicos que quieren complacerlas”, agregó.

El estudio también señaló que los médicos tampoco deben esperar demasiado, dado que la tasa de complicaciones aumentaba después de las 41 semanas de embarazo.

NUTRICIÓN PRENATAL Y PROTECCIÓN FRENTE A LAS ALERGIAS

Una reciente investigación sugiere que las futuras madres que comen manzanas durante el embarazo tienen hijos con tasas más bajas de asma. Además, las que consumen pescado durante la gestación podrían reducir el riesgo de que el niño desarrolle eccema de tipo alérgico.

“Hay influencias en el útero que pueden tener efectos duraderos”, afirmó la Dra. Jennifer Appleyard, del St. John Hospital and Medical Center (Estados Unidos). “Cada vez más, estamos encontrando influencias para la salud posterior desarrollándose antes de lo que habíamos anticipado”.

Investigadores holandeses realizaron el seguimiento a 1,253 niños entre el nacimiento y los 5 años de edad. Sus madres rellenaron cuestionarios de alimentación durante el embarazo y la salud de los niños se evaluó con un cuestionario de síntomas. También se evaluaron las dietas de los niños.

Las mujeres que consumieron la mayor cantidad de manzanas durante el embarazo, más de 4 a la semana, tuvieron hijos que tenían 37% menos probabilidades de experimentar respiración sibilante en algún momento que aquellos cuyas madres habían declarado el consumo más bajo de manzanas durante el embarazo. Además, los hijos de las consumidoras de manzanas tuvieron 46% menos probabilidades de presentar síntomas de asma y 53% menos de asma confirmada por el médico que aquellos cuyas madres no comieron la fruta.

El mecanismo que subyace a los efectos aparentemente protectores de la manzana necesita ser estudiado con mayor detenimiento, aunque podría tener que ver con los flavonoides y otros antioxidantes que contienen las manzanas, señaló el Dr. Devang Doshi, del Beaumont Hospital de Royal Oak (Estados Unidos)

El estudio, publicado en “Thorax”, también halló que las madres que consumían pescado más de una vez a la semana tuvieron hijos que eran 43% menos propensos al eccema que los de las mujeres que nunca comieron pescado.

LOS RIESGOS DE LA EPIDURAL SON MENORES DE LO QUE SE PENSABA

El riesgo que se concede a la anestesia epidural en embarazadas y en pacientes que se someten a cirugía podría ser exagerado. Esta es la principal conclusión de un nuevo estudio elaborado por los investigadores del Royal United Hospital Bath (Reino Unido), que han analizado las complicaciones de las 700.000 inyecciones de este tipo que se administran cada año en Reino Unido. Así, esta investigación

estableció que el riesgo de daño de estas anestias es de 1 entre 23.000 y en las embarazadas desciende hasta 1 entre 80.000.

El equipo de Bath recogió los datos de todos los hospitales del Reino Unido y encontró que sólo entre 14 y 30 pacientes fueron permanentemente perjudicados. De todas maneras, los investigadores no podrían ser totalmente exactos porque, en algunos casos, la causa de la lesión no era totalmente clara. De estos afectados, entre 5 y 13 sufrieron parálisis y entre 3 y 6 fallecieron, según publican en el “British Journal of Anaesthesia”.

Este estudio encontró que el riesgo de daño era diez veces menos de lo que se estimaba hasta el momento. Los investigadores aseguran, además, que las mujeres embarazadas no deberían estar excesivamente preocupadas con su situación, ya que su riesgo de daño es inferior a uno entre 80.000. En este sentido, los investigadores aseguran que es importante informar a los pacientes acerca de la verdadera situación de riesgo en la que se encuentran.

Según los estudios, la mayoría de estas complicaciones fueron inevitables y como resultado de la reacción del individuo al procedimiento y no relacionadas con la forma en que se llevó a cabo.

El Dr. Tim Cook, investigador principal, asegura que “los resultados son tranquilizadores para los pacientes”. Sin embargo, añade que los doctores no deben ser displicentes en la administración de estos complicados procedimientos.

NEUTRALIZACIÓN DE ANTICUERPOS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE LA HEPATITIS C

En mujeres embarazadas y coinfectadas por el VIH y virus de hepatitis C, bajos niveles de neutralización de anticuerpos (nAbs) de la hepatitis no parecen prevenir el riesgo de transmisión de esta enfermedad al hijo, según publica el “Journal of Infectious Diseases”.

El equipo del Dr. Stuart C. Ray, de la John Hopkins School of Medicine (Estados Unidos) llevó a cabo un estudio con 63 madres con hepatitis C y coinfectadas por el VIH. Sesenta de estas mujeres transmitieron el virus de la hepatitis C a sus hijos.

Los autores concluyeron que no había “evidencia que la nAbs del virus de la hepatitis C pudiese evitar la transmisión vertical del citado virus al hijo”.

Sin embargo, los autores consideran que no se ha determinado todavía si altos niveles de nAbs podrían proteger de esta transmisión, como generalmente ocurre en casos de mujeres con VIH -negativo, infectadas con hepatitis C, que raramente transmiten este virus al recién nacido.

VISITAS DOMICILIARIAS PARA REDUCIR EL RIESGO DE BAJO PESO AL NACER

Un programa de visitas domiciliarias para embarazadas de bajos recursos reduce el riesgo de dar a luz a un niño con bajo peso, según revela un estudio publicado en el “American Journal of Preventive Medicine”.

Los autores hallaron que las mujeres que habían recibido los servicios de atención domiciliaria del programa Healthy Families New York

(HFNY) tuvieron la mitad de probabilidades de tener un niño con bajo peso al nacer que un grupo control que no había recibido esos servicios.

Los resultados sugieren que las visitas domiciliarias son una forma de controlar el problema del bajo peso al nacer, que aumenta el riesgo de que el recién nacido sufra problemas de salud.

HFNY surge del programa nacional Healthy Families America, que incluye visitas domiciliarias a embarazadas de bajos recursos con riesgo de sufrir complicaciones en la gestación y el parto.

Quienes realizan las visitas son personas formadas de la misma comunidad y etnia. Ayudan a las mujeres a acceder a la atención médica y social cuando es necesario. Conversan con ellas sobre nutrición y conductas saludables en el embarazo, lo que disminuye los hábitos de riesgo y el estrés, y las preparan psicológicamente para la maternidad.

Para el estudio, el equipo controló a 501 embarazadas que al azar integraron uno de dos grupos: uno recibió las visitas domiciliarias del programa HFNY y el otro recibió información sobre otros servicios, pero sin consultas a domicilio (grupo control).

El 5% de las mujeres del primer grupo tuvo un niño con bajo peso, comparado con el 10% del grupo control.

El programa fue especialmente útil para las mujeres negras y latinas. No hubo diferencias evidentes entre las mujeres blancas que recibieron o no las visitas.

“Los visitantes de Healthy Families New York ayudaron a esas madres a lograr la experiencia de un embarazo saludable en distintas áreas”, explicó la autora principal del estudio, Dra. Eunju Lee, de State University of New York (Estados Unidos).

El estudio demostró que los visitantes a domicilio ayudaron a que algunas mujeres accedieran a un médico de atención primaria, señaló la Dra. Lee.

Ella y su equipo sospechan también que otros beneficios, como la reducción del estrés y el acceso a servicios sociales como el programa federal de nutrición WIC, permitieron prevenir algunos casos de bajo peso al nacer.

LA BIOPSIA CORIAL PUEDE AUMENTAR EL RIESGO DE QUE EL BEBÉ PRESENTE ANGIOMAS INFANTILES

La biopsia corial, realizada al comienzo del embarazo para identificar defectos genéticos en el feto, como el síndrome de Down, estaría asociada con un mayor riesgo de que el bebé tenga una mancha de nacimiento o angioma infantil.

La biopsia de vellosidades coriónicas consiste en usar una aguja para extraer una muestra de la estructura embrionaria que forma la placenta. Se puede realizar a partir de la semana 10 de embarazo y permite obtener células fetales para identificar anomalías cromosómicas.

Dado que varios estudios publicados en la década de 1990 habían sugerido que la prueba podía afectar al bebé, el Dr. Lewis B. Holmes revisó la literatura para definir si el test podía estar asociado con los hemangiomas infantiles y hasta defectos en las extremidades.

“Sólo existen unos pocos estudios sobre la incidencia de hemangiomas en niños expuestos a la prueba”, indicó el Dr. Holmes, del

Massachusetts General Hospital for Children (Estados Unidos), en “Journal of Craniofacial Surgery”.

En uno de esos estudios, señaló el Dr. Holmes, los investigadores habían hallado “hemangiomas cavernosos o “en frutilla” en 12 de 95 bebés expuestos a la prueba (12,6%), a diferencia de tres de 87 niños expuestos a amniocentesis (3,4%), que se realiza en una etapa más avanzada del embarazo.

En otro estudio, el 21,1% de 578 bebés que habían estado expuestos a la prueba tenía un hemangioma, comparado con el 7,4% de 445 que habían estado expuestos a amniocentesis. Algunos bebés en el primer grupo, pero ninguno en el segundo, tenían hemangiomas múltiples.

El Dr. Holmes buscó también pruebas de la relación entre el test y los defectos congénitos en las extremidades, en especial en los dedos de las manos, y halló algunas correlaciones “evidentes”.

La evidencia sugiere que esos riesgos aumentan cuanto más temprano se hace la prueba de vellosidades coriónicas en el embarazo, como por ejemplo a las semanas ocho y nueve de gestación.

Un estudio grande halló subdesarrollo o ausencia de un par de dedos en uno de 3.372 bebés expuestos a la prueba, comparado con uno de 53.751 no expuestos.

Una investigación realizada en varios estados entre 1988 y 1992 demostró que los defectos en las extremidades eran “seis veces más comunes en los bebés expuestos a la prueba de vellosidades coriónicas que en los no expuestos”, indicó el autor.

Con todo, dado que la prueba detecta enfermedades genéticas graves, como el síndrome de Down, “los beneficios de sus resultados superarían el riesgo probable de hemangiomas u otras anomalías”, declaró el editor jefe de la revista.

ABORTO ESPONTÁNEO Y PROBLEMAS EN POSTERIORES EMBARAZOS

Algunas mujeres que han experimentado varios abortos espontáneos saben que esto constituye un riesgo de complicaciones en próximos embarazos. Sin embargo, incluso tener un solo aborto parece ser un factor muy importante para tener problemas en posteriores gestaciones, según revela un estudio del Aberdeen Maternity Hospital (Reino Unido), publicado en “BJOG”.

“Nuestro trabajo, basado en el análisis de los registros de embarazos de más de 32.000 mujeres, muestra que haber tenido un primer aborto aumenta el riesgo de complicaciones en el siguiente embarazo”, explica el Dr. Sohinee Bhattacharya.

Para su estudio, los investigadores analizaron los resultados de los embarazos de 1.561 mujeres que previamente habían experimentado un aborto; 10.549 que en su primer embarazo habían dado a luz un niño vivo; y 21.118 que estaban embarazadas por primera vez.

Comparadas con las mujeres con un primer embarazo y las que anteriormente habían dado a luz un hijo vivo, las del grupo de aborto previo presentaron un mayor riesgo de resultados adversos. Entre ellos, amenaza de aborto espontáneo, necesidad de inducción al parto, parto prematuro y hemorragia posparto.

EL SEXO DE LOS HIJOS PARECE DEPENDER DE LOS GENES MASCULINOS

Un investigador de la Universidad de Newcastle (Reino Unido) ofrece una nueva explicación sobre cómo los seres humanos podemos mantener un equilibrio entre hombres y mujeres en la población, pese a la gran cantidad de varones jóvenes que mueren en guerras y al aborto selectivo de fetos femeninos en ciertas partes del mundo.

El Dr. Corry Gellatly propone que existe un gen que determina si un hombre tendrá más hijos varones, mujeres o igual cantidad de unos y otras.

Cuando faltan mujeres en una población, ellas tienen mayor probabilidad de encontrar una pareja y, por lo tanto, tienen más probabilidades de pasar a sus hijos el gen que aumenta la probabilidad de tener niñas. Y cuando escasean los hombres, ese fenómeno reproductivo se invierte.

“Es un mecanismo de contrapeso. No se puede tener una población que tienda a estar integrada solamente por mujeres o por hombres”, explicó el Dr. Gellatly.

La relación de nacimientos de varones con respecto a los de mujeres creció significativamente al finales de cada guerra mundial en los países involucrados. Varias hipótesis trataron de explicar ese fenómeno.

Una idea es que, al regresar, los soldados tenían relaciones sexuales muy frecuentes con sus parejas, lo que adelantaría la fertilización en el ciclo menstrual e incrementaría la probabilidad de tener hijos varones. Otra hipótesis sostiene que los hombres más corpulentos son más propensos a sobrevivir a las guerras y a tener hijos varones.

Tras analizar 927 árboles genealógicos de Norteamérica y Europa que incluyeron a 556.387 personas en total, Gellatly propone su nueva explicación. En su artículo, publicado en la edición en internet de “Evolutionary Biology”, el investigador sugirió que los hombres serían portadores de un gen que controla la relación de espermatozoides que contienen cromosomas X e Y, y así la probabilidad de ser padre de

varones y mujeres. Las mujeres también son portadoras de ese gen y lo pasan a sus hijos, pero no lo expresan.

Gellatly diseñó un modelo informatizado para simular cómo actuaría el gen en 500 generaciones, además de examinar si la relación de sexos de los hijos en árboles genealógicos reales respaldaba su hipótesis. Ambos experimentos incluían su idea de la existencia del gen del género.

El gen del género sería muy antiguo, dijo el autor, y estaría presente quizás en muchas especies (plantas o animales) que se reproducen sexualmente.

Casi todos nuestros genes están agrupados en pares, cada uno heredado del padre y la madre. Gellatly propone que el gen que controla el género de los hijos viene en versión “masculina” y “femenina” con tres combinaciones posibles de los dos.

Así, un hombre puede tener un gen “varón-varón”, que promovería la formación de espermatozoides con cromosoma Y; un gen “varón-mujer”, que lo haría producir casi la misma cantidad de espermatozoides con cromosoma X e Y; y un gen “mujer-mujer”, que lo haría producir más espermatozoides con cromosoma X.

“La estructura del gen propuesto es muy básica y su función se limita a decir solamente produce más varones o produce más mujeres”, explicó Gellatly.

El gen, añadió el autor, aumenta la probabilidad de que un hombre tenga hijos de un determinado género, pero no da certezas, y la herencia de padre a hijo disminuye por influencia del gen que aporta la madre. “Es un efecto bastante reducido. Si fuera mayor, no habría pasado desapercibido antes”, añadió.

La teoría de Gellatly explicaría también por qué aumentarían los nacimientos de varones después de una guerra. Las familias con más hijos varones tenderían a tener hijos supervivientes, que pueden transmitir sus genes, mientras que las familias con menos hijos varones tienen menos probabilidades de tener hijos supervivientes.

Necrológica

Falleció el Profesor Caballero Gordo

Cruz y Hermida J

Con el sol ardiente de este verano de 2008, que quemaba su pobre hilo vital, ha surgido el frío de la muerte para llevarse sus precarios rescoldos de vida a esa otra orilla que hacía tiempo le esperaba. Adelardo Caballero ha fallecido en Madrid, ciudad que le vio nacer hace 84 años.

Más de cuatro años de esforzada lucha y sufrimiento por vencer una enfermedad in-vencible. Años de lucha digna y ejemplarizante para todos cuantos le rodeaban que veían en él lo que ya sabían; la presencia serena de un hombre excepcional con plenitud de valores de todo tipo.

Cuando nos vimos los dos la última vez, en los albores de este verano, no explotó la fácil conmisericordia con su enfermedad; sólo me dijo: «creo que todavía tengo fuerzas para escribir unas poesías. Si llegamos a tiempo, te las enviaré para que las publiques en TOKO». Lo encontré débil de cuerpo pero fuerte de ánimo; consciente de que ya sólo era retazos de vida para sobrevivir apoyado en un canto de valentía.

Conocí a Adelardo Caballero, un joven Licenciado en Medicina, hace la friolera de 60 años, en el Servicio y Cátedra de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de San Carlos. Totalmente fiel a su «patrón», don José Botella, vivía y trabajaba adherido a él para continuar su fabulosa línea de investigación y trabajo, entre aquella selecta pléyade de colaboradores veteranos de la Cátedra: Bedoya, García Funcasta, Sopena, Nogales, Lafuente, Gálvez, Vilar y Montalvo, que alentaban con su prestigio el quehacer diario de los jóvenes: Puras, Plaza, Marín Bonachera, Requesens y tantos otros. Caballero por su inteligencia y laboriosidad de trabajo, convivía, en igualdad, con viejos y jóvenes, sobresaliendo entre los demás y estimulando la fijación del maestro Botella en aquel joven y brillante médico. Cuando con el paso de los años, se trasladó del viejo San Carlos, al nuevo y ya prestigioso Instituto Provincial madrileño de Obstetricia y Ginecología, se formó allí un notable triunviro de profesionales que gozaba del respeto y estima del Prof. Botella. Fueron los tres piezas preferentes de la acogida de don José, provenientes de la Escuela Obstétrica Provincial de Mesón de Paredes: Caballero, González Merlo y Zamarriego. Todos portadores de la admirada «marca de la casa».

El Prof. Caballero Gordo fue un hombre que supo «hacerse a sí mismo». De orígenes sociales bajos (hijo de un modesto trabajador en su puesto de ordenanza), fue un estudioso nato de las Ciencias de la Reproducción, costeándose su carrera con becas nacidas a costa de las innumerables Matrículas de Honor conseguidas. Subió así esa difícil escalera hasta alcanzar los últimos peldaños que le dieron el alto relieve social que siempre le acompañó y la constatación de triunfo en su brillante trayectoria científica.

Su currículo fue realmente singular, reflejando oposiciones y publicaciones por doquier. Fue alumno interno del Hospital Clínico de San Carlos y la Diputación Provincial. En la «Maternidad de O'Donell» (hoy «Gregorio Marañón») obtuvo la plaza de Jefe Clínico. Posteriormente la de Jefe de Servicio (sucediendo a su maestro el Prof. Botella), y ejerciendo en ella, fue nombrado Director de la Maternidad, coordinando los tres importantes servicios (el suyo propio y los de los profesores Trincado y Clavero Núñez).

En el ámbito de la docencia –que tanto le gustaba y para la que estuvo tan bien dotado– alcanzó sucesivamente la plaza de Profesor Agregado, Titular y Emérito de la Universidad. Dirección de Tesis y Tesinas, Comunicaciones y Ponencias en Congresos y Simposios y cientos de artículos publicados, así como libros, son de su propia autoría.

Su propio maestro, en sendos párrafos del Prólogo que le escribió en 1985 para su excelente libro «La menopausia y sus problemas», destaca sin cortapisas de ningún tipo, su admiración por su discípulo, en una redacción de estilo biográfico que, por su forma y fondo merece transcribirse:

«Conocí a Caballero hace ya muchos años. Él era entonces un estudiante, por cierto con un expediente todo matrículas de honor, y yo era un joven aspirante a Catedrático lleno de ilusiones. Enseguida me llamó la atención como alumno, en aquellas clases aun no masificadas del viejo San Carlos y como Interno en las Salas de aquella Maternidad de la calle de Mesón de Paredes, tan vieja y tan caduca, pero en la que tanta buena obstetricia se hacía. Lo ví crecer y madurar, orienté sus primeros trabajos, publicados con enorme ilusión, y unos años después le ví marchar al Colegio de San Clemente de Bolonia donde hizo su Tesis Doctoral y trabajó en la Clínica de Bacialli. Volvió a España en posesión de un «cum laude» boloniense y el Premio Vittorio Emanuele II, cosa muy rara ayer como hoy, y desde entonces, hasta que ya voló con alas propias y fue a su vez profesor, no se separó de mi lado. Cuando a finales de 1956 se inauguró la maternidad de la calle O'donell de la que ya no habría de separarse, fue uno de mis mejores colaboradores. Uno de esos hombres que siempre están dispuestos a trabajar las horas extras que se le pidan; todo lo estudian y lo aprenden y para los que el trabajo nunca es una carga sino un motivo de alegría y satisfacción. No puedo, por falta de espacio, ni sería tampoco oportuno hacer aquí el curriculum del autor. Sí quiero decir lo dura y lo injustamente que los tribunales de Oposición a Cátedra lo trataron. Había una conspiración contra su maestro y tenía que pagar los cascos rotos el discípulo. Pero la Justicia Divina, que al final se impone, quiso que alcanzara, tras brillantísima Oposición, la plaza de

Profesor de la Maternidad Provincial donde él se había formado; la plaza que un día fue de mi padre y maestro, don José Botella y Montoya, que él en sus últimos años alcanzó también a conocer».

(Cinco amplios párrafos más completan este sugestivo Prólogo).

Desde muy joven fue líder en proyectos y trabajos de investigación: Esterilidad funcional, orgánica y psicógena. Estudio del endometrio funcional y patológico. Prostaglandinas en la Clínica. Endometriosis y dismenorreas, Endocrinología de la gestación. Sufrimiento fetal. Técnicas tocúrgicas, etc.

Supo bajarse de su alto pedestal científico para mostrar facetas humanísticas que completaban su compleja personalidad, expresando su personal cultura y conocimientos en campos como la pintura, la escultura, la poesía, la música y el ensayo filosófico-literario.

El Prof. Caballero formaba parte del Comité Científico de Honor de nuestra Revista y en ella se le publicaron, a través de los años, diferentes artículos: uno de poesía pictórica, no hace más de dos años, y un brillante ensayo (2004) titulado «*La conducta humana*», de pensamiento psico-filosófico.

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA que albergó en sus páginas muchas de sus publicaciones, honrándose con su valiosa aportación, hoy expresa, con palabras de pena y sentimiento la desaparición de tan ilustre colaborador.

Fué buen amigo de sus amigos, eludiendo integrarse en nefandas capillitas, pero convirtiéndose en gran protector de sus discípulos y subordinados. Se hizo querer por todos y por todos fue querido.

Ejemplar esposo de Paquita Díaz, con quién convivió plenamente en feliz matrimonio durante más de medio siglo de vida en común. Convivencia entrañable con sus seis hijos y sus dieciseis nietos, formando una ejemplar familia que, antes de que llegaran los nietos, fué reflejada en un bello óleo que el pincel del gran Julio Moisés plasmó en 1966 y Adelardo quiso convertir, en las Navidades de 2005, en un motivo de Christma para que lo disfrutáramos sus amigos. Hoy queremos que ese «disfrute» alcance al mayor número de amigos de la familia Caballero y a nuestros propios lectores, convirtiéndose en la expresión pictórica de esta necrología.

Poetizaba el inolvidable José Luis Martín Descalzo:

«Morir es sólo morir.

El morir nunca se acaba.

*Morir es una hoguera fugitiva,
es cruzar una puerta a la deriva*

y encontrar lo que tanto se buscaba».

Adelardo Caballero, hombre de profundas convicciones religiosas, ha encontrado, al fin, lo que tanto buscaba.

Descanse en paz.

Asesoramiento científico: **SEGO** Sociedad Española de Ginecología y

**PRÓXIMAMENTE
EN TU QUIOSCO**

- Alimentación
- Visitas al ginecólogo
- Pruebas diagnósticas
- Belleza
- Moda premamá
- Ejercicio físico
- Compras para el bebé

Más de **200**
páginas por sólo
4,95 €

ANUARIO MG EMBARAZO

2009

- Parto
- Cuidados especiales
- Lactancia
- Posparto



*Imprescindible
para la mujer*

Toda la información que necesitas
sobre el embarazo,
el parto y el posparto proporcionada
por los mejores profesionales.

**El único
anuario
avalado por la
SEGO**

MI GINECÓLOGO

MG

ASESORAMIENTO
CIENTÍFICO
SEGO
Sociedad Española de
Ginecología y
Obstetricia

SALUD INTEGRAL
DE LA MUJER

Nº 29, Canarias 2,10 €
1,95 €

HIPERTENSIÓN
Razones para
prevenirla

Congelación
de óvulos

**SÉ MADRE CUANDO
tú quieras**

MUCHO RUIDO
Poca salud

Salud bucal

**APÚNTATE
A LA SONRISA
PERFECTA**

**Trucos
PARA DEJAR
DE FUMAR**

sin ganar kilos

ANSIEDAD bajo control

TÉCNICAS Y CONSEJOS QUE TE AYUDAN

¡Ya a la venta
el número de
mayo!

- actualidad en salud ● ocio y bienestar
- belleza ● dermatología ● cirugía
estética ● menopausia ● salud
alternativa ● ginecología ● embarazo
sano ● salud reproductiva ● alimentación
- psicología ● moda y complementos

MG

MG



Vesicare® 5mg / 10mg
solifenacina

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Vesicare® 5 mg comprimidos. Vesicare® 10 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Vesicare® 5 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido contiene 5 mg de succinato de solifenacina, equivalente a 3,8 mg de solifenacina. Vesicare® 10 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido contiene 10 mg de succinato de solifenacina, equivalente a 7,5 mg de solifenacina. Lista de excipientes, ver apartado 4.1. **3. DATOS CLÍNICOS: 3.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático de la incontinencia de urgencia y/o aumento de la frecuencia urinaria y la urgencia que puede producirse en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva. **3.2. Posología y forma de administración. Posología.** Adultos, incluidos ancianos. La dosis recomendada es de 5 mg de succinato de solifenacina una vez al día. En caso necesario, se puede aumentar la dosis a 10 mg de succinato de solifenacina una vez al día. Niños y adolescentes. No se ha establecido la seguridad y eficacia en niños. Por tanto, Vesicare no debe ser usado en niños. **Poblaciones especiales. Pacientes con insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada (aclaramiento de creatinina > 30 ml/min). Los pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina ≤ 30 ml/min) deben tratarse con precaución y no deben recibir más de 5 mg una vez al día. **Pacientes con insuficiencia hepática.** No es necesario el ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve. Los pacientes con insuficiencia hepática moderada (Puntuación de Child-Pugh de 7 a 9) deben ser tratados con precaución y no deben recibir más de 5 mg una vez al día. **Pacientes en tratamiento con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4.** La dosis máxima de Vesicare deberá limitarse a 5 mg cuando se administre simultáneamente con ketoconazol o con dosis terapéuticas de otros potentes inhibidores del CYP3A4 por ejemplo ritonavir, nelfinavir, itraconazol (ver apartado 3.5). **Forma de administración.** Vesicare se debe tomar por vía oral y debe tragarse entero con líquidos. Puede tomarse con o sin alimentos. **3.3. Contraindicaciones.** Solifenacina está contraindicada en pacientes con retención urinaria, trastornos gastrointestinales graves (incluyendo megacolon tóxico), miastenia gravis o glaucoma de ángulo estrecho y en pacientes que presentan riesgo de estas patologías; Pacientes hipersensibles al principio activo o a cualquiera de los excipientes; Pacientes sometidos a hemodiálisis; Pacientes con insuficiencia hepática grave; Pacientes con insuficiencia renal grave o insuficiencia hepática moderada en tratamiento simultáneo con un inhibidor potente de CYP3A4, por ejemplo, ketoconazol (ver apartado 3.5). **3.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Antes de iniciar el tratamiento con Vesicare deben ser valoradas otras causas de micción frecuente (insuficiencia cardíaca o enfermedad renal). Si se presenta una infección del tracto urinario, se debe iniciar el tratamiento antibacteriano apropiado. Vesicare debe usarse con precaución en pacientes con: Obstrucción clínicamente significativa de la salida vesical con riesgo de retención urinaria; Trastornos obstructivos gastrointestinales; Riesgo de motilidad gastrointestinal disminuida; Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina ≤ 30 ml/min; ver el apartado 3.2); las dosis no deben exceder de 5 mg en estos pacientes; Insuficiencia hepática moderada (puntuación de Child-Pugh de 7 a 9; ver el apartado 3.2); las dosis no deben exceder de 5 mg en estos pacientes; Uso concomitante de un inhibidor potente de la CYP3A4, por ejemplo ketoconazol (ver los apartados 3.2 y 3.5); Hernia de hiato/reflujo gastro-esofágico y/o que estén en tratamiento con fármacos (como bifosfonatos) que puedan causar o empeorar la esofagitis; Neuropatía autonómica. Todavía no se ha establecido la seguridad y eficacia en pacientes con hiperactividad del detrusor por causa neurogénica. No se deberá administrar este medicamento a pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, deficiencia de lactasa Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa. El máximo efecto de Vesicare puede alcanzarse a partir de las 4 semanas de tratamiento. **3.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Interacciones farmacológicas.** La medicación concomitante con otros medicamentos con propiedades anticolinérgicas puede dar lugar a efectos terapéuticos y efectos adversos más pronunciados. Debe dejarse un intervalo de aproximadamente una semana después de interrumpir el tratamiento con Vesicare antes de comenzar con otro tratamiento anticolinérgico. El efecto terapéutico de solifenacina puede verse reducido por la administración concomitante de agonistas de los receptores colinérgicos. La solifenacina puede reducir el efecto de los medicamentos que estimulan la motilidad del tubo digestivo, como metoclopramida y cisaprida. **Interacciones farmacocinéticas.** Estudios *in vitro* han demostrado que a concentraciones terapéuticas, solifenacina no inhibe las enzimas CYP1A1/2, 2C9, 2C19, 2D6 ó 3A4 derivadas de microsomas hepáticos humanos. Por tanto, es improbable que solifenacina altere el aclaramiento de los medicamentos metabolizados por dichas enzimas CYP. **Efecto de otros medicamentos sobre la farmacocinética de solifenacina.** Solifenacina es metabolizada por el CYP3A4. La administración simultánea de ketoconazol (200 mg/día), un potente inhibidor del CYP3A4, duplicó el AUC de solifenacina mientras que la administración de ketoconazol a dosis de 400 mg/día triplicó el AUC de solifenacina. Por tanto, la dosis máxima de Vesicare deberá limitarse a 5 mg, cuando se administre simultáneamente con ketoconazol o con dosis terapéuticas de otros potentes inhibidores del CYP3A4 (como ritonavir, nelfinavir, itraconazol) (ver apartado 3.2). El tratamiento simultáneo de solifenacina y un inhibidor potente de CYP3A4 está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal grave o insuficiencia hepática moderada. No se han estudiado los efectos de la inducción enzimática sobre la farmacocinética de la solifenacina y sus metabolitos ni el efecto de los sustratos con elevada afinidad por el CYP3A4 sobre la exposición de solifenacina. Dado que la solifenacina es metabolizada por el CYP3A4, son posibles las interacciones con otros sustratos con elevada afinidad por el CYP3A4 (Ej: verapamilo, diltiazem) e inductores del CYP3A4 (Ej: rifampicina, fenitoína, carbamazepina). **Efecto de solifenacina sobre la farmacocinética de otros medicamentos. Anticonceptivos orales.** La administración de Vesicare no mostró interacción farmacocinética de solifenacina con los anticonceptivos orales de combinación (etinilestradiol/levonorgestrel). **Warfarina.** La administración de Vesicare no alteró la farmacocinética de R-warfarina ni de S-warfarina ni su efecto sobre el tiempo de protrombina. **Digoxina.** La administración de Vesicare no mostró efectos sobre la farmacocinética de digoxina. **3.6. Embarazo y lactancia. Embarazo.** No se dispone de datos clínicos sobre mujeres que se hayan quedado embarazadas en tratamiento con solifenacina. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos sobre la fertilidad, el desarrollo embrional/fetal o el parto. Se desconoce el riesgo potencial en humanos. Por tanto, debería prestarse atención en la prescripción a mujeres embarazadas. **Lactancia.** No se dispone de datos sobre la excreción de solifenacina en la leche materna. En ratones, la solifenacina y/o sus metabolitos se excretaron en la leche y dieron lugar a un insuficiente desarrollo dosis dependiente de los ratones neonatos. Por consiguiente, debe evitarse el uso de Vesicare durante la lactancia. **3.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Dado que solifenacina, al igual de otros anticolinérgicos puede provocar visión borrosa, y de forma poco frecuente, somnolencia y fatiga (ver apartado 3.8 Reacciones adversas), la capacidad para conducir y utilizar máquinas puede verse afectada negativamente. **3.8. Reacciones adversas.** Debido al efecto farmacológico de solifenacina, Vesicare puede provocar efectos adversos anticolinérgicos (en general) de intensidad leve o moderada. La frecuencia de los efectos adversos anticolinérgicos está relacionada con la dosis. La reacción adversa comunicada con mayor frecuencia con Vesicare fue sequedad de boca. Se produjo en un 11% de los pacientes tratados con 5 mg una vez al día, en un 22% de los pacientes tratados con 10 mg una vez al día y en un 4% de los pacientes tratados con placebo. La intensidad de sequedad de boca fue generalmente leve y sólo ocasionalmente dio lugar a la interrupción del tratamiento. En general, el cumplimiento terapéutico fue muy elevado (aproximadamente el 99%) y aproximadamente un 90% de los pacientes tratados con Vesicare completaron todo el periodo de estudio de 12 semanas de tratamiento. A continuación se reflejan las reacciones adversas obtenidas en los ensayos clínicos con Vesicare: (Frecuentes (>1/100, <1/10), poco frecuentes (>1/1000, <1/100), raras (>1/10000, <1/1000)). Trastornos gastrointestinales frecuentes: estreñimiento, náuseas, dispepsia y dolor abdominal; poco frecuentes: enfermedades de reflujo gastroesofágico y garganta seca, raras: obstrucción colónica e impactación fecal. Infecciones e infestaciones poco frecuentes: infección de las vías urinarias y cistitis. Trastornos del sistema nervioso poco frecuentes: somnolencia y disgeusia. Trastornos oculares frecuentes: visión borrosa; poco frecuentes: ojos secos. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración poco frecuentes: cansancio y edema de las extremidades inferiores. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos poco frecuentes: sequedad nasal. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo poco frecuentes: piel seca. Trastornos renales y urinarios poco frecuentes: dificultad de micción; raras: retención urinaria. Durante el desarrollo clínico no se observaron reacciones alérgicas. Sin embargo, nunca puede excluirse la posible aparición de reacciones alérgicas. **3.9. Sobredosis.** La dosis más alta de succinato de solifenacina administrada a voluntarios fue de 100 mg en una dosis única. A esta dosis, las reacciones adversas más frecuentes fueron cefalea (leve), sequedad de boca (moderada), mareo (moderado), somnolencia (leve) y visión borrosa (moderada). No se comunicaron casos de sobredosis aguda. En caso de sobredosis con succinato de solifenacina el paciente debe ser tratado con carbón activo. Puede efectuarse lavado gástrico, pero no debe inducirse el vómito. Como ocurre con otros anticolinérgicos, los síntomas pueden tratarse de la siguiente manera: Efectos anticolinérgicos centrales graves como alucinaciones o excitación pronunciada: debe tratarse con fisostigmina o carbacol. Convulsiones o excitación pronunciada: debe tratarse con benzodiazepinas. Insuficiencia respiratoria: debe tratarse con respiración artificial. Taquicardia: debe tratarse con betabloqueantes. Retención urinaria: debe tratarse con sondaje. Midriasis: debe tratarse con un colirio de pilocarpina y/o colocando al paciente en una habitación oscura. Al igual que con otros antimuscarínicos, en caso de sobredosis, se debe prestar atención específica a pacientes con riesgo conocido de prolongación del intervalo QT (es decir, hipokalemia, bradicardia y administración concomitante de fármacos que prolongan el intervalo QT) y enfermedades cardíacas relevantes preexistentes (como, isquemia miocárdica, arritmia, insuficiencia cardíaca congestiva). **4. DATOS FARMACÉUTICOS. 4.1. Lista de excipientes. Núcleo del comprimido:** Almidón de maíz, Lactosa monohidrato, Hipromelosa, Estearato de magnesio. **Cubierta pelicular:** Macrogl 8000, Talco, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Óxido férrico amarillo (E172) (Vesicare® 5mg), Óxido férrico rojo (E172) (Vesicare® 10mg). **4.2. Incompatibilidades.** No procede. **4.3. Instrucciones de uso y manipulación.** Ninguna especial. **5. Titular de la autorización de comercialización.** Astellas Pharma, S.A. Paseo del Club Deportivo nº 1, Bloque 14, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid), España. **6. Fecha de revisión del texto.** 19 de Febrero de 2005. **7. Presentaciones y precio de venta al público:** Vesicare® 5 mg 30 comprimidos PVP: 48,11 Euros; PVP IVA (4%): 50,03 Euros. Vesicare® 10 mg 30 comprimidos PVP: 76,97 Euros; PVP IVA (4%): 80,05 Euros. Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social. Aportación normal. Para más información consulte la ficha técnica completa. Fecha de elaboración: 06/08. **Bibliografía.** 1. Chapple CR, Cardozo L, Steers WD, Govier FE. Solifenacin significantly improves all symptom of overactive bladder syndrome. Int J Clin Pract 2006;60(6):959-966.



Relájate, la urgencia está controlada⁽¹⁾



 **astellas**
Leading Light for Life

  **Vesicare[®]** 5mg / 10mg
solifenacina