

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

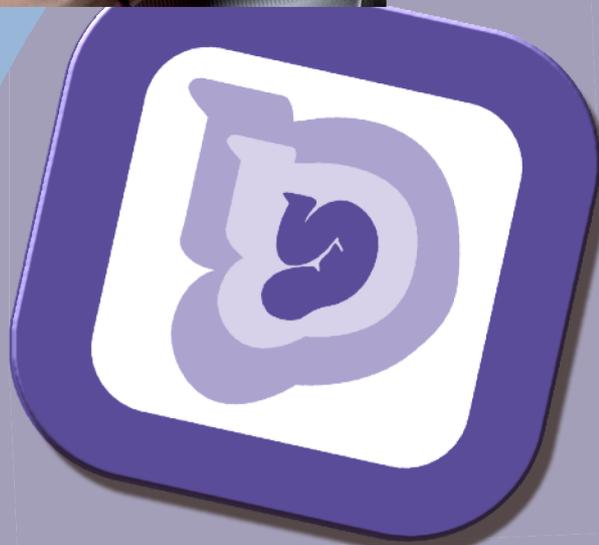
PRÁCTICA

Julio 2023

Año MMXXIII

X Curso Interhospitalario de Obstetricia y Ginecología. CIOG.

Formato presencial





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.

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

INDEXADA EN:
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alerts, Sedbase

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:
Calle Jérez, 21
28231 Las Rozas
Madrid

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

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

Correl electrónico:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

PUBLICACIÓN AUTORIZADA
como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

Periodicidad:
6 números al año

ISSNO: 0040-8867

Disponible en Internet:
www.tokoginepractica.com

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958

editorial
SELENE





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

Cruz y Hermida, J

DIRECTOR

Bajo Arenas, J.M

DIRECTOR CIENTÍFICO

Huertas Fernández, M.A

EDITORES

Palacios Gil-Antuñano, S
Mendoza Ladrón de Guevara, N

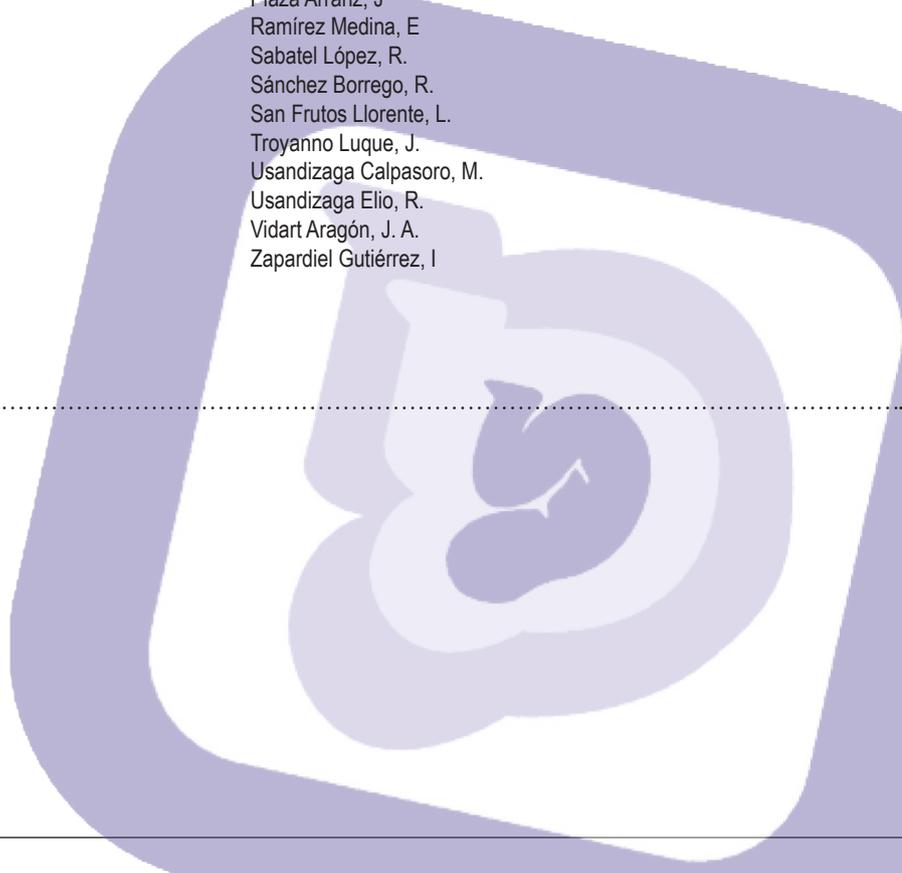
SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Escribano Tórtola, J.J
Marcos Fernández, M

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Álvaro Navidad, P
Balagueró Lladó, L.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Calleja Abu-Amshah, J.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Díaz Recasens, J.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
Galindo Izquierdo, A

García Benasach, F
González González, A.
Hernández Aguado, J.J.
Jurado López, A.R
Lailla Vicens, J. M.
López García, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Novo Domínguez, A.
Pérez-Medina, T.
Pingarron Santofimia, MC
Plaza Arranz, J
Ramírez Medina, E
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Zapardiel Gutiérrez, I



Tratamiento de la anemia ferropénica y estados carenciales de Hierro ⁽¹⁾

DESPUÉS
DE LA COMIDA
PRINCIPAL

(1)

Demostrando su buena absorción y disponibilidad inmediata ⁽²⁾



(1, 2, 3)

Protección con Eficacia

profer
Ferrimanitol ovoalbúmina

FINANCIADO

La administración de las dosis recomendadas de **profer** normaliza los parámetros hematológicos alterados ⁽¹⁾

Ejerce un efecto protector de la mucosa gastroduodenal frente a la toxicidad habitual del hierro observada en otras formulaciones ^(1, 3)



SABOR PLÁTANO



SABOR CAFÉ

1. Fichas Técnicas de Profer 40 mg y 80 mg granulado para solución oral, 40 mg comprimidos solubles. 2. López de Ocáriz A et al. Clinical Pharmacokinetics of Ferric Natural Protein in Iron-Deficient Females. Clin Drug Invest 1998 Apr; 15 (4): 319-325 3. Idoate Gastearena MA, Gil AG, Azqueta A, Coronel MP y Gimeno M. A comparative study on the gastroduodenal tolerance of different antianaemic preparations. Human & Experimental Toxicology (2003) 22: 137-141



Utilidad de criterios biométricos y ratios ecográficos para predecir la posibilidad de cesárea por desproporción

Reyes Angullo ZR¹, Bravo Arribas C²

¹ Médico Interno Residente en Obstetricia y Ginecología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

² Adjunta de Obstetricia y Ginecología, sección de Medicina Fetal en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Las cesáreas han incrementado preocupantemente en países desarrollados, hasta una situarse en una tasa del 21%(15%, globalmente). En España, la frecuencia de cesárea encuentra alrededor del 26,9% en 2018¹. Las principales indicaciones de la primera cesárea son: distocias del parto (65%), presentaciones anómalas (15%) y riesgo de pérdida de bienestar fetal (10%)².

La desproporción pélvico-cefálica (DPC) se presenta en un 20% de los partos, siendo la principal causa de realización de una primera cesárea. Es un concepto clínico y dinámico, debido a una desproporción entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza fetal³. Debe sospecharse ante el alargamiento de las fases latente (más de 10 horas en multíparas o 15 horas en nulíparas), activa (progresión menor 1,2 cm por hora en nulíparas y 1,5 cm por hora en multíparas) y de expulsivo (nulíparas mayor a 2 horas o 3 horas-epidural-, y multíparas mayor a 2 horas, sin conseguir alcanzar el III plano)⁴.

Ciertas morfologías pélvicas pueden predisponer a DPC: platipeloide (diámetro anteroposterior estrecho), antropoide y androide (transversalmente estrechas), plana y asimétrica. Se compensa mediante variaciones de la presentación en posición, asinclitismo, actitud de la cabeza fetal y moldeamiento³.

La DPC debe sospecharse realizando una historia clínica completa, incluyendo motivos de cesáreas previas, curso del embarazo actual (ganancia excesiva de peso, diabetes gestacional y biometrías fetales recientes) y valorando la progresión del parto, así como la morfología pélvica de la madre.

Actualmente, disponemos de la ecografía intraparto como herramienta objetiva para seguir el transcurso del parto y la estática fetal. En algunos países, se realizan además pelvimetrías (no recomendadas en nuestro medio)⁵.

Un estudio ciego encontró que la medición ecográfica transperineal de la distancia calota periné tiene una tasa de predicción de parto vaginal de un 80% y del 76%

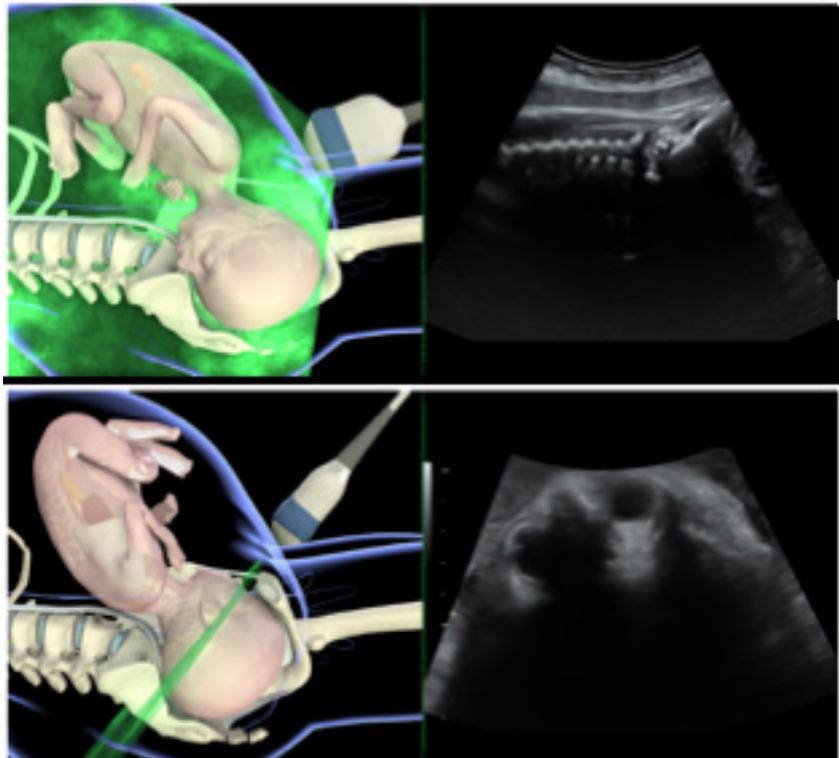


Figura 1.

Posición de la cabeza fetal vía ecografía abdominal. Ghi, T.; Eggebø, T.; Lees, C.; Kalache, K.; Rozenberg, P.; Youssef, A.; Salomon, L.J.; Tutschek, B. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound.



utilizando el ángulo de progresión, en contraste con un 65% tacto vaginal⁶, presentando también mayor precisión para valorar la actitud y el desarrollo de caput⁷. Además, el tacto vaginal presenta una tasa de error clínico más alta en posiciones occipito-posterior y transversa, con menor nivel de concordancia interobservador⁸.

Las indicaciones de la ecografía intraparto son: progreso lento o ausente en primera y segunda fases, evaluación de malpresentación e identificación de la posición y descenso previo a un parto instrumental.

La posición de la cabeza se evaluará mediante localización de órbitas, línea media cerebral u occipucio y columna mediante ecografía abdominal/transperineal (Figura 1).

Mediante ecografía transperineal podemos valorar el descenso: ángulo de progresión (predicción de parto vaginal 72%), distancia de progresión y plano (medidas directas). Indirectamente pueden evaluarse: distancia cabeza-sífnis y cabeza periné (predicción de parto vaginal de hasta 81%)⁹ y dirección de la cabeza. La rotación se evaluará mediante el ángulo de la línea media¹⁰ (Figuras 2-5).

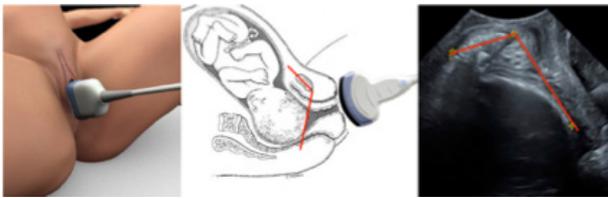


Figura 2.

Medición del ángulo de progresión. Ghi, T.; Eggebo, T.; Lees, C.; Kalache, K.; Rozenberg, P.; Youssef, A.; Salomon, L.J.; Tutschek, B. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound.

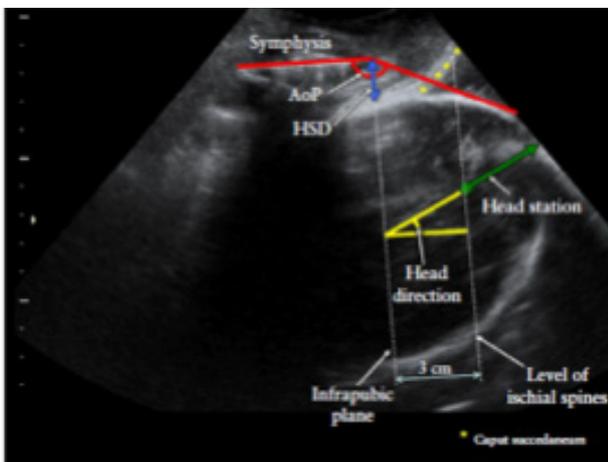


Figura 3.

Distancia de progresión. Ghi, T.; Eggebo, T.; Lees, C.; Kalache, K.; Rozenberg, P.; Youssef, A.; Salomon, L.J.; Tutschek, B. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound.

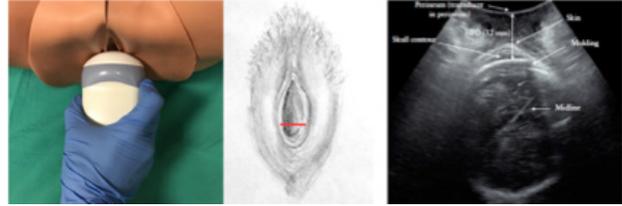


Figura 4.

Distancia cabeza periné. Ghi, T.; Eggebo, T.; Lees, C.; Kalache, K.; Rozenberg, P.; Youssef, A.; Salomon, L.J.; Tutschek, B. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound.

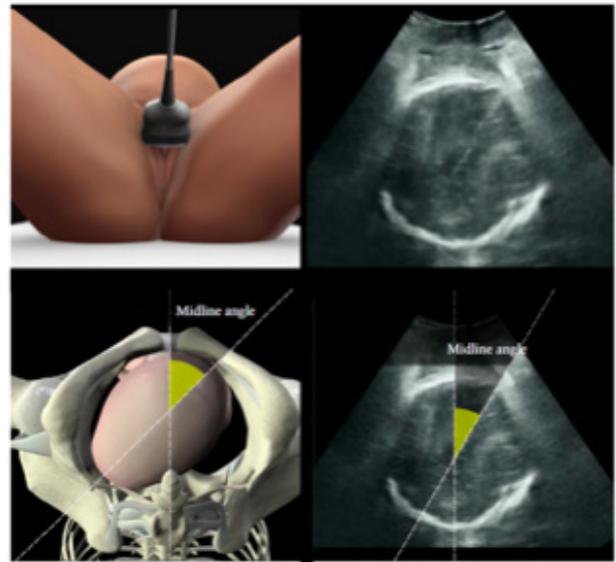


Figura 5.

Evaluación de la rotación. Ghi, T.; Eggebo, T.; Lees, C.; Kalache, K.; Rozenberg, P.; Youssef, A.; Salomon, L.J.; Tutschek, B. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound.

La ecografía intraparto no debe reemplazar al tacto vaginal, es una herramienta que nos ayuda a documentar los hallazgos intraparto previo a tomar una decisión clínica, (gran valor médico-legal)¹¹.

La macrosomía fetal presenta mayor morbilidad materno-fetal, (mayor tasa de cesáreas, distocia de hombros). La biometría fetal presenta una sensibilidad 56% y especificidad 92% (si más 4500g, 33-44% sensibilidad)^{12,13}, influyendo la adecuada asignación de la edad gestacional. Se utilizará la fórmula de Hadlock (diámetro biparietal, perímetro craneal, longitud femoral y circunferencia abdominal fetal)¹⁴. La cesárea electiva se considerará con un peso estimado mayor a 5000 gramos (no diabéticas) o 4500 gramos (diabéticas)¹³.

Como conclusión, debemos identificar a aquellas pacientes con mayor riesgo de cesárea por DPC mediante la historia clínica y seguimiento del embarazo, contando



con una herramienta objetiva como la ecografía intraparto para evaluar aquellas situaciones dudosas y ayudarnos a predecir la posibilidad de parto vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Colon M, Ramis Prieto R. Partos por cesárea en España (2010-2018). BES [Internet]. 31 de marzo de 2023 [citado 18 de junio de 2023];31(1):44-55. Disponible en: [//revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1286](http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1286)
- Guía práctica de la asistencia a la cesárea. 2015. SEGO.
- Lailla, J.M.; González, E.; del Sol, J.R.; González-Merlo, J. Distocias del parto: del motor, del canal y del objeto del parto. González-Merlo, Obstetricia. Elsevier: España; 2018. p. 283-299.
- Serra, B.; Mallafre, J. Asistencia al parto. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Elsevier: España; 2014. c.1; p. 365-373.
- Cesaren birth. NICE Guideline [NG192]. Fertility, pregnancy and childbirth. 31 March 2021. ISBN: 978-1-4731-4052-3. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
- Torkildsen, E.A.; Salvesen, K.Å.; Eggebø, TM. Prediction of delivery mode with transperineal ultrasound in women with prolonged first stage of labor. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011;37(6):702-8. doi: 10.1002/uog.8951. Epub 2011 May 3. PMID: 21308837.
- Malvasi, A.; Stark, M.; Ghi, T.; Farine, D.; Guido, M.; Tinelli, A. Intrapartum sonography for fetal head asynclitism and transverse position: sonographic signs and comparison of diagnostic performance between transvaginal and digital examination. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(5):508-12. doi: 10.3109/14767058.2011.648234.
- Dupuis, O.; Ruimark, S.; Corinne, D. Simone, T. André, D. René-Charles, R. Fetal head position during the second stage of labor: comparison of digital vaginal examination and transabdominal ultrasonographic examination. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;123(2):193-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.04.009.
- Eggebø, T.M.; Hassan, W.A.; Salvesen, K.Å.; Lindtjørn, E.; Lees, C.C. Sonographic prediction of vaginal delivery in prolonged labor: a two-center study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;43(2):195-201. doi: 10.1002/uog.13210.
- Ghi, T.; Eggebø, T.; Lees, C.; Kalache, K.; Rozenberg, P.; Youssef, A.; Salomon, L.J.; Tutschek, B. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018;52(1):128-139. doi: 10.1002/uog.19072
- Malvasi, A.; Marinelli, E.; Ghi, T.; Zaami, S. ISUOG Practice Guidelines for intrapartum ultrasound: application in obstetric practice and medicolegal issues. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Sep;54(3):421. doi: 10.1002/uog.20399.
- Barber, E.L.; Lundsberg, L.S.; Belanger, K.; Pettker, C.M.; Funai, E.F.; Illuzzi, J.L. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol.* 2011;118(1):29-38. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821e5f65.
- Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. *Obstet Gynecol.* 2020 Jan;135(1):e18-e35. doi: 10.1097/AOG.0000000000003606.
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Da Silva Costa F, Deter RL, Figueras F, Ghi T, Glanc P, Khalil A, Lee W, Napolitano R, Papageorghiou A, Sotiriadis A, Stirnemann J, Toi A, Yeo G. ISUOG Practice Guidelines: ultrasound assessment of fetal biometry and growth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Jun;53(6):715-723. doi: 10.1002/uog.20272.



Tratamiento del sangrado menstrual abundante. Morcelación y ablación endometrial

Cabezas López E

Especialista en Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. Gine4, HM Hospitales.

RESUMEN

En el consenso de la FIGO 2018 se establecieron los patrones de normalidad para el sangrado menstrual. Se considera normal un sangrado con una frecuencia de 24 a 38 días, una duración < 8 días, una regularidad < 7 a 9 días y un volumen de 5 a 80 ml por ciclo. Todo lo que se encuentre fuera de estos límites se conoce como sangrado uterino anómalo (SUA). Dentro de las formas de SUA, la forma más frecuente es el sangrado menstrual abundante (SMA). Esta entidad afecta significativamente a la calidad de vida de la mujer.

La FIGO aprobó el sistema de clasificación PALM-COEIN para definir las causas del SMA. Estas se dividen en causas estructurales que serían pólipos, adenomiosis, leiomiomas y malignidad; y en causa no estructurales las cuales subdividiremos en coagulopatía, disfunción ovárica, causas endometriales, yatrogenia y causas no clasificadas.

El tratamiento del SMA va a depender de la causa, el deseo genésico y las comorbilidades de la paciente. En un primer tiempo podremos ofrecer un tratamiento médico con antiinflamatorios no esteroideos, antifibrinolíticos o con tratamiento hormonal. En los casos en que el tratamiento médico no consiga resolver el problema, esté contraindicado o produzca efectos secundarios podemos plantear un tratamiento quirúrgico. La opción definitiva sería la histerectomía, pero no está exenta de complicaciones para la paciente, considerándose una cirugía mayor. Existe una opción mínimamente invasiva para el tratamiento del SMA, en casos en los que no haya deseo gestacional, que es la ablación endometrial. La ablación endometrial es la destrucción del endometrio. Se puede realizar con métodos de primera generación, que se realizan bajo visión directa de la cavidad endometrial con un asa de resección o una bola de vaporización; o con métodos de segunda generación que consisten en un dispositivo que se introduce en la cavidad uterina y realizan una destrucción homogénea del endometrio. Los primeros tienen una curva de aprendizaje larga, con

unos tiempos quirúrgicos largos asociados a posibles complicaciones como perforación o absorción excesiva del medio de distensión. Los segundos son métodos más rápidos, seguros y que se pueden realizar con anestesia local. En España disponemos de una malla bipolar que produce una corriente eléctrica de radiofrecuencia que destruye el endometrio hasta alcanzar la impedancia del miometrio, y de un balón térmico que se expande con glicerina a altas temperaturas hasta destruir el endometrio. La ventaja del primero es que no precisa preparación endometrial y que dispone de un mecanismo de seguridad previo a la ablación que impide su realización si hay una perforación.

En los casos en que exista patología estructural intracavitaria (pólipos o miomas) realizaremos un tratamiento histeroscópico, con métodos mecánicos como el morcelador, o con métodos que utilizan energía como los electrodos, el miniresector o el resector clásico. Si se puede se debe favorecer el uso de instrumentos mecánicos, sobre todo en pacientes que deseen gestación, para evitar adherencias. El morcelador histeroscópico tiene una corta curva de aprendizaje y son procedimientos rápidos con baja tasa de complicaciones que se pueden realizar en consulta con seguridad.

CONCLUSIONES

La ablación endometrial es el método de elección en pacientes con SMA, sin patología estructural y sin deseo genésico en las cuales no ha funcionado el tratamiento hormonal, está contraindicado, ha producido efectos secundarios o no desean utilizarlo.

Los morceladores histeroscópicos son dispositivos eficaces para el tratamiento de pólipos, miomas submucosos y retención de productos de la concepción, que tienen como ventaja principal ser un método mecánico que minimiza el daño miometrial y la formación de adherencias, además de ser un método fácil de aprender, eficaz, seguro y rápido.



Aplicaciones de la cirugía ecoguiada

Chivato Lorenzo L, García de Castro Rubio E, Escribano Tórtola JJ

Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Severo Ochoa.

El screening radiológico del cáncer de mama ha incrementado el número de cirugías conservadoras en los últimos años. Actualmente, tenemos la capacidad de detectar lesiones en estadio precoz, muchas veces no palpables y cada vez de menor tamaño. Esto nos ha obligado a buscar técnicas de localización intraoperatorias.

Tenemos como reto realizar incisiones mínimas y estéticas, conservando el mayor tejido sano circundante siempre y cuando respetemos el principio oncológico.

Hoy en día, el marcaje radiológico con arpón sigue siendo la técnica más empleada, aunque cada vez son más los cirujanos que se valen de la ecografía intraoperatoria (EIO) como técnica aislada o complementaria a otras técnicas.

El primero en publicar acerca de la EIO fue Schwartz et al. en 1988, con una serie de 92 pacientes con lesiones no palpables. Concluyó que podría ser una técnica efectiva y adecuada en pacientes seleccionadas junto con o en lugar del marcaje con arpón.

Ahmed et al, publicó un metaanálisis de los estudios existentes hasta 2013 que comparaban la técnica de localización de marcaje con arpón con la EIO en lesiones no palpables de cáncer de mama. En prácticamente todos los estudios las tasas de detección de la lesión con la ecografía eran del 100%, siendo significativamente menor la tasa de márgenes afectos de manera global en el grupo de EIO. Se concluyó, por tanto, que la EIO es una técnica segura y efectiva para la localización de lesiones no palpables cuando se emplea tras un estudio radiológico apropiado.

Otra revisión del año 2018 de Colakovic et al evaluó la seguridad en cuanto a márgenes afectos concluyendo que la tasa era menor en el grupo que empleaba ecografía, siendo menor el volumen de tejido sano que se extirpaba en la cirugía.

Pero la EIO no es útil sólo en las lesiones no palpables. En las lesiones palpables hay series de casos, como una de Krekel et al, que reportan hasta un 41% de márgenes

afectos cuando nos guiamos por palpación debido a la subjetividad de esta técnica. La EIO aporta una menor tasa de márgenes afectos, una reducción significativa del volumen de la pieza quirúrgica y un resultado estético mejor.

Las ventajas que ofrece la EIO son numerosas. Se trata de una técnica segura y sin complicaciones asociadas, con la que obtenemos piezas quirúrgicas de menor volumen respetando el principio oncológico de márgenes libres. Además, la aceptación por las pacientes es mejor, ya que evitamos el malestar que produce el marcaje radiológico y disminuimos el tiempo desde el ingreso hasta la cirugía.

Por otro lado, al equipo quirúrgico le permite verificar la presencia de lesión en la pieza reseca y los márgenes, siendo posible la ampliación inmediata. Las dificultades técnicas aparecen por la retracción del tejido mamario y los artefactos. Es por ello, que una correcta formación es necesaria. Fosko et al (2023) identificó que el hecho de que un cirujano eligiese como técnica la EIO se veía influido por si estaba previamente certificado por la Sociedad Americana de Cáncer de Mama.

Otras ventajas son la independencia del servicio de radiología, la disminución de los costes asociados, la mayor facilidad en la programación quirúrgica y una reducción en el tiempo en lista de espera.

La literatura nos dice que la EIO es una técnica segura, coste-eficiente y con mejor aceptación por parte de la paciente por lo que sería conveniente invertir en formación y tecnología para extender su uso en las distintas unidades de mama.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher CS, Mushawah FA, Cyr AE, Gao F, Margenthaler JA. Ultrasound-guided lumpectomy for palpable breast cancers. *Ann Surg Oncol.* 2011;18:3198–203.
2. Davis KM, Hsu CH, Bouton ME, Wilhelmson KL, Komenaka IK. Intraoperative ultrasound can decrease the re-excision lumpectomy rate in



- patients with palpable breast cancers. *Am Surg.* 2011;77:720–725.12. Moore MM, Whitney LA, Cerilli L, et al. Intraoperative
3. Bouton ME, Wilhelmson KL, Komenaka IK. Intraoperative ultrasound can facilitate the wire guided breast procedure for mammographic abnormalities. *Am Surg.* 2011;77:640–646.19.
 4. Krekel NM, Haloua MH, Lopes Cardozo AM, de Wit RH, Bosch AM, de Wit- Levert LM, et al. Intraoperative ultrasound guidance for palpable breast cancer excision (COBALT trial): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2013;14:48–54.
 5. Ivanovic N, Zdravkovic D, Skuric Z, Kostic J, Colakovic N, Stojiljkovic M, et al. Optimization of breast cancer excision by intraoperative ultrasound and marking needle - technique description and feasibility. *World Journal of Surgical Oncology.* 2015;13:153. doi: 10.1186/s12957-015-0568-8.
 6. Colakovic N, Zdravkovic D, Skuric Z, Mrda D, Gacic J, Ivanovic N. Intraoperative ultrasound in breast cancer surgery-from localization of non-palpable tumors to objectively measurable excision. *World J Surg Oncol.* 2018 Sep 11;16(1):184. doi: 10.1186/s12957-018-1488-1. PMID: 30205823; PMCID: PMC6134720.
 7. Nicole K Fosko et al. The Use of Intraoperative Ultrasound During Breast Conserving Surgery. *Clinical Breast Cancer.* Vol 23. nO 1, 54-59. Jan 2023.



Máster en Sexología Médica

Titulación propia de la Universidad Europea del Atlántico

/// Semipresencial ///

Dirigido únicamente a médicos/as

MATRÍCULA ABIERTA

8ª Promoción

Octubre 2023 /// Febrero 2025



INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES
CIPSA

cipsa@cipsaonline.com
Tif - 942 21 30 12

ORGANIZAN



AUSPICIAN





Elegibilidad del método anticonceptivo según el perfil de la paciente

Venzal Vallejo I

Residente de ginecología y obstetricia en el Hospital universitario de Guadalajara.

La gran variedad de métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, supone un reto para el especialista a la hora de recomendar un método que resulte eficaz y se adapte al perfil de cada usuaria, existiendo tanto múltiples métodos anticonceptivos como diferentes vías de administración y duración.

El ginecólogo debe en primer lugar escuchar las necesidades y preferencias de la mujer, pudiendo así informar, utilizando un lenguaje comprensible, sobre las distintas opciones anticonceptivas disponibles, explicando tanto su efectividad, como los posibles efectos no contraceptivos secundarios a su uso. Será relevante dedicar tiempo a explicar los posibles efectos adversos, signos o síntomas por los que será necesario consultar y desmitificar cierta información acerca de los anticonceptivos, ofreciendo información de calidad y entendible.

De esta forma, será la propia usuaria la que decida qué método anticonceptivo desea utilizar según sus necesidades y por supuesto, adaptándose a su perfil en función de sus características y posibles factores de riesgo.

Hoy en día los especialistas tienen acceso a múltiples plataformas virtuales y herramientas a las que poder acudir cuando necesiten consultar sobre contracepción: los criterios de elegibilidad de la OMS, plataformas de la Sociedad española de ginecología y obstetricia y de la Sociedad española de contracepción, además de novedosas aplicaciones donde podrán tener acceso rápido y directo a información de calidad.

La contracepción es relevante en casi todas las etapas vitales de una mujer, pudiendo necesitar diferentes métodos anticonceptivos a lo largo de su vida fértil. El uso de estos métodos deberá ajustarse a los posibles retos que surjan durante cada etapa. Cabe destacar que la edad por sí sola no contraindica el uso de ningún método anticonceptivo, debiendo el ginecólogo valorar las ventajas y posibles contraindicaciones según las características de la usuaria.

En conclusión, la elegibilidad del método anticonceptivo supone un reto diario en las consultas de ginecología, pero el especialista deberá siempre individualizar y recomendar un método anticonceptivo que se adapte tanto a las necesidades como al perfil de la usuaria.



Criterios de calidad en la asistencia al parto

Rodríguez Ribeiro D, Díaz Valdés M, Rivero Álvarez L.

Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón

El objetivo de este trabajo es revisar las evidencias respecto a los criterios de calidad en la asistencia al parto y la manera de evaluarlos para conseguir mejorarlos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Recomendaciones para los Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva”, dentro de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016 y 2030), incluye 56 recomendaciones basadas en la evidencia, sobre prácticas trascendentes en el trabajo de parto y parto que deben proporcionarse a todas las embarazadas y sus bebés, sea cual sea su entorno socioeconómico, de manera que el parto no solo sea seguro, sino que constituya también una experiencia de calidad para las mujeres y sus familias: dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, con participación en la toma de decisiones y con personal clínico amable y cualificado.

En España, el Ministerio de Sanidad, tras desarrollar la Guía de Práctica clínica sobre la asistencia al parto normal, implementó en 2009 la Estrategia de Atención al parto normal (EAPN), con el objetivo de cambiar la práctica clínica hacia una atención más humanizada, reduciendo el intervencionismo innecesario, con criterios de calidad basados en el mejor conocimiento científico disponible y el respeto a la autonomía de la mujer. Tras ello, en 2012, con una última revisión en marzo 2015; el Observatorio de Salud de las Mujeres presentó el “Informe sobre la Atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud”. En él se establecieron estándares de calidad, entendidos como el objetivo a alcanzar, y se revisaron protocolos, bases de datos y encuestas directas a pacientes de cada uno de los ítems propuestos. Los aspectos más deficitarios los encontraron en el exceso de: amniorraxis, uso de oxitocina, partos inducidos, uso de analgesia epidural, desgarros perineales de III y IV grado en partos

con episiotomía; escaso manejo activo del alumbramiento y regular implantación de protocolos.

Las cesáreas, cuya tasa se considera un buen indicador de calidad de la atención materna y perinatal, se refleja como un dato de gran variabilidad, que se encuentra en un nivel estable del 22,02% desde 2005, muy por encima del 15% recomendado por la OMS. Sin embargo, en sus últimos posicionamientos, esta aboga por promover que todas las mujeres que lo necesiten –y solo ellas– accedan a la operación, de manera que se evite que los hospitales hagan más o menos sólo para cumplir el objetivo. Asimismo, para evaluar la variabilidad existente y buscar estrategias de mejora, recomienda utilizar la clasificación de Robson. Así, cada mujer ingresada para el parto, de una manera sistemática, reproducible y sencilla, es asignada sin excepción a una de las categorías, excluyentes entre sí, facilitando la comparativa entre grupos y entre centros.

El Observatorio de Salud de Asturias publicó en enero 2016 en el Boletín de informaciones sobre la Atención Sanitaria al Parto y al Nacimiento de los hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias, la variable implantación de las directrices EAPN, y las amplias posibilidades de mejora, especialmente en los hospitales docentes, ya que de la buena formación de los residentes dependería la mejora en la calidad asistencial a medio plazo.

CONCLUSIONES

Implicando a todos los sectores administrativos y sanitarios, mejorando la implantación de las estrategias desarrolladas; estableciendo protocolos adaptados, con sistemas de registro que permitan una evaluación continua con transparencia estadística, y fomentando la formación y la investigación, nos acercaremos a esos estándares de calidad que hagan del parto una experiencia positiva para todos los implicados.



BIBLIOGRAFIA

1. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. 2ª edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01
4. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudio e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y política Social.
5. Informe sobre la Atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Observatorio de Salud de la mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Diciembre 2012
6. Requena Aguilar A. Sánchez R. El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos quirúrgicos. EL diario.es 16 de octubre de 2022
7. Atención Sanitaria al Parto y al nacimiento de los hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Boletín nº 18. Observatorio de Salud en Asturias. Enero 2016



PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA: Una hormona útil en todas las etapas de la vida de la mujer

Gosálvez Vega A (1) Silvia P González Rodríguez (2)

1 Unidad de Reproducción Asistida. Hospital Univ. Quirónsalud Madrid

2 Policlínico HM Gabinete Velázquez

En el ámbito ginecológico y la medicina reproductiva, la progesterona natural constituye una herramienta fundamental. El conocimiento preciso sobre la fisiología reproductiva femenina ha ayudado a entender la implicación de esta hormona en los protocolos de reproducción asistida, su uso como tocolítico, como regulador del ciclo menstrual, así como su indicación en terapia hormonal sustitutiva durante la etapa de la menopausia.

ASPECTOS FARMACOLOGICOS

Este gestágeno, el único de origen natural, fue aislado y sintetizado en 1935 por el galardonado con el premio Nobel de Medicina, Adolph Butenandt. (1)

El costoso proceso de obtención de la molécula representó un factor limitante hasta la década de los 40, cuando el estadounidense Russel Marker inició la fabricación de esteroides a partir de la diosgenina proveniente del ñame mejicano, un tubérculo comestible del género Dioscorea. (2)

Debido a la limitada biodisponibilidad por vía oral (baja absorción y rápida degradación hepática), la vía intramuscular fue la única alternativa disponible hasta los años 80. La disminución del tamaño de partícula de la progesterona por debajo de 15 micras mediante el proceso de micronización, la suspensión en aceite y la dosificación en cápsulas blandas, permitieron mejorar la farmacocinética de la progesterona por vía oral, convirtiéndose en el “gold standard” por su seguridad y su perfil farmacodinámico idéntico a la progesterona endógena. (3) (4)

EFECTOS SECUNDARIOS

Por vía oral, el efecto de primer paso hepático produce cinco metabolitos activos y dos de ellos (5 alfa

Pregnanolona y 5 beta Pregnanolona) estimulan al receptor GABA y producen somnolencia. Por ello se sugiere tomar las cápsulas al anochecer.

Esta somnolencia indujo al empleo de las cápsulas por vía vaginal, resultando en un auténtico éxito que motivó la modificación de la ficha técnica del producto.

RIESGOS DE LA PROGESTERONA NATURAL

A diferencia de todos los demás gestágenos -que son de origen sintético- la progesterona natural no incrementa el riesgo trombótico ni de cáncer de mama.

En la actualidad se emplea el aceite de girasol como excipiente, aunque todavía existe una marca comercial que contiene aceite de cacahuete, incrementando así el improbable riesgo de reacciones alérgicas graves. (5)

EMPLEO EN FERTILIDAD: FASE LUTEA

No se recomienda su empleo tras las relaciones sexuales, pues puede inhibir la ovulación.

Tras la inseminación artificial suele emplearse 200 mg al acostarse hasta la regla o el test de embarazo positivo.

Tras la Fecundación In Vitro suele emplearse 600-800 mg diarios repartidos en dos aplicaciones vaginales.

En los ciclos sustituidos suele emplearse 800-1200 mg diarios repartidos en tres tomas: dos aplicaciones vaginales y una toma oral al acostarse. (6)

EMPLEO EN FERTILIDAD: FASE FOLICULAR

Recientemente se ha comprobado la eficacia de pequeñas dosis de progesterona como inhibidor del pico de LH, evitando el coste y la necesidad de empleo subcutáneo de antagonistas de GnRH. (7)

La dosis habitual es 200mg diarios durante los días de estimulación con gonadotropinas.



EMPLEO EN GINECOLOGÍA

Los trastornos ovulatorios y la luteinización deficiente son causas comunes de amenorrea, sangrado uterino anormal (SUA) y disfunción reproductiva, y son manifestaciones frecuentes del síndrome de ovario poliquístico (SOP).

La progesterona micronizada no puede eliminar la causa del ciclo anovulador, pero corrige la ausencia de secreción hormonal del cuerpo lúteo y es efectiva para aliviar los síntomas cuando se administra en períodos de 3 a 6 meses en dosis de 200-400 mg/día durante al menos 12 días en la segunda fase del ciclo. Dosis de 300-400 mg durante 10 días pueden ser usadas para inducir un sangrado por privación con finalidad diagnóstica. También demuestra la mejora de los síntomas del síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual a dosis de al menos 300 mg/día.

De acuerdo con las recomendaciones internacionales, la terapia hormonal de la menopausia sigue siendo el tratamiento más eficaz, efectivo y eficiente para la sintomatología climatérica intensa que deteriora la calidad de vida. La Progesterona natural micronizada confiere una alta protección endometrial y presenta poco impacto sobre los lípidos séricos y metabolismo hepático, con un efecto sobre neutro sobre la coagulación y menor impacto en la mama que los gestágenos sintéticos e incluso mejoraría el sueño por su acción gabaérgica, pudiendo ser empleada en pauta continua (100 mg/día), cíclica o secuencial (200 mg/día). En uso aislado, a dosis de 300 mg al acostarse consigue reducir la frecuencia e intensidad de los sofocos y los sudores nocturnos significativamente con respecto a placebo.

CONCLUSIONES

La progesterona natural micronizada es muy segura y eficaz. A diferencia de los progestágenos sintéticos no es teratogénica, no eleva el riesgo trombótico ni favorece el cáncer de mama y por ello constituye una magnífica elección en todas las fases de la vida de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- Piette P. (2018). The history of natural progesterone, the never-ending story. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 21(4), 308–314. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1462792>
- Di Renzo, G. C., Tosto, V., & Tsibizova, V. (2020). Progesterone: History, facts, and artifacts. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 69, 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.07.012>
- J. L. Besins (1979), Nouvelle composition a action anti-conceptionnelle (France Patent n°2408345). https://patentscope.wipo.int/search/es/detail.jsf?docId=FR187765338&_cid=P22-LFI5AX-74499-1
- Piette P. C. M. (2020). The pharmacodynamics and safety of progesterone. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 69, 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.002>
- Alergia medicamentosa por sensibilización LTPs https://alergonorte.org/cmsAdmin/uploads/o_1daobedvulg2q1j81emo1b27iu3a.pdf
- Sergio Papier, Mariana Miguens, Andrea Coscia, Chapter 28 - Luteal phase support, *Management of Infertility*, Academic Press, 2023, Pages 275-285 ISBN 9780323899079 <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-89907-9.00007-7>.
- ORAL MICRONIZED PROGESTERONE FOR PREVENTING LH SURGE: MORE CONVENIENT THAN GNRH ANTAGONIST IN OOCYTE PRESERVATION CYCLES Antonio Gosalvez Vega, Nuria Martín <https://isfp2022.cme-congresses.com/wp-content/uploads/2022/11/B12.pdf>
- Munro MG, Balen AH, Cho S, et al; FIGO Committee on Menstrual Disorders and Related Health Impacts, and FIGO Committee on Reproductive Medicine, Endocrinology, and Infertility. The FIGO Ovulatory Disorders Classification System. *Fertil Steril*. 2022 Oct;118(4):768-786
- Apgar BS, Greenberg G. Using progestins in clinical practice. *Am Fam Physician* 2000;62(8):1839–46, 1849–50.
- Shangold MM, Tomai TP, Cook JD, Jacobs SL, Zinaman MJ, Chin SY, et al. Factors associated with withdrawal bleeding after administration of oral micronized progesterone in women with secondary amenorrhea. *Fertil Steril* 1991;56(6):1040–7.
- Kaore SN, Langade DK, Yadav VK, Sharma P, Thawani VR, Sharma R. Novel actions of progesterone: what we know today and what will be the scenario in the future? *J Pharm Pharmacol*. 2012;64:1040–62.
- Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Villero J, Baró F, Calaf J, Cancelo MJ, Coronado P, Estévez A, Fernández-Moya JM, González SP, Llana P, Neyro JL, del Pino J, Rodríguez E, Ruiz E, Cano A; Spanish Menopause Society. 2013 Up-date of the consensus statement of the



Spanish Menopause Society on postmenopausal osteoporosis. *Maturitas*. 2013 Sep;76(1):99-107.

13. Jewson M, Purohit P, Lumsden MA. Progesterone and abnormal uterine bleeding/ menstrual disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Nov;69:62-73. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.05.004. Epub 2020 Jun 5. PMID: 32698992.
14. Hitchcock CL, Prior JC. Oral micronized progesterone for vasomotor symptoms- a placebo-controlled randomized trial in healthy postmenopausal women. *Menopause* 2012;19(8):886-93



Infección VPH multicéntrica: implicaciones diagnósticas y terapéuticas

Soler Mialaret L, Sala Ferichola M, Donaire González C, López Fernández JA

Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital General Universitario Dr. Balmis

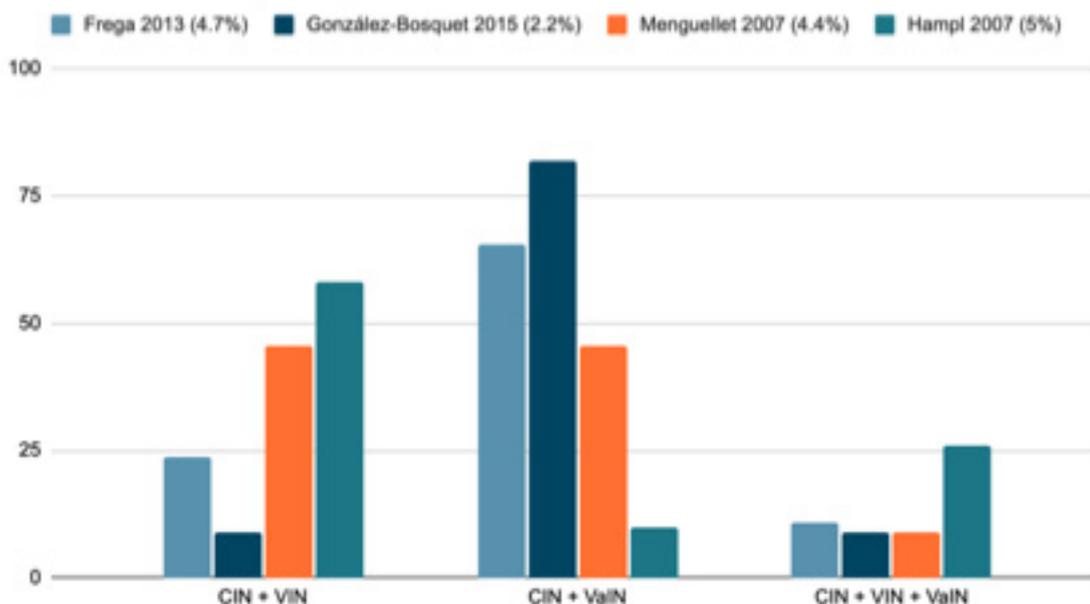
Las lesiones multicéntricas inducidas por el virus del papiloma humano (VPH) son aquellas que afectan a dos o más áreas del tracto genital inferior (TGI): cérvix, vagina, vulva y algunos autores también incluyen el canal anal. Su incidencia varía entre un 2-5%³⁻⁵, y aunque son poco frecuentes su importancia radica en que pueden pasar desapercibidas al examen colposcópico; lo que puede conllevar un peor pronóstico, con aumento en las tasas de persistencia y recurrencia. Por todo ello, su diagnóstico y tratamiento constituye un reto para el ginecólogo.

En función del tiempo de aparición, podemos dividir las lesiones en sincrónicas (52-86%) o metacrónicas (14-42%)³⁻⁶. Esta diferenciación tiene implicación tanto en el diagnóstico (exploración completa del TGI para descartar lesiones sincrónicas), como en el seguimiento (control a largo plazo por el riesgo de aparición de

lesión metacrónica). Las lesiones sincrónicas tienen mayor prevalencia (Anexo 1), siendo la asociación más frecuente CIN y VaIN (entre un 40 y un 80%), seguida de CIN y VIN; y menos común la afectación de las tres áreas (Anexo 2).

Su patogénesis sigue sin estar completamente clara. Existen tres teorías³⁻⁶: el efecto campo de la infección HPV, huésped con susceptibilidad incrementada, y la teoría de la propagación monoclonal. No son excluyentes entre ellas y ayudan a explicar los diferentes tipos de infección multicéntrica.

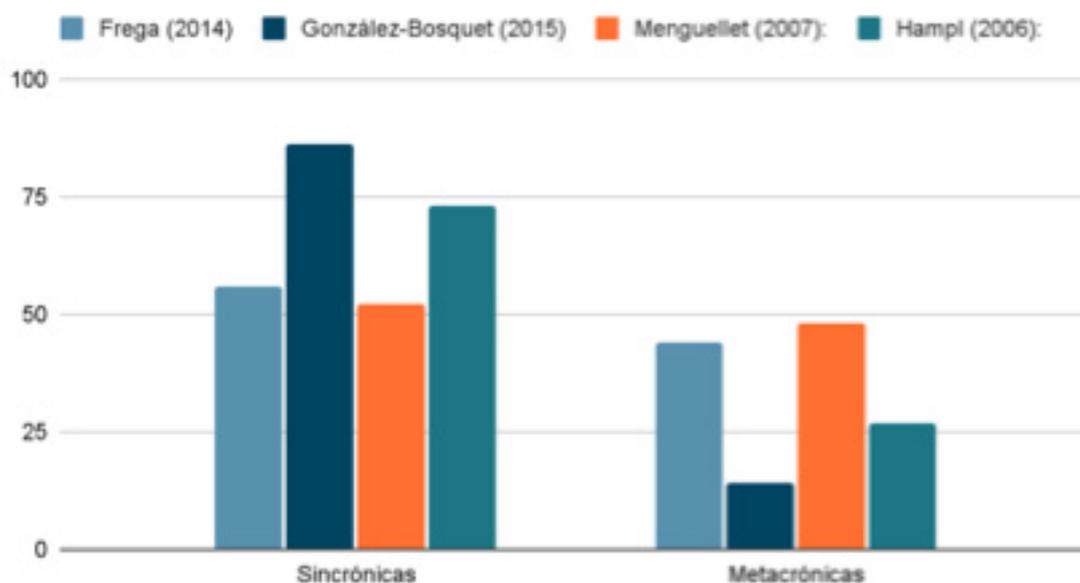
El riesgo de aparición de lesiones múltiples aumenta con la edad (principalmente tras la menopausia OR 3), el antecedente de cualquier enfermedad neoplásica (OR 9,58) y la infección HPV múltiple (OR 1,50)². Uno de los factores de riesgo más importantes sería el antecedente de HSIL/CIN (OR 3,30 - 10)⁷. En cuanto a los



Anexo 1



Incidencia lesiones sincrónicas y metacrónicas



Anexo 2

genotipos HPV, el 16 es el más prevalente, pero es el VPH 51, el único que se ha demostrado como factor de riesgo independiente para el desarrollo de lesión multicéntrica (OR 1,04-3,75)².

El diagnóstico de las lesiones multicéntricas pasa por un exhaustivo examen colposcópico, así como de vagina y vulva. Para su manejo, los esquemas son los mismos que los descritos para las lesiones unicéntricas⁵, requiriendo en ocasiones combinación de varios tratamientos por la alta tasa de recurrencia.

En conclusión, las lesiones multicéntricas del TGI son una entidad poco frecuente pero que debemos tener en cuenta sobre todo en mujeres con factores de riesgo. La importancia de estas lesiones radica en que su infradiagnóstico puede conllevar un peor pronóstico y una mayor tasa de recurrencias. Un examen completo del TGI y un correcto seguimiento puede ayudarnos a mejorar el pronóstico de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vinokurova S, et al. Clonal history of papillomavirus-induced dysplasia in the female lower genital tract. *J Natl Cancer Inst.* 2005; 97(24): 1816-21
2. Zhang J, et al. Human papillomavirus genotypes and the risk factors associated with multicentric intraepithelial lesions of the lower genital tract: a retrospective study. *BMC Infect Dis.* 2021 Jun 11;21(1):554
3. Frega A, et al. Multiple intraepithelial neoplasias of the lower female genital tract: the reliability of HPV mRNA test. *J Low Genit Tract Dis.* 2014, 18, 174
4. Gonzalez-Bosquet E, et al. Risk factors to develop multicentric lesions of the lower genital tract. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2017; 38(1): 10-13
5. Ait Menguellet S, et al. Management of multicentric lesions of the lower genital tract. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007 May; 132(1): 116-20
6. Hampf M, et al. Comprehensive analysis of 130 multicentric intraepithelial female lower genital tract lesions by HPV typing and p16 expression profile. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2007, 133, 235
7. Kalliala I, et al. Incidence and mortality from cervical cancer and other malignancies after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Ann Oncol.* 2020



II CONGRESO MUNDIAL DE GINECOLOGÍA REGENERATIVA, ESTÉTICA Y FUNCIONAL (LIAGREF) Y I CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGERF



LIGA ÍBERO-AMERICANA
de Ginecología regenerativa,
estética e funcional



Sociedad Española de
Ginecología Estética
Regenerativa Funcional
SEGERF

Organizado por SEGERF
Sociedad Española de Ginecología Estética Regenerativa Funcional





Investigación en obstetricia y ensayos clínicos, requisitos ético-legales y dónde estamos actualmente

López Marín L (1), Herraiz García I (2)

1 Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario 12 de Octubre.

2 Obstetricia y Ginecología, Unidad de Medicina Fetal, Hospital Universitario 12 de Octubre. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Investigación i+12. Red de Salud Materno Infantil y del Desarrollo (SAMID-RICORS, RD21/0012 del Instituto de Salud Carlos III)

La investigación en Obstetricia frecuentemente se enfrenta a dificultades específicas, principalmente debidas a problemas en la búsqueda de financiación y a estrictos requisitos ético-legales impuestos por los organismos competentes, máxime si el estudio que se quiere llevar a cabo es un ensayo clínico.

Los ensayos clínicos generan evidencia científica más robusta que los estudios observacionales, dado que permiten inferir causalidad y están menos expuestos a sesgos. Sus resultados habitualmente sientan las bases de guías de asistencia práctica y protocolos clínicos basados en intervenciones (ya sean terapéuticas o preventivas) que mejoran los resultados en salud de los pacientes, así como su seguridad.

Una reciente revisión demuestra que solo el 1,9% de todos los ensayos clínicos registrados corresponden a estudios en gestantes. De éstos, el tema más prevalente es la cesárea (16%) (1). Sin embargo, los ensayos clínicos con medicamentos son prácticamente anecdóticos (2). La financiación por parte de la industria farmacéutica es escasa (6,8%), predominando la financiación independiente (85,5%) (3). Esta ausencia de la industria probablemente influye en que un tercio los ensayos clínicos en embarazadas vayan dirigidos a estrategias preventivas y, otro tercio, a estrategias terapéuticas, cuando en el resto de los ámbitos de la salud el porcentaje de ensayos clínicos que comparan tratamientos asciende al 64%. Esto supone una discriminación a la población gestante, puesto que impide su acceso a estudios de eficacia y seguridad de nuevos tratamientos de los que pudieran beneficiarse (2). Estudios recientes han demostrado que la tasa de participación y continuación en ensayos clínicos por parte de las mujeres embarazadas es equiparable a la del

resto de la población. De hecho, los ensayos clínicos en embarazadas cumplen criterios de diseño más estrictos, teniendo mayores tamaños muestrales (1). Por tanto, no parece justificado que no se realicen más ensayos clínicos en embarazadas, al menos desde el punto de vista científico y del propio interés de las mujeres.

Como ejemplo de las dificultades para iniciar un ensayo clínico independiente en embarazadas, hemos presentado el periplo burocrático y ético-legal que ha requerido la puesta en marcha del estudio COLIGROW: “Balón de Cook versus dinoprostona vaginal para la inducción del parto a término en la restricción del crecimiento intrauterino” (EudraCT: 2021-001726-22), promovido por nuestro centro. Se ilustra la necesidad encontrar un financiador, conseguir la aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del centro investigador y de la Agencia Española del Medicamento y los Productos Sanitarios (AEMPS) y el registro del ensayo. También es necesario elaborar un protocolo estructurado y un plan de monitorización, adecuados a la Ley de Protección de Datos Personales, la Ley del Medicamento y a la regulación de Productos Sanitarios en su caso. La contratación de un seguro de cobertura del ensayo puede resultar hasta diez veces más costoso cuando implica a embarazadas, lo que impide en la práctica que un investigador independiente pueda asumir un ensayo clínico que no sea de bajo nivel de intervención. Es conveniente contar con el apoyo de una plataforma de gestión de ensayos clínicos, como la plataforma SCReN del Instituto de Salud Carlos III. Por último, se recalca la recomendación de publicar el protocolo del estudio antes de que el reclutamiento esté avanzado y la obligatoriedad de publicar los resultados, sean favorables o no.



CONCLUSIONES

- La investigación en Obstetricia es escasa y de bajo nivel de evidencia.
- Es más difícil encontrar financiación y recibir la aprobación de las autoridades pertinentes para llevar a cabo ensayos clínicos obstétricos, constituyendo una inequidad para las gestantes.
- Se necesita una mayor apuesta por la realización de ensayos clínicos en embarazadas, tanto de la industria como de los órganos financiadores de investigación independiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steinberg JR, Weeks BT, Reyes GA, Conway Fitzgerald A, Zhang WY, Lindsay SE, et al. The obstetrical research landscape: a cross-sectional analysis of clinical trials from 2007-2020. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Jan; 3(1): p. 100253.
2. McKiever M, Frey H, Constantine MM. Challenges in conducting clinical research studies in pregnant women. *J Pharmacokinet Pharmacodyn*. 2020 Aug; 47(4): p. 287-293.
3. Gupta M, Petsalis M, Powers K, Chen HY, Chauhan SP, Wagner S. Randomized clinical trials in obstetrics-gynecology registered at ClinicalTrials.gov: Characteristics and factors associated with publication. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Aug; 251: p. 223.
4. Bahmanyar R, Out HJ, van Duin M. Women and babies are dying from inertia: a collaborative framework for obstetrical drug development is urgently needed. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Jul; 225(1): p. 43-50.



Menopausia y salud metabólica. Enfermedades cardiovasculares

Gallo Galán LM, Coronado Ruíz M

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Sanitas La Moraleja. Madrid.

Una amplia evidencia muestra que en la menopausia existen cambios en la composición corporal, incluida una pérdida de masa corporal magra, acumulación de masa grasa y redistribución del tejido adiposo en el área abdominal. Asimismo, debido a la menopausia, tiene lugar un cambio a un perfil lipídico aterogénico (aumentos en el colesterol total, LDL-colesterol y apolipoproteína B), independientemente de la edad (Figura 1).

No existe controversia en que las mujeres experimentan un aumento de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) y una mayor prevalencia de síndrome metabólico en la menopausia.

Los estrógenos regulan la reactividad vascular, presión arterial, función endotelial y la remodelación cardíaca. Los niveles más bajos de estrógenos después de la menopausia están relacionados con una función vascular alterada y una mayor inflamación. Las alteraciones en los niveles de estrógenos también afectan al sistema inmunitario, que está estrechamente relacionado con la función vascular y el envejecimiento. La reactividad inmunitaria aumenta en las mujeres durante y después de la transición a la menopausia, asociándose los trastornos endocrinos y reumáticos autoinmunes con un mayor riesgo de ECV.

Después de la menopausia, los factores de riesgo cardiovascular tradicionales se ven afectados negativamente, en particular la hipertensión. Se ha demostrado que la menopausia está asociada con un aumento de la presión arterial.

Las mujeres con insuficiencia ovárica precoz (IOP), definida como la pérdida de la función ovárica antes de los 40 años, tienen una esperanza de vida más corta que las mujeres con menopausia tardía, debido a las ECV y a la osteoporosis.

Los datos epidemiológicos sugieren que la terapia hormonal en la menopausia (THM) basada en estrógenos mitiga muchos factores de riesgo de ECV. Prevalece en la actualidad la "hipótesis del momento oportuno", la cual postula que las mujeres que comienzan la THM

dentro de los 10 años posteriores al inicio de la misma obtienen protección contra las ECV.

Aunque la THM continúa teniendo un papel importante en el manejo de la menopausia, existe consenso en la actualidad acerca de que esta no debe usarse para la prevención primaria o secundaria de las ECV. Las pautas actuales de THM subrayan la necesidad de individualizar el tratamiento para maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. La evidencia disponible indica que los estrógenos orales solos tienen un efecto favorable sobre los niveles de lipoproteínas, la glucemia, la insulina y el riesgo de ECV; sin embargo, la adición de progestágenos atenúa los efectos relacionados con los lípidos. Así mismo, indica que los estrógenos transdérmicos tienen menos efecto sobre la coagulación, la inflamación y los lípidos que los estrógenos orales, y los estudios observacionales sugieren que su uso presenta un menor riesgo de tromboembolismo venoso y accidente cerebrovascular que los estrógenos orales.

CONCLUSIONES

En la menopausia existen cambios en la composición corporal y hacia un perfil lipídico proaterogénico, así como un aumento de los factores de riesgo de ECV y una mayor prevalencia de síndrome metabólico.

La menopausia representa un momento ideal para evaluar la salud y el riesgo cardiovascular, así como esencial para considerar el inicio de intervenciones en el estilo de vida y un control cuidadoso de los factores de riesgo convencionales de ECV, incluidos, entre otros, el colesterol, la diabetes y la hipertensión.

Aunque la THM es el tratamiento más efectivo para los síntomas de la menopausia, se acepta en la actualidad que no debe usarse para la prevención primaria o secundaria de las ECV. Su inicio temprano después de la menopausia tiene el mayor beneficio para la salud cardiovascular, no recomendándose en mujeres con alto riesgo cardiovascular y después de un evento cardiovascular.

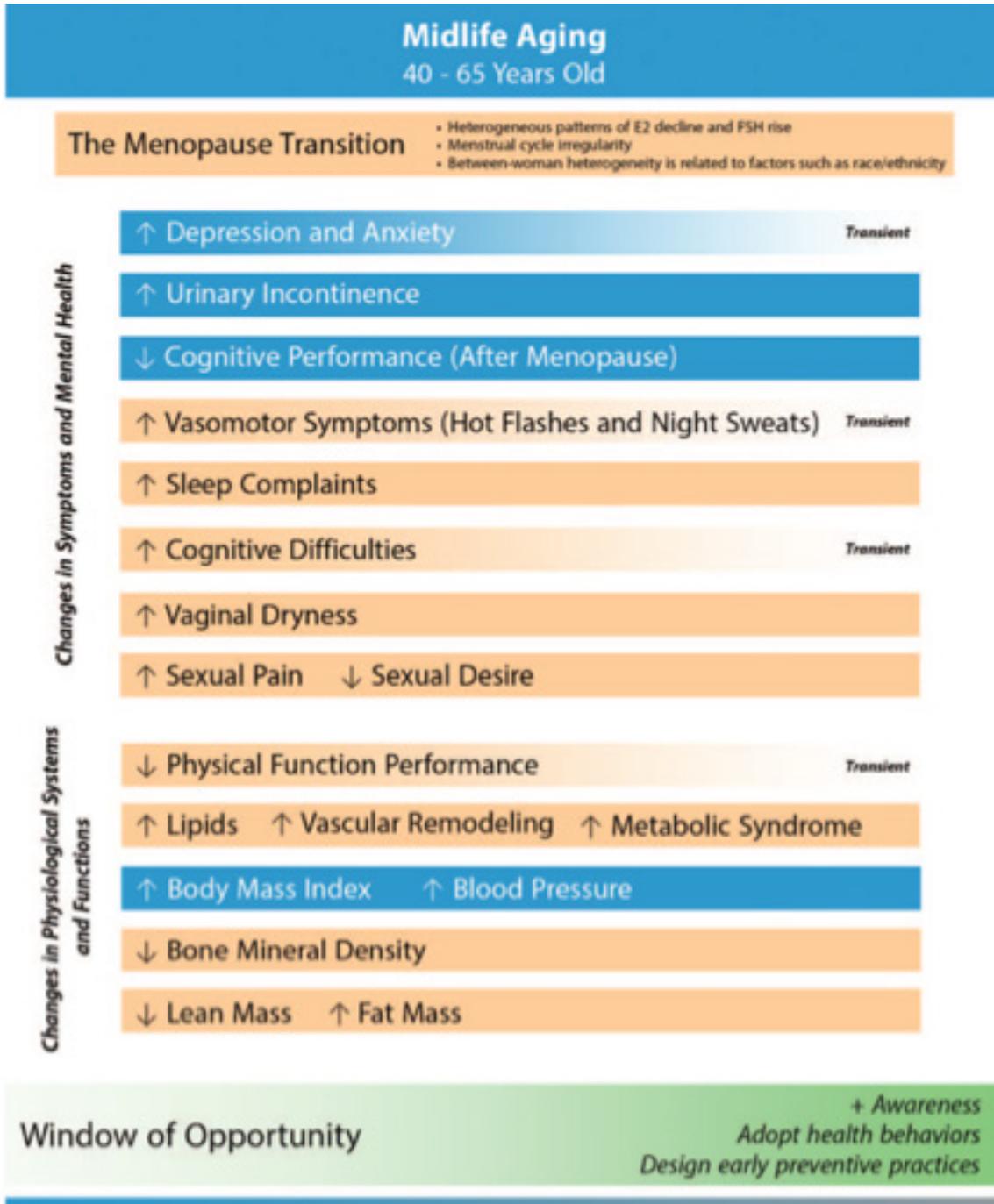


Figura 1.

Lo que hemos aprendido del Estudio de la Salud de las Mujeres en todo el país (Study of Women's Health Across de Nation, SWAN). Este estudio contribuyó a nuestra comprensión de los impactos de la transición a la menopausia versus el envejecimiento de la mediana edad en la salud y el bienestar de las mujeres en diferentes dominios (fuente: El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Menopause. 2019;26(10):1213-1227).



BIBLIOGRAFÍA

- Anagnostis P, Paschou SA, Katsiki N, Krikidis D, Lambrinouadaki I, Goulis DG. Menopausal Hormone Therapy and Cardiovascular Risk: Where are we Now? *Curr Vasc Pharmacol*. 2019;17(6):564-572. doi: 10.2174/1570161116666180709095348.
- Anagnostis P, Stevenson JC. Cardiovascular health and the menopause, metabolic health. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2023;101781. doi: 10.1016/j.beem.2023.101781.
- Birmingham KM, Linenberg I, Hall WL, Kadé K, Franks PW, Davies R, et al. Menopause is associated with postprandial metabolism, metabolic health and lifestyle: The ZOE PREDICT study. *EBioMedicine*. 2022 ;85:104303. doi: 10.1016/j.ebiom.2022.104303.
- Crandall CJ, Mehta JM, Manson JE. Management of Menopausal Symptoms: A Review. *JAMA*. 2023;329(5):405-420. doi: 10.1001/jama.2022.24140.
- Dehghan A, Vasani SK, Fielding BA, Karpe F. A prospective study of the relationships between change in body composition and cardiovascular risk factors across the menopause. *Menopause*. 2021;28(4):400-406. doi: 10.1097/GME.0000000000001721.
- El Khoudary SR, Greendale G, Crawford SL, Avis NE, Brooks MM, Thurston RC, et al. The menopause transition and women's health at midlife: a progress report from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2019;26(10):1213-1227. doi: 10.1097/GME.0000000000001424.
- El Khoudary SR. Age at menopause onset and risk of cardiovascular disease around the world. *Maturitas*. 2020;141:33-38. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.06.007.
- Goldštajn MŠ, Mikuš M, Ferrari FA, Bosco M, Uccella S, Noventa M, et al. Effects of transdermal versus oral hormone replacement therapy in postmenopause: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307(6):1727-1745. doi: 10.1007/s00404-022-06647-5.
- Hodis HN, Mack WJ. Menopausal Hormone Replacement Therapy and Reduction of All-Cause Mortality and Cardiovascular Disease: It Is About Time and Timing. *Cancer J*. 2022; 28(3):208-223. doi: 10.1097/PPO.0000000000000591.
- Maas AHEM, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, van Dijken D, Hamoda H, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J*. 2021;42(10):967-984. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa1044.
- Marlatt KL, Pitynski-Miller DR, Gavin KM, Moreau KL, Melanson EL, Santoro N, et al. Body composition and cardiometabolic health across the menopause transition. *Obesity (Silver Spring)*. 2022;30(1):14-27. doi: 10.1002/oby.23289.
- Nair AR, Pillai AJ, Nair N. Cardiovascular Changes in Menopause. *Curr Cardiol Rev*. 2021;17(4):e230421187681. doi: 10.2174/1573403X16666201106141811.
- Newson L. Menopause and cardiovascular disease. *Post Reprod Health*. 2018 ;24(1):44-49. doi: 10.1177/2053369117749675.
- Roa-Díaz ZM, Raguindin PF, Bano A, Laine JE, Muka T, Glisic M. Menopause and cardiometabolic diseases: What we (don't) know and why it matters. *Maturitas*. 2021;152:48-56. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.06.013.
- Roa-Díaz ZM, Wehrli F, Lambrinouadaki I, Gebhard C, Baumgartner I, Marques-Vidal P, et al. Early menopause and cardiovascular risk factors: a cross-sectional and longitudinal study. *Menopause*. 2023;30(6):599-606. doi: 10.1097/GME.0000000000002184.
- Rodrigues J, Wang YF, Singh A, Hendriks M, Dharmalingam G, Cohen-Solal M, et al. Oestrogen enforces the integrity of blood vessels in the bone during pregnancy and menopause. *Nat Cardiovasc Res*. 2022;1:918-932.
- Ryczkowska K, Adach W, Janikowski K, Banach M, Bielecka-Dabrowa A. Menopause and women's cardiovascular health: is it really an obvious relationship? *Arch Med Sci*. 2022;19(2):458-466. doi: 10.5114/aoms/157308.
- Shufelt CL, Manson JE. Menopausal Hormone Therapy and Cardiovascular Disease: The Role of Formulation, Dose, and Route of Delivery. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(5):1245-1254. doi: 10.1210/clinem/dgab042.



Neurosonograma fetal. Indicaciones, metodología y limitaciones

Iglesias Gutierrez-Cecchini L, Adiego Burgos MB

Obstetricia y Ginecología
Hoospital Universitario Fundación Alcorcon.

Los defectos congénitos del sistema nervioso central (SNC), bien de origen malformativo, por fallo en su desarrollo o adquiridos por el efecto de procesos infecciosos o hipóxico-isquémicos representan uno de los grupos más importantes de las malformaciones congénitas y son frecuente causa de discapacidad en la infancia.

En muchos casos tienen una base genética que sitúa a muchas parejas en una situación de alto riesgo que demanda un asesoramiento prenatal pero la mayoría se presentan en población sin riesgo conocido de manera que la estrategia más acertada para detectarlas es la del cribado universal. Por ello se ha propuesto establecer 2 niveles de atención diferenciados por el contenido y complejidad de la exploración y por la experiencia del especialista.

EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA BÁSICA DEL SNC

La exploración básica del SNC es aquella realizada en todas las ecografías por un ecografista obstétrico, mediante la vía abdominal, con objeto de confirmar normalidad.

Se basa en el estudio de los planos básicos axiales del cerebro fetal (trasventricular, transtalámico y transcerebeloso) y de la columna vertebral (CV) en plano sagital.

Mediante el análisis de estos planos se deben estudiar las siguientes estructuras:

Cráneo y columna:

Se valora el tamaño, (DBP-CCF), así como la integridad estructural, densidad ósea y morfología.

Debe valorarse la integridad de la CV en un corte sagital, así como localizar la altura del cono medular.

Ventrículos laterales (VLs):

Para medir los VLs (<10mm) realizaremos un corte transventricular estricto, ampliando la imagen y midiendo el atrio perpendicularmente frente a la cisura parieto-occipital (CPO).

Además del tamaño, se estudia su forma, contenido, ecogenicidad de la pared y del tejido periventricular.

Complejo anterior

Formado por la Cisura Interhemisférica, la rodilla del Cuerpo Caloso (CC), las astas anteriores de los VLs y el CSP (siempre medible entre 18-37s) que no se debe confundir con las columnas del fornix.

Cisura interhemisférica:

Mediante un barrido anteroposterior, valorando su continuidad para descartar comunicaciones de VLs, ensanchamiento de línea interhemisférica o la presencia de quistes

Cisura de Silvio y cisura parieto occipital

La cisura de Silvio se visualiza como una protuberancia con forma trapezoidal a nivel de la convexidad del hueso parietal. La CPO forma parte del denominado complejo posterior, formado por el esplenio del CC, el surco caloso, la cisura interhemisférica, la CPO y las astas posteriores de los VLs

Cisterna Magna, Hemisferios cerebelosos y Vermis Cerebeloso (VC)

El Cerebelo esta formado por 2 hemisferios separados por el VC. Estudiamos la morfología y simetría de ambos hemisferios midiendo el DTC. El VC se encuentra entre ambos hemisferios, separa el IV ventrículo de la cisterna magna (CM). La CM (2-10mm) se mide desde el borde posterior del VC al borde interno del occipital.

Lesiones

Para finalizar la ecografía básica debemos descartar la presencia de lesiones (quistes, tumores, lesiones hiperecogénicas...)



NEUROSONOGRAFÍA AVANZADA

La Neurosonografía está orientada al análisis morfológico y biométrico más completo de todas las estructuras encefálicas accesibles y reconocibles a partir de los planos axial, coronal y sagital, se realiza por un experto en SNC por vía abdominal y transvaginal, con el fin de descartar patología.

Se prestará atención al estudio sistemático del desarrollo cortical de cisuras y surcos

Además no olvidaremos el estudio de la cara en los 3 planos: axial, coronal y sagital.

ECO3D.

La ecografía tridimensional aporta una herramienta única en la evaluación del SNC desde etapas precoces del desarrollo con el potencial de caracterizar de una

manera más precisa sus defectos mediante el uso de diferentes modalidades como la navegación multiplanar, la representación TUI, el modo máximo, inverso o superficie o la reconstrucción de planos de difícil obtención mediante ecografía convencional.

LIMITACIONES

A pesar de tener una elevada sensibilidad para la detección de malformaciones del SNC, la ecografía padece una serie de limitaciones como la posición fetal, transmisión ecográfica, el normal desarrollo del SNC que no finaliza hasta después del nacimiento, limitando la detección de anomalías del desarrollo cortical, la dificultad en la detección de patología del SNC adquirida (hemorragias, infecciones...) o la imposibilidad de detección de patología del neurodesarrollo en la infancia.



Save
the date



29 de
septiembre de
2023

IV Jornadas en Salud Postreproductiva de la Mujer

Directora:
Dra. Carmen Pingarrón



**Universidad
Europea** MADRID



Hospital
quirónsalud
San José

Hotel Rafael Atocha • **Madrid**

Novedades en el tratamiento del dolor pélvico crónico

Buergo Ramírez MT, Delgado Espárrago L, Solano Calvo JA, Zapico Goñi A

Sº Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid.

El dolor pélvico crónico (DPC) se define como dolor continuo en el área pélvica no resuelto y persistente. A menudo asociado a síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario inferior, sexual, intestinal, del suelo pélvico, miofascial o ginecológico. Se estima una prevalencia hasta el 25% en mujeres en edad reproductiva.

Una situación inflamatoria persistente puede interactuar con el sistema nervioso central, y conducir a una sensibilización periférica o a una sensibilización central, desempeñando un papel importante en la instauración del dolor crónico.

Frecuentemente no existe una única causa identificable del DPC. Uno de los principales cuadros clínicos es el dolor miofascial. Respecto al tratamiento, existen una gran variedad de modalidades terapéuticas, siendo necesario usarlas en combinación.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Desde el inicio del tratamiento se debe ofrecer una analgesia para controlar de forma adecuada el dolor.

Los analgésicos tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINE), aunque están especialmente indicados en el dolor agudo, también pueden ser útiles en el DPC. Los relajantes musculares son coadyuvantes en el tratamiento del dolor crónico cuando existe un componente miofascial.

Los neuromoduladores están indicados en el dolor neuropático. Se pueden utilizar anticonvulsivos como la gabapentina y la pregabalina o antidepresivos como la amitriptilina.

Los opioides, debe tenerse un manejo cuidadoso en su uso ya que presentan riesgo de dependencia y tolerancia.

El tratamiento hormonal suele ser el tratamiento de primera línea para el dolor relacionado con la

endometriosis y cualquier otra causa de dolor pélvico con reagudización cíclica. La aparición del dolor vulvar también es una indicación en pacientes postmenopáusicas.

REHABILITACIÓN

La fisioterapia permite lograr la relajación integral y voluntaria de los músculos del suelo pélvico, la disminución del dolor y la mejoría de las disfunciones miccionales, defecatorias y sexuales.

La terapia manual se considera un tratamiento no farmacológico de primera línea para el dolor miofascial.

El biofeedback, es otra técnica que podemos emplear. Muchas pacientes con DPC tienen un tono de reposo de la musculatura de suelo pélvico elevado y un tono de contracción disminuido. El equipo de biofeedback permite al paciente visualizar la evaluación de la tensión muscular y trabajar el control voluntario.

La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) está indicada sobre todo en procesos dolorosos de origen neuropático. Otras técnicas no invasivas de rehabilitación pueden ser la magnetoterapia, el láser y el ultrasonido o la radiofrecuencia.

La terapia neuroadaptativa, es una técnica no invasiva prometedora en el tratamiento del DPC de origen miofascial.

INFILTRACIÓN PUNTOS GATILLO

Si las técnicas no invasivas para resolver el dolor miofascial fracasan, el siguiente paso puede ser la inyección de los puntos gatillo (PG). Se puede realizar inyección con anestésico, anestésico y corticoide o con toxina botulínica. La combinación de este alivio transitorio con las técnicas de rehabilitación podría prolongar el beneficio.



TERAPIAS INVASIVAS

Tienen su indicación si las demás intervenciones han fracasado. Como puede ser la radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo, el bloqueo percutáneo del plexo hipogástrico, la radiofrecuencia del ganglio impar o la neuroestimulación de raíces sacras.

Se necesitan más ensayos clínicos a largo plazo para el tratamiento integrado de mujeres con DPC.

CONCLUSIONES

El DPC es motivo frecuente de consulta. Es necesario un abordaje multidisciplinar y una actuación precoz para evitar la cronificación y la aparición de fenómenos de sensibilización o memoria del dolor.



Manejo conservador de lesiones cervicales VPH dependientes de alto grado: recomendaciones y casos clínicos

Serrano Cogollor L

HM Gabinete Velázquez, Madrid

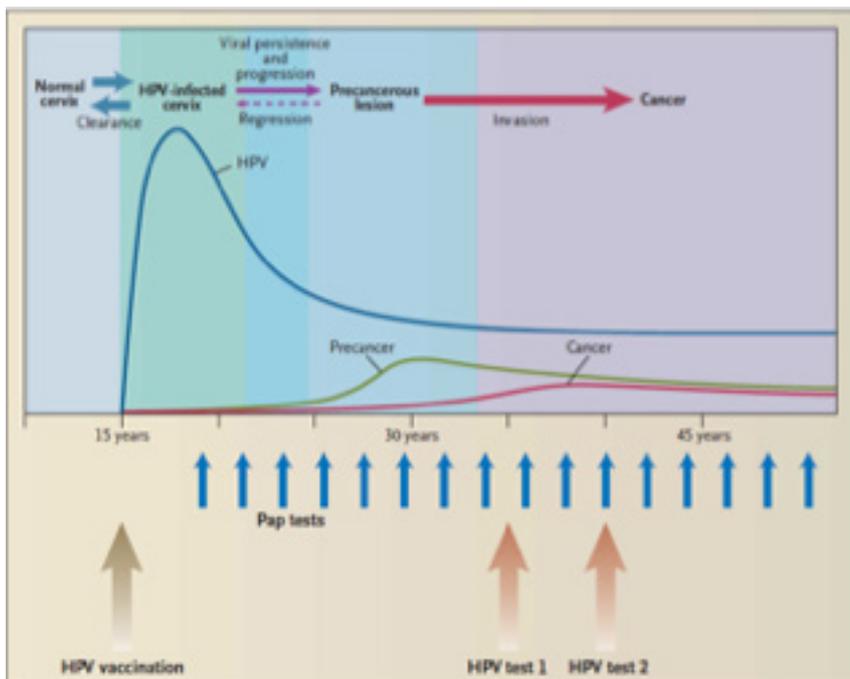
Aunque la mayoría de las infecciones causadas por el VPH se resuelven de forma espontánea, la persistencia viral se asocia con el desarrollo de lesiones cervicales y con el cáncer de cuello uterino (CCU)¹ (Imagen 1). Alrededor de un 80%-90% de las infecciones por VPH se resuelven de manera espontánea pero alrededor de un 10% progresa a LSIL (CIN1)². El riesgo inmediato de tener lesiones CIN2 en pacientes con VPH de alto riesgo (VPH-AR) que tengan CIN1 es de un 15%, mientras que en el caso específico para VPH-16 el riesgo aumenta a un 22% (datos de la ASCCP).

Dentro de los factores que favorecen la persistencia del VPH se encuentran la edad³ y el genotipo- viral⁴. Existen varios factores modificables que pueden ser la diana de terapias para aumentar la probabilidad de eliminación viral^{5,6}. Entre estos factores destacan la integridad y magnitud de la zona de transformación del cérvix, el equilibrio de la microbiota vaginal y el fortalecimiento del sistema inmunitario.

Teniendo en cuenta estos factores modificables, se ha visto que el gel vaginal a base de *Corioli*-versicolor (Papilocare®) mejora la re-epitelización de la zona de transformación del cuello uterino minimizando la ventana de oportunidades para la entrada del virus (Imagen 2); restaura la microbiota vaginal (Imagen 3), creando un entorno menos favorable para la persistencia del virus; y genera condiciones favorables para que la inmunidad local consiga el aclaramiento viral y la cicatrización de lesiones⁷.

Para evaluar el efecto de Papilocare® en la re-epitelización del cuello uterino, se realizó un estudio en el que se observó que tras 12 días de aplicación de Papilocare® la epitelización aumentó un 43% en mujeres VPH+ sin lesiones cervicales. Además, el 95% de las pacientes mejoró el grado de epitelización y el 55% alcanzó la normalidad (Imagen 2).

Para evaluar el efecto de Papilocare® en la microbiota vaginal, se realizó



N Engl J Med. 2005 Nov 17;353(20):2101-4.

Imagen 1: Historia natural de la infección con VPH y desarrollo de cáncer cervical.



Imagen 2: Aumento de epitelización en un 43% en mujeres VPH+ sin lesiones cervicales (izquierda). Mejoría del grado de epitelización en el 95% de pacientes y normalización del cuello uterino del 55% de pacientes tras 40 días de tratamiento con el gel vaginal a base de *Coriolus versicolor* (Papilocare®) (derecha).

un estudio piloto (Epicervix)⁷ en el que se observó, tras 21 días de aplicación de Papilocare® una reducción estadísticamente significativa de la diversidad de la microbiota vaginal, con un aumento de la concentración de *L. crispatus* (Imagen 3).

El ensayo clínico Paloma, con un diseño multicéntrico, abierto, paralelo y controlado con la práctica clínica habitual ha demostrado la eficacia del uso del gel Papilocare® en pacientes con lesiones de bajo grado asociadas al VPH⁸. Se demostró que tras 6 meses de tratamiento con Papilocare®, un porcentaje significativamente mayor de pacientes con VPH-AR consiguió reparar sus lesiones cervicales en comparación con el grupo de control (88% vs 56%). Estos resultados fueron estadísticamente significativos desde los 3 meses de tratamiento, con el 80% de las pacientes con lesiones reparadas en el grupo de tratamiento, vs el 52% del grupo control. Además, el subanálisis del estudio PALOMA en mujeres mayores de 40 años con VPH-AR, mostró una reparación de las lesiones cervicales en el 90% de las pacientes frente a un 33% en el grupo control (Imagen 4).

Por otro lado, se han estado llevando a cabo varios estudios clínicos independientes en hospitales públicos españoles en los que se ha seguido el modelo mostrado (Imagen 5) que incluye el tratamiento conservador con el gel vaginal Papilocare como terapia coadyuvante durante la espera vigilada.

De estos estudios destacamos los resultados de un estudio observacional, prospectivo realizado en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa por la Dra. Nadia Nassar⁹, en el cual se evaluó el efecto de

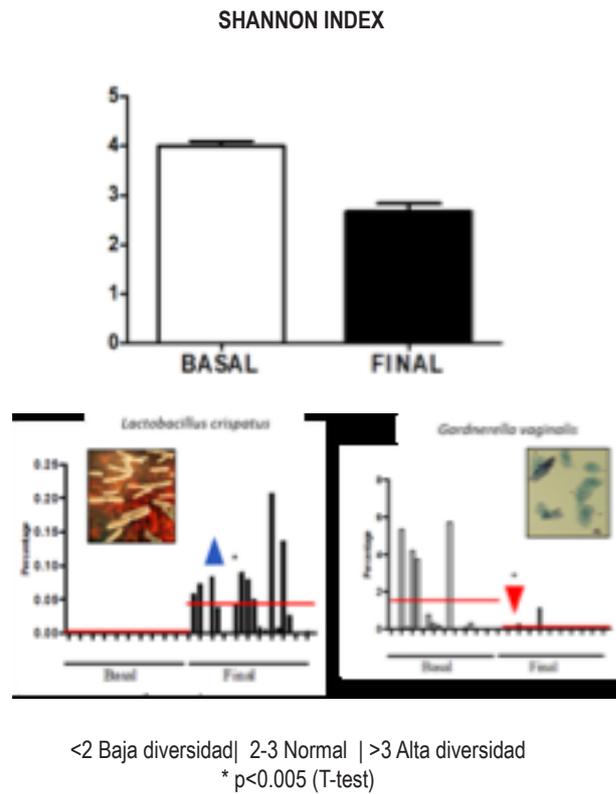
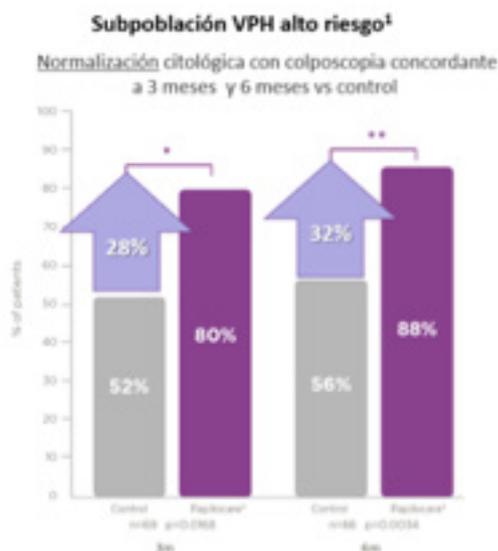


Imagen 3: Reducción significativa de la diversidad de la microbiota vaginal (izquierda) y proporciones individuales de *Lactobacillus crispatus* y *Gardnerella vaginalis* al inicio y después de 21 días de tratamiento con el gel vaginal a base de *Coriolus versicolor* (Papilocare®).

Papilocare® en el manejo conservador de las lesiones CIN2 en pacientes que cumplían criterios de manejo conservador según las guías de la Asociación Española de



- Normalización citológica con colposcopia concordante en población total, subpoblación de VPH de Alto Riesgo (VPH-AR)

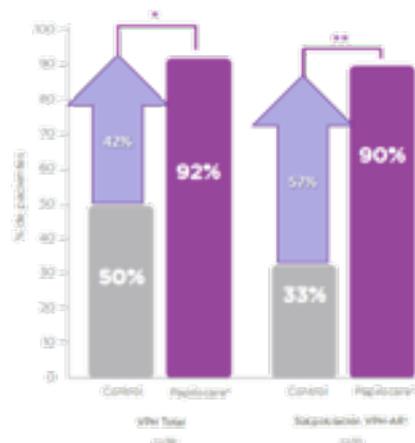


Imagen 4: Normalización citológica con colposcopia concordante a los 3 y 6 meses de tratamiento vs grupo control (estudio PALOMA). Normalización citológica con colposcopia concordante en población total y subpoblación de VPH de Alto Riesgo (VPH-AR) mayores de 40 años (subanálisis del estudio PALOMA).

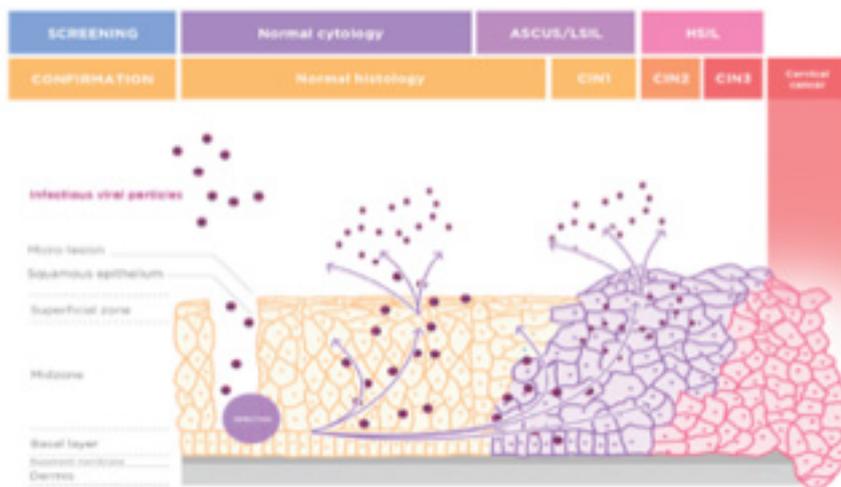


Imagen 5: Modelo de tratamiento conservador con el gel vaginal Papilocare® como terapia adyuvante durante la espera vigilada “wait and see”.

Dado que las mujeres con lesiones HSIL/CIN2-3 derivadas de VPH que están en etapa de gestación no pueden ser sometidas a un tratamiento escisional por los riesgos que esto supone^{11,12} algunos doctores como la Dra. Margarita Gil, el Dr. Carballo y la Dra. Cuadra Espinilla, han indicado el uso de Papilocare® en pacientes concretas durante el tiempo de espera vigilada cuando bajo su criterio clínico los beneficios superaban los riesgos.

La Dra. Margarita Gil, evaluó la evolución de una lesión CIN2 en una mujer gestante de 34 años con VPH 16 y otros de VPH-AR (Imagen 7). Se observó que a las 25 semanas de gestación había vasos anómalos con

disrupciones y alteraciones del calibre, patrón acetoblanco denso con signo de la cresta, mosaico y punteado grueso. Los resultados de biopsia mostraron lesiones CIN2 y se indicó el tratamiento conservador con Papilocare® gel vaginal y Papilocare® Inmunocaps. A las 37 semanas de gestación se observó una mejoría en la morfología y distribución vascular y una gran área acetoblanca con

Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC)¹⁰. En este caso, se observó una regresión lesional en el 68% de las pacientes tratadas con Papilocare durante 6 meses, cifra superior a las publicadas con la resolución espontánea, lo que podría suponer una ventaja clínica frente al enfoque de “wait and see” en pacientes que cumplen los criterios de tratamiento conservador de las lesiones CIN2 (Imagen 6).



Imagen 6: Regresión de lesiones de alto grado en pacientes tratadas con Papilocare® y que cumplían criterios de manejo conservador según las guías de la AEPCC.

mosaico y punteado en su interior. Los resultados de biopsia continuaron siendo CIN2 y la paciente siguió con el tratamiento conservador. Finalmente, a las 8 semanas posparto no se observaron vasos anómalos y hubo disminución del área acetoblanca y de su intensidad. Los resultados de biopsia mostraron regresión de la lesión a CIN1 y ausencia de signos de displasia.

Semanas previas a su cirugía, la paciente informa que ha quedado en estado de gestación y que desea continuar con su embarazo. Al estar contraindicado la conización en el embarazo, fue acordado comenzar un periodo de espera vigilada con exámenes colposcópicos periódicos en combinación con un tratamiento conservador con el gel vaginal (Papilocare®), durante 6 meses. A las 11 semanas de gestación se realizó una colposcopia en la que se observó una regresión evidente de la lesión, confirmada histológicamente como LSIL/CIN1 y continuó siendo positivo para VPH 18. A las 18 semanas de gestación se volvió a realizar un control de seguimiento en el que la biopsia reflejó un mantenimiento del LSIL/CIN1 y en el que la paciente no refirió ningún tipo de efecto adverso.



Imagen 7: Resultados de regresión de HSIL a LSIL tras tratamiento conservador con el gel vaginal a base de Coriolus versicolor (Papilocare®) en gestante con VPH 16

El Dr. Carballo, Dra. Fernández y Dr. Hijona13, evaluaron el caso de una lesión CIN2 extensa con áreas de CIN3 en una mujer de 30 años con VPH 18 y con positividad intensa para Ki67 y p16 (Imagen 8). Tras el diagnóstico, la paciente fue informada de los tratamientos disponibles y fue acordado someterse a un proceso de tratamiento escisional para eliminar la lesión.

En el tercero de los casos clínicos, la Dra. Cuadra Espinilla, evaluó una paciente de 33 años con 36 semanas de gestación y con síntomas de incomodidad genital y sensación de prurito (Imagen 9). El diagnóstico fue de múltiples condilomas en el introito y la bifurcación vulvar. La mucosa vaginal y el cérvix eran normales. Tras el diagnóstico, la paciente comenzó un tratamiento de aplicación semanal de ácido tricloroacético (80-90%) durante 10-12 semanas en combinación con el tratamiento conservador con el gel vaginal (Papilocare®).



**Diagnóstico inicial HSIL/
CIN2-3**



**11 semanas de gestación
LSIL/CIN1**

Imagen 8: Resultados de regresión de HSIL a LSIL tras tratamiento conservador con el gel vaginal a base de *Coriolius versicolor* (Papilocare®) en gestante con VPH 18.

Después de 4 semanas de tratamiento combinado se observó una disminución evidente de las lesiones por condilomas y una semana después (5 semanas) las lesiones desaparecieron por completo.



**Diagnóstico inicial
Múltiples lesiones
por condilomas**

Semana 4: Disminución de lesiones

Imagen 9: Resultados de disminución y posterior desaparición de condilomas tras el tratamiento combinado de ácido tricloroacético (80-90%) y el gel vaginal a base de *Coriolius versicolor* (Papilocare®) en paciente de 36 semanas de gestación.

CONCLUSIÓN

El tratamiento conservador con el gel vaginal a base de *Coriolius versicolor* (Papilocare®) ha mostrado tener un efecto beneficioso en factores modificables de la infección con VPH incluyendo la re-epitelización cervical y la modificación de la microbiota vaginal. Asimismo, ha mostrado favorecer la regresión de las lesiones cervicales de bajo grado en pacientes con VPH-AR y también en una subpoblación más complicada como es la de las mujeres mayores de 40 años con VPH-

AR. Datos provenientes de un estudio observacional y de diversos casos clínicos apuntan resultados prometedores en la regresión de HSIL/CIN2 en mujeres en general y en gestantes en particular, con VPH-AR, tras el tratamiento con el gel vaginal Papilocare®.

Este tratamiento conservador coadyuvante durante el periodo de espera vigilada podría ser una alternativa terapéutica para el manejo de lesiones dependientes del VPH.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez AC, Schiffman M, Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman ME, et al. Longitudinal study of human papillomavirus persistence and cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3: critical role of duration of infection. *J Natl Cancer Inst.* 2010;102(5):315-24.
- Huang L.-W., Lin Y.-H., Pan H.-S., Seow K.-M., Lin C.-Y. Human papillomavirus genotyping as a predictor of high-grade cervical dysplasia in women with mildly cytologic abnormalities: a two-year follow-up report. *Diagnostic Cytopathology.* 2012;40(8):673-677.
- Kang, LN., Castle, P.E., Zhao, FH. Et al. A prospective study of age trends of high-risk human papillomavirus infection in rural China. *BMC Infect Dis.* 2014;14, 96.
- Bulkmans, NW J et al. "High-risk HPV type-specific clearance rates in cervical screening." *British journal of cancer.* 2007,96,9: 1419-24.
- Lebeau A, Bruyere D, Roncarati P, Peixoto P, Hervouet E, Cobraiville G, et al. HPV infection alters vaginal microbiome through down-regulating host mucosal innate peptides used by *Lactobacilli* as amino acid sources. *Nat Commun.* 2022;13(1):1076.
- de Sanjosé S, Brotons M, Pavón MA. The natural history of human papillomavirus infection. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;47:2-13.
- González S, Serrano L, Cortés J, Vezza T, Garrido-Mesa J, Algeri F, et al. Effect of a *Coriolius versicolor*-based vaginal gel on cervical epithelialization and vaginal microbiota in HPV-positive women: EPICERVIX pilot study. *AJHS Medicina Balear.* 2022;37(2):139-45.
- Serrano L, López AC, González SP, Palacios S, Dexeus D, Centeno-Mediavilla C, et al. Efficacy



- of a Coriolus versicolor-based vaginal gel in women with human papillomavirus-dependent cervical lesions: The PALOMA Study. *J Low Genit Tract Dis.* 2021;25(2):130-136.
9. Nassar Melic N, Díaz Vega M, Herrero Barrios S, Pardina Claver G, Padin Fabeiro M. A CONSERVATIVE TREATMENT OF CIN 2 USING A CORIOLUS VERSICOLOR-BASED VAGINAL GEL: AN OBSERVATIONAL STUDY. Abstract presented in the EUROGIN 2023.
 10. AEPCC-Guía: PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL CANCER DE CUELLO DEL ÚTERO, 2022. CONDUCTA CLÍNICA ANTE RESULTADOS ANORMALES DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO. Coordinador: Torné A. Secretaria: del Pino M. Autores: Torné A; Andía, D; Bruni L; Centeno C; Coronado P; Cruz Quílez J; de la Fuente J; de Sanjosé S; Granados R; Ibáñez R; Lloveras B; Lubrano A Matías Guiu X; Medina N; Ordí J; Ramírez M; del Pino M.
 11. Belén de la Torriente Benito, C. Effect of a Coriolus Versicolor-based Vaginal Gel on High grade Cervical Lesion During Pregnancy. *Materials Chemistry Horizon.* October 2021.
 12. Castañon et al. Is the increased risk of preterm birth following excision for cervical intraepithelial neoplasia restricted to the first birth post treatment? PaCT Study Group. *BJOG,* Aug 2015.
 13. Carballo García A, Fernández Rísquez A, Hijona Elósegui J, Sanmartin P. EFFECT OF A MULTI-INGREDIENT Coriolus versicolor-BASED VAGINAL GEL IN A HPV18+ PREGNANT WOMAN with CIN 2/3 LESIONS. Abstract presented in EUROGIN 2023.



PAPILOCARE[®]

Hay una alternativa para tus pacientes
Ahora, plántale cara al VPH



SUPERIORIDAD CLÍNICA
vs la espera vigilada¹



No esperes. Pasa a la acción

Eficacia demostrada en ensayo aleatorizado, controlado,
en mujeres con lesiones cervicales VPH dependientes¹

Disponible
en **51 países**

Más de **medio millón** de mujeres
tratadas con Papilocare[®]



◊ Lesiones de bajo grado / 1. Serrano L. et al. Efficacy of a Coriolus versicolor-based vaginal gel in women with human Papillomavirus-dependent cervical lesions: The PALOMA Study. J Low Genit Tract Dis 2021;25:130-136. doi:10.1097/LGT.0000000000000596



Papel actual de los marcadores de segundo trimestre

Brown Romero L, Teulón González M

El diagnóstico ecográfico de las aneuploidías se basó inicialmente en el estudio de malformaciones o anomalías estructurales. Posteriormente se generalizó el uso de los marcadores menores, hallazgos transitorios e inespecíficos que aparecen con frecuencia en fetos euploides pero cuya presencia aumenta el riesgo de aneuploidías, principalmente de trisomía 21. La presencia de uno o más de estos marcadores se utilizaba para reajustar el riesgo de aneuploidía, multiplicando dicho riesgo por la razón de probabilidad de cada uno de ellos. Los marcadores más asociados con la trisomía 21 son el edema nuchal, la ausencia o hipoplasia del hueso nasal, la ventriculomegalia leve a moderada y la arteria subclavia derecha aberrante. Otros marcadores frecuentemente estudiados son la arteria umbilical única, la pielectasia, la hiperecogenicidad intestinal, los quistes de plexo coroideo, los huesos largos cortos o los focos hiperecogénicos intracardiacos. La mayoría de ellos se han asociado con la trisomía 21, salvo los quistes de plexo coroideo, que son característicos de la trisomía 18. Históricamente, la definición de los marcadores y las razones de probabilidad de cada uno de ellos han presentado una gran heterogeneidad, dificultando su estudio objetivo mediante meta-análisis. Constituyen una importante fuente de ansiedad materna y condicionan la realización de pruebas invasivas.

Desde el advenimiento del cribado combinado del primer trimestre y la aparición del DNA fetal libre en sangre materna, el estudio de los marcadores menores ha perdido relevancia, ya que el cribado llega a conseguir tasas de detección de entre 80-99% según su modalidad. Las nuevas guías de práctica clínica muestran un cambio de paradigma en este aspecto, y basan firmemente el diagnóstico de aneuploidías en el cribado frente a la ecografía. Por tanto, y de manera generalizada, en una paciente con cribado de bajo riesgo en el primer trimestre y el hallazgo de un marcador menor aislado no se recomienda realizar diagnóstico genético mediante amniocentesis.

Existen tres notables excepciones a esta nueva actitud: el edema nuchal, el hueso nasal y la ventriculomegalia. En el caso de los dos primeros, en ausencia de cribado del primer trimestre o cribado combinado de bajo riesgo, se recomienda realizar DNA fetal o incluso valorar amniocentesis según el coste y las preferencias de la paciente. No obstante, si el cribado del primer trimestre se realizó con DNA fetal y su resultado fue de bajo riesgo no serían necesarios más estudios. Por otro lado, el hallazgo de ventriculomegalia leve o aislada sí requiere diagnóstico genético mediante amniocentesis, ya que hasta el 20% de los casos aparecen en el contexto de anomalías genéticas. En esta situación, también se recomienda estudiar la infección por citomegalovirus y toxoplasma.

Aunque su papel en el diagnóstico de aneuploidías ha perdido relevancia, algunos de estos marcadores se asocian con otras alteraciones. Así ocurre con el intestino hiperecoico (asociado con fibrosis quística, infección por citomegalovirus o RCIU) o los huesos largos cortos (asociados con displasias esqueléticas y RCIU). De igual manera, el hallazgo de ventriculomegalia o dilatación pielocalicial requerirá seguimiento ecográfico por su carácter evolutivo. Finalmente, son útiles en el caso de pacientes sin cribado previo.

CONCLUSIONES

en la era del cribado combinado prenatal, y con la posibilidad de un cribado universal con DNA fetal cada vez más cerca, el papel de los marcadores menores ha quedado relegado a un segundo plano. Su aparición de manera aislada y con screening de bajo riesgo se debería considerar en líneas generales como una variante de la normalidad. No obstante, mantienen su relevancia para el estudio de otras patologías no asociadas con aneuploidía como infecciones, fibrosis quística, displasias o defectos de crecimiento, así como la valoración de pacientes sin cribado previo.



Reinterpretación fisiopatológica de la monitorización fetal intraparto

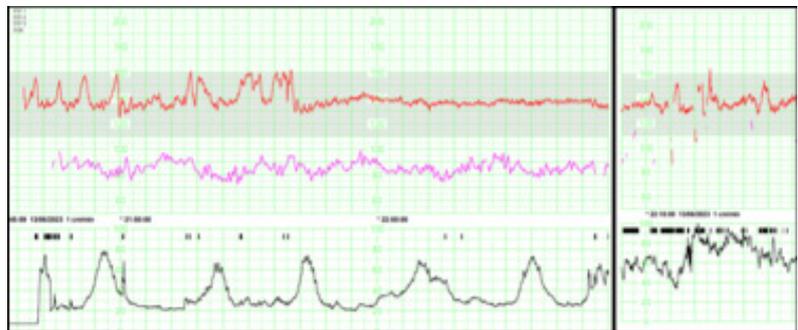
Brox Martín A, Suy Franch A

Ginecología y Obstetricia – Hospital Vall d'Hebron (Barcelona)

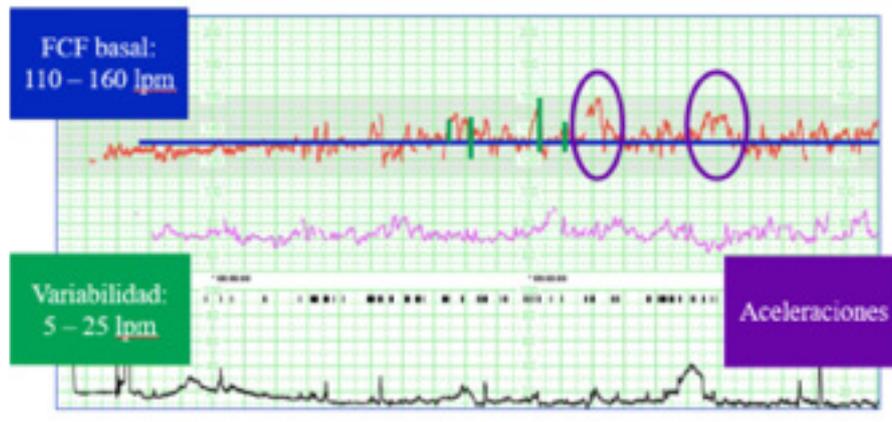
La monitorización fetal intraparto se introdujo en nuestros paritorios en 1968 sin basarse en ensayos clínicos randomizados que avalaran su uso en la práctica clínica. Únicamente ha demostrado reducir las convulsiones neonatales, pero no disminuir la tasa de muerte fetal intraparto ni de parálisis cerebral. A su vez, el pH de calota fetal, tampoco está basado en ensayos clínicos aleatorizados y actualmente es muy discutible su uso. Trata de asemejar el valor del pH de sangre de la calota fetal con el nivel de oxigenación a nivel central, dos valores que pueden ser muy dispares. Todo esto sin olvidar que no es una práctica libre de posibles complicaciones como trauma o absceso en la calota, así como la ansiedad materna que se produce al practicarla.

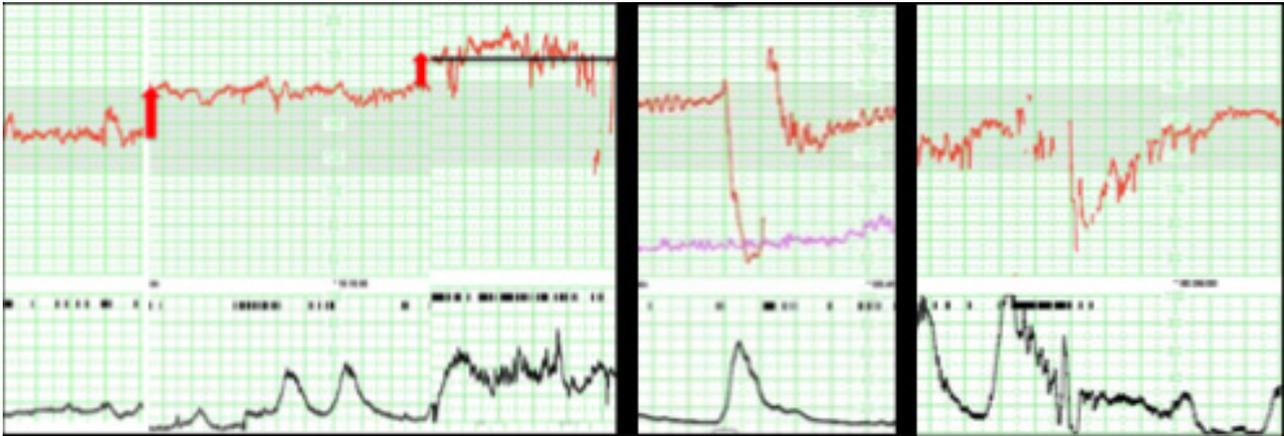
Clásicamente, el registro cardiotocográfico (RCTG) se ha interpretado con un método de reconocimiento de patrones. Debemos intentar darle una interpretación mucho más fisiopatológica en la que primero tratemos de entender qué paciente tenemos delante, en qué momento del trabajo de parto nos encontramos y por qué el bebé se comporta como lo hace.

El trazado del RCTG es un reflejo de la integración del sistema nervioso autónomo (SNA) simpático (SNS) y parasimpático (SNP), y del sistema nervioso (SN) somático. Este registro está definido por la línea basal de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), que deberemos interpretar según la edad gestacional; y por la variabilidad. Además, la presencia de aceleraciones y cycling son signos de bienestar fetal, ya que reflejan la integridad del SN somático.



Cuando sometemos a un feto a un estrés hipóxico, éste podrá responder de distintas maneras. Por un lado, el SNS activará las glándulas suprarrenales que producirán catecolaminas y esto producirá una taicardia progresiva como mecanismo de adaptación lenta a la hipoxia. Por otro lado, el SNP intentará disminuir la FCF para conseguir un balance positivo de energía, con lo que aparecerán desaceleraciones que clasificaremos, según si el estímulo que las produce es mecánico o bioquímico, en tipo barorreceptor o quimiorreceptor, respectivamente.

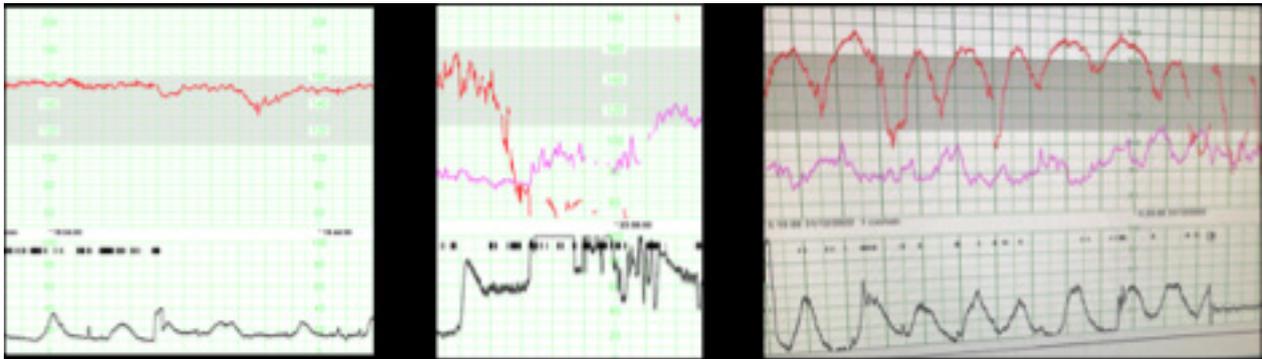




progresiva

Barorreceptor

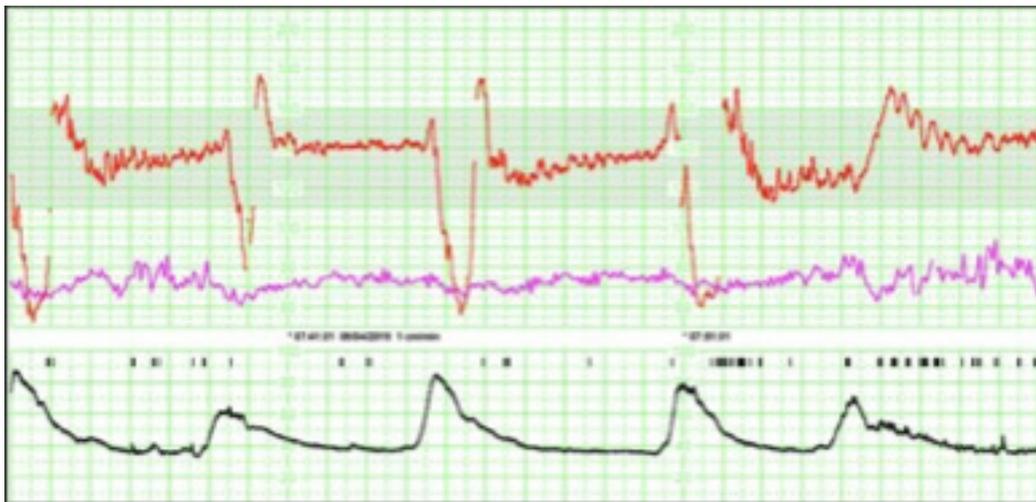
SNS – Taquicardia
Quimiorreceptor



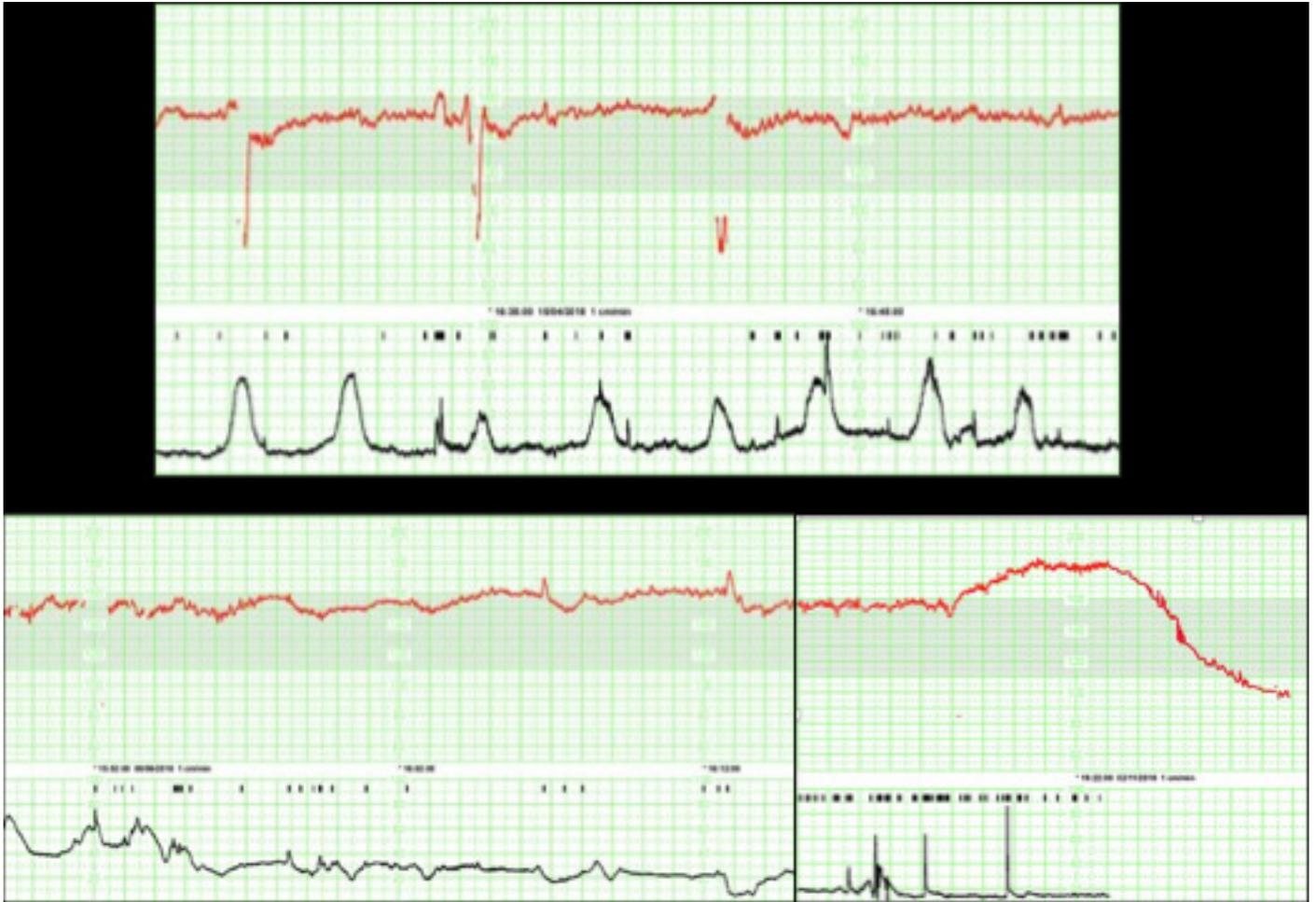
HIPOXIA CRÓNICA

HIPOXIA AGUDA

HIPOXIA SUBAGUDA



HIPOXIA CRÓNICA FASE COMPENSADA



HIPOXIA CRÓNICA FASE DESCOMPENSADA

Con todo ello, siguiendo una interpretación fisiopatológica del RCTG podremos diferenciar distintos tipos de hipoxia. La hipoxia crónica es aquella que se ha producido durante días o semanas y en la que encontraremos un feto con unas reservas disminuidas que se reflejarán en una línea basal elevada, variabilidad disminuida o ausente y presencia de desaceleraciones suaves. En la hipoxia progresiva primero observamos presencia de desaceleraciones, así como ausencia de aceleraciones, pero con una variabilidad normal y una línea de base estable. Posteriormente destacará un incremento de la línea de base, cambios en la variabilidad e inestabilidad o disminución de la línea de base con aparición de desaceleraciones prolongadas o de hipoxia aguda. En la hipoxia subaguda observaremos una línea

de base inestable y desaceleraciones de forma continua, sin tiempo a que el feto se oxigene. Si se mantiene, se traduce en una caída de 0,01 unidades del valor del pH cada 2-3 minutos. Por último, la hipoxia aguda es una disminución súbita de la oxigenación fetal por causas irreversibles, hipotensión materna o hiperestimulación. Disminuirá 0,01 unidades el valor del pH de cordón por cada minuto que pase y habrá que actuar de forma inmediata.

Como conclusión, ante cualquier RCTG deberemos primero descartar hipoxia crónica y a continuación comprobar signos de bienestar fetal, así como identificar los distintos tipos de hipoxia, para poder realizar un manejo óptimo del trabajo de parto.



Manejo quirúrgico de la endometriosis

Caballero de Diego A, Muñoz Fernández T

Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Getafe.

RESUMEN

La Endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica, de diagnóstico tardío, caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero. Es hormono dependiente pero gestágeno resistente. Tiene una prevalencia del 2-10%. Produce una disminución de la calidad de vida y de la fertilidad: los endometriomas son poco sintomáticos, pero la endometriosis profunda ocasiona dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, síntomas obstructivos...

El tratamiento es esencialmente médico, combinado o no con cirugía, en la que la vía de elección será la laparoscopia(1).

No hay evidencia concluyente sobre cual es el mejor tratamiento de la enfermedad, ya que aunque la cirugía es más rápida, las recurrencias, la persistencia del dolor, la disminución de reserva ovárica y el riesgo de complicaciones quirúrgicas, obligan a realizar tratamiento médico coadyuvante o nueva cirugías. Es fundamental informar a la paciente y evitar cirugías repetitivas (2).

En caso de cirugía, es imprescindible un correcto estudio preoperatorio, en centros especializados y de forma multidisciplinar, para conocer adecuadamente la extensión de la enfermedad.

Se debe intentar una única cirugía, ya que las reintervenciones aumentan el riesgo de complicaciones y cuadro adherencial. Toda cirugía de la endometriosis debe ir siempre acompañada de tratamiento hormonal pre y post quirúrgico.

La cirugía está indicada en:

- Dolor persistente, contraindicaciones o rechazo al tratamiento médico.
- Sospecha de malignidad.

- Obstrucción intestinal o urinaria.

La cirugía no está indicada en:

- Dolor pélvico no estudiado adecuadamente, o persistente tras cirugías previas.
- Edad próxima a la menopausia (salvo sospecha de malignidad).

La cirugía puede ser conservadora o definitiva:

Cirugía conservadora: escisión o ablación de las lesiones endometriósicas, siendo preferible la escisión (3). En los endometriomas, la técnica de elección será la quistectomía (imagen 1), especialmente en quistes > 5 cm, sospecha de malignidad, endometriomas sintomáticos, o en crecimiento. Reduce las recurrencias y el dolor en comparación con la aspiración del quiste (recurrencias hasta 80% en 6 meses)(4,5). Sin embargo, reduce la reserva ovárica, por lo que no está indicada la cirugía de los endometriomas previo a Técnicas de Reproducción Asistida. En estos casos, para evitar disminuir la reserva ovárica, se puede valorar esclerosis del quiste tras PAAF, y previo al reclutamiento folicular (6).



Imagen 1



La cirugía definitiva (imagen 2) es otra alternativa, con la ventaja de que la tasa de reintervención es menor que en la cirugía conservadora. Incluye la histerectomía, con o sin ooforectomía (7). Se puede ofertar ante síntomas persistentes, si el deseo genésico está cumplido, aunque se ocasionará una menopausia quirúrgica a la paciente (3).

Escoger el mejor procedimiento quirúrgico es difícil, por lo que es recomendable la derivación a centros especializados y el abordaje multidisciplinar.

Debemos informar a la paciente sobre las opciones terapéuticas y sus posibles complicaciones.

Es fundamental el tratamiento hormonal pre y postquirúrgico para reducir recidivas.

Conservative versus definitive surgery for endometriosis

Surgery	n	Rate of reoperation (%)	
		Two years	Seven years
Laparoscopy, both ovaries preserved	96	21	59
Hysterectomy, both ovaries preserved	28	8	22
Hysterectomy, one ovary removed	19	0	24
Hysterectomy, both ovaries removed	50	4	8

Data from: Shokiba K, Bena JE, McGill KM, et al. Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1285.

Imagen 2

En el caso de la endometriosis profunda, el objetivo quirúrgico es mejorar el dolor y la calidad de vida, sin lesionar otros órganos (abordaje multidisciplinar). El lugar más común de endometriosis extrapélvica es el tracto gastrointestinal (90% en sigma o recto), seguido del tracto urinario. El manejo es complejo por las posibles complicaciones (fístulas, lesiones intestinales, hemorragia...). Está indicada la cirugía si hay un deterioro importante de la calidad de vida, signos de obstrucción intestinal, hemorragia grave o enfermedad progresiva(8).

En cuanto al riesgo de recurrencia, el 32 % de los endometriomas recurren tras la cirugía y el dolor pélvico reaparece en un 40%. Hasta el 20% de pacientes se someterán a nuevas cirugías en los 2 años posteriores(9).

CONCLUSIONES

Se trata de una enfermedad crónica, en la que la cirugía no es curativa, por lo que cada vez hay menos indicaciones de abordaje quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

Endometriosis: Treatment of pelvic pain. Robert S Schenken, MD. Jan 31, 2023. UpToDate

1. ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022
2. Endometriosis: Surgical management of pelvic pain. Dan I Lebovic, MD. Aug 31, 2022. UpToDate.
3. Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1: Ovarian Endometrioma. ESHRE. Human Reproduction 2017. Abrao MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: Critical factors to consider before management. *Hum Reprod Update*. 2015;21(3):329–339.
4. Protocolo para el manejo de la endometriosis en Canarias. 2022.
5. Guías clínicas SEF: Endometriosis y Reproducción (2022)



6. Long-Term Medical Therapy after Laparoscopic Excision of Ovarian Endometriomas: Can We Reduce and Predict the Risk of Recurrence?
7. Del Forno S, Cofano M, Degli Esposti E, Manzara F, Lenzi J, Raimondo D, Arena A, Paradisi R, Casadio P, Seracchioli R. *Gynecol Obstet Invest.* 2021;86(1-2):170-176. doi: 10.1159/000514310. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33849018
8. Leonardi M, Espada M, Kho RM, Magrina JF, Millischer AE, Savelli L, Condous G. Endometriosis and the Urinary Tract: From Diagnosis to Surgical Treatment. *Diagnostics (Basel).* 2020 Sep 30;10(10):771. doi:10.3390/diagnostics10100771.
9. Long-term follow-up of endometriosis surgery in Ontario: a population-based cohort study. Bougie O, McClintock C, Pudwell J, Brogly SB, Velez MP. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Sep;225(3):270.e1-270.e19. doi: 10.1016/j.ajog.2021.04.237. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33894154



Nauseas y vómitos en la gestación ¿Cómo podemos mejorar el manejo clínico de las gestantes?

Izquierdo Méndez N

Especialista en obstetricia y ginecología. Unidad de obstetricia. Hospital Clinico San Carlos. Madrid

Las náuseas y los vómitos en el embarazo (NVP) son uno de los síntomas más frecuentes durante la gestación. Los síntomas tienen lugar predominantemente durante el primer trimestre, aunque en algunas pacientes van a continuar durante todo el embarazo.

Se estima que hasta el 85% de las mujeres experimentan algún grado de náuseas con o sin vómitos durante la gestación.

Esta sintomatología reduce significativamente la calidad de vida de la mujer embarazada y tienen un gran impacto económico en los pacientes, sin embargo, sigue estando subestimado.

Atendiendo a su fisiología la causa hoy en día es desconocida y se han barajado distintos factores: genéticos, endocrinológicos y gastrointestinales.

Diagnosticar de forma adecuada esta sintomatología nos permite valorar la gravedad del cuadro, el impacto que genera en la salud y en la calidad de vida, ofertando un tratamiento seguro tanto para la madre como para el feto.

¿Podemos medir las Nauseas y los vómitos?

El sistema de puntuación “Pregnancy-Unique Quantification of Emesis” (PUQE) puede ayudar a evaluar la gravedad de las náuseas y los vómitos en el embarazo en función de tres síntomas físicos: náuseas, vómitos y arcadas durante las últimas 24 horas.

Una puntuación menor de 6 en PUQE indica unos síntomas de NVP leves, mientras que una puntuación de 7 a 12 indica unos síntomas de NVP moderados, y una puntuación igual y/o mayor de 13 indican síntomas NVP graves.

Una vez valorado la gravedad del cuadro y si no hay respuesta con medidas conservadoras (cambios en la dieta y estilo de vida) las guías nos indican como primera línea de tratamiento Doxilamina 10mg (antihistamínico antagonista H1) + Piridoxina 10mg (análogo vitamina B6)

Llegados a este punto se presenta un nuevo tratamiento de primera línea para las náuseas y los vómitos en el embarazo en mujeres que no responden al tratamiento conservador.

Bonjesta® (doxilamina/piridoxina, 20mg/20mg). Es la primera combinación de liberación modificada comercializada en España Actúa de forma rápida y mantenida en el tiempo..

Su aprobación a nivel europeo en 2023 se basó en los datos de seguridad y eficacia de Bonjesta® (doxilamina/piridoxina 10mg/10mg) y en estudios farmacocinéticos que demostraron la bioequivalencia de Bonjesta (10mg/10mg) con Bonjesta® (20mg/20mg).

De media en un día ...	1 Punto	2 Puntos	3 Puntos	4 Puntos	5 Puntos
¿Durante cuanto tiempo se siente nauseosa?	No	≤ 1 h	2 - 3 h	4 - 6 h	>6 h
¿ Cuántas veces vomita?	No vomito	1 - 2	3 - 4	5 - 6	≥7
¿Cuántas veces tiene arcadas sin llegar al vómito ?	Ninguna	1 - 2	3 - 4	5 - 6	≥7



No se realizaron estudios de seguridad y eficacia con Bonjesta® (20mg/20mg).

Posología

La dosis inicial recomendada de este medicamento es de un comprimido (20 mg/20 mg) a la hora de acostarse en día 1 y día 2. Si los síntomas no se controlan adecuadamente el día 2, la dosis se puede aumentar el día 3 a un comprimido adicional (20 mg/20 mg) por la mañana y un comprimido (20 mg/20 mg) a la hora de acostarse (un total de dos comprimidos al día).

La forma de administración de Bonjesta® es por vía oral. Bonjesta® debe administrarse con el estómago vacío y un vaso de agua.

Para evitar una reaparición repentina de las náuseas y los vómitos del embarazo, se recomienda una reducción gradual de la dosis de Bonjesta en el momento de la interrupción del tratamiento.

CONCLUSIONES

Bonjesta @ (Doxilamina/piridoxina 20/20) es la primera combinación de liberación modificada comercializada en España para el tratamiento de las NVP.

- Recubrimiento multicapa de liberación inmediata permitiendo una acción rápida
- Núcleo de recubrimiento entérico que permite efecto terapéutico duradero.

Posología. Máximo 2 comprimidos al día. Se alcanza la dosis de máxima eficacia en 3 días



Tratamiento no quirúrgico de los miomas

Plaza Roig P, Aguilar Galán V

Ginecología y Obstetricia (Hospital General Universitario de Toledo)

El mioma uterino representa el tumor benigno más frecuente del útero de la mujer. Está presente en el 70% de las mujeres de 50 años. El 75% de las pacientes con miomas son asintomáticas. Cuando aparecen los síntomas, estos incluyen sangrado uterino anómalo, dolor abdominal, síntomas relacionados con el efecto masa del mioma, e infertilidad y complicaciones durante la gestación. Los tratamientos no quirúrgicos están reservados para pacientes premenopáusicas o perimenopáusicas con síntomas que alteran la calidad de vida, sin mejoría con el tratamiento médico, con contraindicaciones para la cirugía o que no han cumplido su deseo genésico. Las contraindicaciones de estos procedimientos son la presencia de una infección activa, la gestación, y la sospecha de malignidad. Estos procedimientos engloban la embolización de arterias uterinas, la miolisis por radiofrecuencia y la ablación por ultrasonidos.

La embolización de arterias uterinas consiste en la reducción bilateral del flujo de las arterias uterinas a través de la inyección de agentes esclerosantes, con la consiguiente degeneración aguda de los miomas. Como complicaciones destacan el síndrome post-embolización, con dolor, fiebre y náuseas, y la amenorrea por disfunción ovárica. Esta técnica tiene una tasa de éxito del 96,2%, y una necesidad de reintervención del 15-20%. Está indicado en pacientes con múltiples miomas intramurales o subserosos no pediculados, menores de 10cm. Respecto a la fertilidad su uso es controvertido, la American College of Radiology en 2018 lo considera una técnica apropiada para mujeres con deseos genésicos.

La miolisis por radiofrecuencia consiste en la necrosis del mioma a través de la aplicación de corriente alterna de alta frecuencia alcanzando temperaturas mayores de 65° en el interior del mioma. El acceso puede ser transvaginal, laparoscópico o transcervical. Se realiza bajo control

ecográfico y se coloca en el interior del mioma un electrodo de 35cm de longitud con una punta activa de 10mm. Como complicaciones destacan las quemaduras en el lugar de la punción, el dolor y la lesión intestinal o vesical. Está indicado en pacientes con menos de 3 miomas, entre 3-8cm, y tipo II-V de la FIGO. Es una alternativa segura y efectiva para pacientes con deseos genésicos no cumplidos. A través de esta técnica se produce una reducción en el volumen del mioma del 71% al año, condicionada por el tamaño inicial del mioma, con una tasa de reintervención del 11,5% a los tres años.

Por último, la ablación por ultrasonidos produce la necrosis coagulativa del mioma basándose en la capacidad del ultrasonido de concentrar las ondas para producir calor produciendo una lesión térmica y mecánica. Se realiza guiado por ecografía o resonancia magnética. Como complicaciones produce dolor, calambres, quemaduras en la piel, y en menor frecuencia lesiones nerviosas. La selección previa de las pacientes es importante para la predicción del éxito, pues los miomas con mayor intensidad de señal en T2 en la resonancia magnética tienen mayor resistencia al tratamiento. Las indicaciones de la técnica son pacientes con menos de 3 miomas, intramurales o subserosos no pediculados, menores de 10cm. En relación con la fertilidad la tasa de gestación es mayor que en las pacientes sometidas a embolización de arterias uterinas. Es la técnica que menor reducción del volumen del mioma produce, con mayor tasa de reintervención, destacando un aumento exponencial a los 60 meses del 49%, por lo que quedaría reservada para pacientes cercanas a la perimenopausia.

Como conclusiones reflejar que son procedimientos seguros y efectivos, con menor tasa de hospitalización y recuperación más rápida que los procedimientos quirúrgicos, de los que se benefician pacientes sin deseo



genésico cumplido, y/o que no desean o no pueden someterse a cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

- Bradley LD, Pasic RP, Miller LE. Clinical Performance of Radiofrequency Ablation for Treatment of Uterine Fibroids: Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. diciembre de 2019;29(12):1507-17.
- Caruso A, Rodríguez Pérez A, Cabezas Palacios MN, Valdés Hernández J, Guadix Martín MP. Perforación intestinal tras ablación por radiofrecuencia de mioma uterino. Reporte de caso y revisión bibliográfica. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 1 de enero de 2022;49(1):100715
- Daniels J, Middleton LJ, Cheed V, McKinnon W, Sirkeci F, Manyonda I, et al. Uterine artery embolization or myomectomy for women with uterine fibroids: Four-year follow-up of a randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. enero de 2022;13:100139.
- Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet*. abril de 2020;149(1):3-9.
- Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*. noviembre de 2016;22(6):665-86.
- Jeng CJ, Ou KY, Long CY, Chuang L, Ker CR. 500 Cases of High-intensity Focused Ultrasound (HIFU) Ablated Uterine Fibroids and Adenomyosis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. noviembre de 2020;59(6):865-71.
- Lee BB, Yu SP. Radiofrequency Ablation of Uterine Fibroids: a Review. *Curr Obstet Gynecol Rep*. 2016;5(4):318-24.
- Siedek F, Yeo SY, Heijman E, Grinstein O, Bratke G, Heneweer C, et al. Magnetic Resonance-Guided High-Intensity Focused Ultrasound (MR-HIFU): Technical Background and Overview of Current Clinical Applications (Part 1). *Rofo*. junio de 2019;191(6):522-30.
- Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N, SPECIAL CONTRIBUTORS. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*. febrero de 2015;37(2):157-78.
- Wang Y, Zhang S, Li C, Li B, Ouyang L. Minimally invasive surgery for uterine fibroids. *Ginekol Pol*. 2020;91(3):149-57.
- Xu F, Deng L, Zhang L, Hu H, Shi Q. The comparison of myomectomy, UAE and MRgFUS in the treatment of uterine fibroids: a meta-analysis. *Int J Hyperthermia*. septiembre de 2021;38(2):24-9.
- Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, et al. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. *Endocr Rev*. 13 de julio de 2022;43(4):678-719.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. *Obstet Gynecol*. 1 de junio de 2021;137(6):e100-15.
- Anneveldt KJ, van 't Oever HJ, Nijholt IM, Dijkstra JR, Hehenkamp WJ, Veersema S, et al. Systematic review of reproductive outcomes after High Intensity Focused Ultrasound treatment of uterine fibroids. *Eur J Radiol*. agosto de 2021;141:109801
- Contegiacomo A, Cina A, Di Stasi C, Barone M, Scrofani AR, Barbieri P, et al. Uterine Myomas: Endovascular Treatment. *Semin Ultrasound CT MR*. febrero de 2021;42(1):13-24
- De La Cruz MSD, Buchanan EM. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 15 de enero de 2017;95(2):100-7.
- Ierardi AM, Carnevale A, Pellegrino F, Stefano GD, Bonelli C, Renzulli M, et al. Uterine Myomas: Extravascular Treatment. *Semin Ultrasound CT MR*. febrero de 2021;42(1):56-74.
- Liu L, Wang T, Lei B. Uterine Artery Embolization Compared with High-intensity Focused Ultrasound Ablation for the Treatment of Symptomatic Uterine Myomas: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. febrero de 2021;28(2):218-27
- Manyonda I, Belli AM, Lumsden MA, Moss J, McKinnon W, Middleton LJ, et al. Uterine-Artery Embolization or Myomectomy for Uterine Fibroids. *N Engl J Med*. 30 de julio de 2020;383(5):440-51.
- Napoli A, Alfieri G, Andrani F, Scipione R, Manganaro L, Pecorini F, et al. Uterine Myomas: Focused Ultrasound Surgery. *Semin Ultrasound CT MR*. febrero de 2021;42(1):25-36.
- Pessarrodona A, Isern J, Rodríguez J, Vallejo E, Cassado J. [Treatment of uterine fibroids using high-intensity ultrasound]. *Med Clin (Barc)*. julio de 2013;141 Suppl 1:22-9.
- Pessarrodona A, Isern J, Rodríguez J, Vallejo E, Cassado J. Tratamiento de los miomas uterinos mediante ultrasonidos de alta intensidad. *Med Clin (Barc)*. 1 de julio de 2013;141:22-9.



23. Pisco JM, Duarte M, Bilhim T, Branco J, Cirurgiã F, Forjaz M, et al. Spontaneous Pregnancy with a Live Birth after Conventional and Partial Uterine Fibroid Embolization. *Radiology*. octubre de 2017;285(1):302-10.
24. Polin M, Hur HC. Radiofrequency Ablation of Uterine Myomas and Pregnancy Outcomes: An Updated Review of the Literature. *J Minim Invasive Gynecol*. junio de 2022;29(6):709-15.
25. Rey VE, Labrador R, Falcon M, Garcia-Benitez JL. Transvaginal Radiofrequency Ablation of Myomas: Technique, Outcomes, and Complications. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. enero de 2019;29(1):24-8.
26. Rey VE, Labrador R, Falcon M, Garcia-Benitez JL. Transvaginal Radiofrequency Ablation of Myomas: Technique, Outcomes, and Complications. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. enero de 2019;29(1):24-8.
27. Santalla-Hernández Á, Naveiro-Fuentes M, Benito-Villena R, López-Criado MS, González-Paredes A, Fernández-Parra J. Efficacy, Complications, and Factors Predictive of Response to Treatment with Transvaginal Radiofrequency Ablation for Symptomatic Uterine Myomas. *J Minim Invasive Gynecol*. junio de 2022;29(6):743-52.
28. Yan L, Huang H, Lin J, Yu R. High-intensity focused ultrasound treatment for symptomatic uterine fibroids: a systematic review and meta-analysis. *Int J Hyperthermia*. 2022;39(1):230-8.



Preservación ovárica en una consulta de ginecología. ¿A quién informar? ¿Qué informar?

de Labaig Revert A (a,c), Diez Alcántara Jb (c)

- Residente de Ginecología y Obstetricia.
- Especialista en Ginecología, Obstetricia y fertilidad.
- Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid.

RESUMEN

La sociedad actual hace que la mujer retrase cada vez más su maternidad, también tenemos más supervivientes de cáncer y las patologías médicas como la endometriosis o las enfermedades autoinmunes pueden acarrear comorbilidades importantes en el futuro, como la infertilidad.

El objetivo de esta ponencia es dar relevancia a estas situaciones y saber aportarle a la mujer una información adecuada sobre la evidencia existente acerca de los tratamientos de preservación de la fertilidad y ofrecer en cada caso el más adecuado.

La técnica de preservación de la fertilidad más estandarizada es la vitrificación de ovocitos, también es de la que más resultados tenemos hasta la fecha. Para su obtención la pauta de estimulación más frecuente es la realizada con antagonistas de la GnRH, por su corta duración y seguridad. El objetivo es conseguir el mayor número de ovocitos posibles, sin causar una hiperestimulación ovárica. Otra opción, es la preservación de tejido ovárico, reservada para cuando no hay tiempo de realizar un ciclo de estimulación y se debe comenzar inmediatamente el tratamiento quimioterápico o en niñas prepúberes, donde la sensibilización a las gonadotropinas es aún muy débil.

Es importante que las mujeres conozcan que implica el retraso de la maternidad: la menor calidad de gametos, mayor tasa de abortos, mayor probabilidad de patología obstétrica y ginecológica, fracaso de terapias de reproducción asistida; que es mayor cuando la mujer supera los 35 años sobre todo. Por ello, informar sobre la preservación ovárica previo a esa edad puede aportar a las mujeres cierta autonomía sobre la decisión de cuándo ser madres, de tal forma que disminuya la presión económica, psicológica y social que conlleva muchas veces este hecho. Aunque hay que advertir que esta técnica no asegura la maternidad a futuro, simplemente aumenta las

posibilidades de ser madre.

Por otro lado debemos incidir sobre qué número de ovocitos aporta una mayor seguridad de recién nacido vivo en un futuro, para no crear falsas expectativas, sobre todo en pacientes oncológicas en las que el número de ovocitos obtenidos suele ser menor. A partir de 15 ovocitos las probabilidades de recién nacido vivo pueden llegar al 70-80%, teniendo esto en cuenta muchas veces no es suficiente con un ciclo de estimulación solamente.

Por último, hay que tener en cuenta que cada vez son más frecuentes los tratamientos hormonales tanto en hombres como en mujeres transgénero, los cuales pueden implicar como efecto secundario infertilidad. En el caso de hombres transgénero la técnica recomendada sería la vitrificación de ovocitos.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que el retraso en la maternidad es cada vez más frecuente y los tratamientos de oncología suponen una comorbilidad importante sobre la fertilidad en el futuro; se hace imperativo informar a las pacientes sobre los efectos de este hecho, las alternativas de preservación disponibles y su eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

- Cobo, A., García-Velasco, J., Domingo, J., Pellicer, A. & Remohí, J. Elective and Onco-fertility preservation: factors related to IVF outcomes. *Hum. Reprod.* 33, 2222–2231 (2018).
- Johnson, J. A. et al. Delayed child-bearing. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 34, 80–93 (2012).
- De Vos, M., Devroey, P. & Fauser, B. C. Primary ovarian insufficiency. *Lancet (London, England)* 376, 911–921 (2010).
- Oktay, K. et al. Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. *J. Clin. Oncol.* 36, 1994–2001 (2018).



5. Varlas, V. N. et al. Social Freezing: Pressing Pause on Fertility. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, (2021).
6. Santaballa, A. et al. Multidisciplinary consensus on the criteria for fertility preservation in cancer patients. *Clin. Transl. Oncol.* 24, 227–243 (2022).
7. Anderson, R. A. et al. ESHRE guideline: female fertility preservation. *Hum. Reprod. open* 2020, (2020).
8. Marta Calvo, A. et al. GUÍA SEF: CICLOS DE PRESERVACIÓN DE OVOCITOS: INDICACIONES Y PROCEDIMIENTOS. 2021.
9. Dolmans, M. M. & Donnez, J. Fertility preservation in women for medical and social reasons: Oocytes vs ovarian tissue. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 70, 63–80 (2021).
10. De Roo, C., Tilleman, K., Tsjoen, G. & De Sutter, P. Fertility options in transgender people. *Int. Rev. Psychiatry* 28, 112–119 (2016).
11. Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A. & Finlayson, C. Fertility Preservation for Transgender Adolescents. *J. Adolesc. Health* 61, 120–123 (2017).
12. Martínez, F. et al. Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation–ESHRE–ASRM 2015 expert meeting: indications, results and future perspectives. *Fertil. Steril.* 108, 407-415.e11 (2017).



Segunda cirugía conservadora. ¿Es una opción?

Alonso Laza C, Lanz Armendariz A, Albi Martín B

Hospital Universitario Fundación Jimenez Diaz

La recurrencia del cáncer de mama (IBCR) se define como la reaparición del cáncer después del tratamiento primario. Puede manifestarse localmente, regionalmente o a distancia. La recurrencia locorregional implica la aparición del cáncer de mama tratado previamente, ya sea como una verdadera recidiva o como un segundo tumor primario, en la zona de la cicatriz de la mastectomía o en los ganglios linfáticos axilares, supraclaviculares o cervicales [1].

Actualmente, los tratamientos adyuvantes a la cirugía conservadora han reducido significativamente el riesgo de IBCR. Sin embargo, las recurrencias aún tienen un impacto considerable en los pacientes y el personal sanitario. El riesgo de IBCR es de aproximadamente 1-1.5% anual, llegando hasta un 15% a los 20 años, mayor en los primeros dos años y disminuyendo gradualmente de los 2 a los 5 años, y posteriormente [1].

Históricamente, las recurrencias locorregionales después de una primera cirugía conservadora se han tratado con mastectomía radical. Sin embargo, debido al impacto estético y emocional que esto conlleva para las pacientes y considerando que la mayoría de las recurrencias se diagnostican precozmente (<2 cm) gracias a un seguimiento cercano, se ha cambiado el enfoque terapéutico, intentando realizar una segunda cirugía conservadora (rBCS).

En los últimos años, múltiples estudios han planteado la posibilidad de realizar una rBCS. Los criterios utilizados para seleccionar a las pacientes y el tratamiento posterior a la tumorectomía han sido muy heterogéneos. Algunos criterios comunes incluyen tamaño <2-3 cm, tiempo hasta la recidiva > 48 meses, visibilidad por mamografía, ausencia de invasión linfovascular e invasión de piel. Los criterios para rechazar la rBCS incluyen ser menor de 35 años, tener un estudio genético positivo y afectación axilar.

En los últimos metaanálisis de Tollan CJ et al. y Mo C et al. [2, 3], se ha observado que la supervivencia es similar entre pacientes tratadas con mastectomía y aquellas en las que se ha realizado rBCS. Sin embargo, la posibilidad de una segunda IBCR es mayor en las que han tenido una segunda tumorectomía (15% frente al 10% en el grupo de mastectomía). Sin embargo, en subgrupos de pacientes a las que se les realizó re-radioterapia (reRT) posteriormente, el riesgo de una segunda IBCR se equipara al del grupo de mastectomía.

Para disminuir el riesgo de segundas IBCR, se ha propuesto la reRT de la mama tras una rBCS. Sin embargo, es necesario encontrar una manera segura de irradiar la mama con el menor número de efectos secundarios. Existen clasificaciones, como la Common Terminology Criteria for Adverse Events, que categorizan los efectos locales de la radioterapia según su gravedad. Tabla 1

Entre los ensayos clínicos relevantes en este campo que apoyan el uso de la reRT ambos con resultados óptimos en segundas IBCR y efectos locales:

- El Centro Médico de los Hospitales Universitarios de Cleveland en Ohio lideró el primer ensayo prospectivo de fase II que evaluó la terapia de radiación con implante utilizando braquiterapia con balón o radioterapia intraoperatoria (IORT) para la reRT de mama. [5].
- RTOG 1014 ensayo fase II evaluó el uso de radioterapia externa convencional con irradiación parcial en 3D en la segunda cirugía conservadora en la recidiva de CM. [6].

CONCLUSIÓN

Aunque todavía existen estudios heterogéneos, parece que una segunda cirugía conservadora en las recidivas de cáncer de mama podría ser segura desde el punto de vista oncológico, siempre que la asociemos a una segunda



radioterapia. Sin embargo, se necesitan estudios más homogéneos para estandarizar los criterios de tratamiento y las técnicas de radioterapia. Esto permitiría ofrecer el tratamiento de manera más uniforme a los pacientes y mejorar los resultados a largo plazo.

1	Leve: asintomático o síntomas leves; solo observaciones clínicas o diagnósticas; no se indica intervención.
2	Moderado: se indica una intervención mínima, local o no invasiva; limita las actividades instrumentales de la vida diaria apropiadas para la edad.
3	Grave o médicamente significativo, pero no inmediatamente mortal; se indica hospitalización o prolongación de la hospitalización; discapacitante; limita las actividades de autocuidado de la vida diaria.
4	Consecuencias potencialmente mortales, se indica una intervención urgente.
5	Muerte relacionada con el evento adverso

Tabla 1

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Práctica Clínica en Senología 2019. 4a edición. Revisada y ampliada. Sociedad Española de Patología Mamaria.
2. Tollan CJ, Pantiora E, Valachis A, Karakatsanis A, Tasoulis MK. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Role of Repeat Breast-Conserving Surgery for the Management of Ipsilateral Breast Cancer Recurrence. *Ann Surg Oncol*. 2022 Oct;29(10):6440-6453. doi: 10.1245/s10434-022-12197-6. Epub 2022 Jul 18. PMID: 35849299.
3. Mo C, Ruan W, Lin J, Chen H, Chen X. Repeat Breast-Conserving Surgery Versus Salvage Mastectomy for Ipsilateral Breast Tumour

Recurrence After Breast-Conserving Surgery in Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Front Oncol*. 2021 Nov 23;11:734719. doi: 10.3389/fonc.2021.734719. PMID: 34888233; PMCID: PMC8650120.

4. Abeloos CH, Purswani JM, Galavis P, McCarthy A, Hitchen C, Choi JI, Gerber NK. Different Re-Irradiation Techniques after Breast-Conserving Surgery for Recurrent or New Primary Breast Cancer. *Curr Oncol*. 2023 Jan 13;30(1):1151-1163. doi: 10.3390/curroncol30010088. PMID: 36661737; PMCID: PMC9857440.

5. Lyons, J. Radiation Therapy in Treating Patients with Recurrent Breast Cancer. Available online:

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/nct00945061> (accessed on 1 November 2022).

6. Arthur DW, Winter KA, Kuerer HM, Haffty B, Cuttino L, Todor DA, Anne PR, Anderson P, Woodward WA, McCormick B, Cheston S, Sahijdak WM, Canaday D, Brown DR, Currey A, Fisher CM, Jagsi R, Moughan J, White JR. Effectiveness of Breast-Conserving Surgery and 3-Dimensional Conformal Partial Breast Reirradiation for Recurrence of Breast Cancer in the Ipsilateral Breast: The NRG Oncology/RTOG 1014 Phase 2 Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2020 Jan 1;6(1):75-82. doi: 10.1001/jamaoncol.2019.4320. PMID: 31750868; PMCID: PMC6902101.



Tratamiento conservador con crioablación

Sanz Maset A, Martí Álvarez C, Gallardo Navarro A, Oliver Goldaracena J.M, Roca Navarro MJ, Hernández Gutiérrez, A, Sánchez Méndez JI

Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Paz (Madrid)

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las diferentes patologías mamarias ha evolucionado en los últimos años hacia el uso de técnicas mínimamente invasivas, que presentan múltiples ventajas frente a la cirugía. Dentro de las terapias ablativas se encuentra la crioablación. Ésta se basa en la destrucción de tejidos por la acción citotóxica del frío, que provoca la muerte celular por mecanismos directos e indirectos. A estos se añade el efecto inmunomodulador positivo que puede ejercer sinergia con las terapias adyuvantes en el cáncer.

CRIOABLACIÓN EN LESIONES BENIGNAS

Múltiples publicaciones han demostrado su seguridad y eficacia en el tratamiento de fibroadenomas, siendo ya una terapia aprobada por la FDA para este uso. En los trabajos publicados, los fibroadenomas menores de 2 cm han mostrado tener la mejor respuesta, llegando a tasas de reducción de volumen de hasta el 97% (1)(2) (3). En nuestro centro se ha publicado recientemente una revisión de 12 casos de fibroadenomas palpables, en crecimiento, tratados mediante crioablación y con muy buenos resultados clínicos (disminución del volumen del 89% a los 18 meses), cosméticos y de seguridad. Además, en nuestra experiencia la crioablación de fibroadenomas mayores de 4 cm es viable y segura (4).

CRIOABLACIÓN EN CÁNCER DE MAMA

Actualmente, existen publicaciones de alto nivel de evidencia y ensayos clínicos en marcha que avalan su uso en pacientes seleccionadas (5). Por un lado, en pacientes ancianas con comorbilidades importantes, la CR junto con terapia hormonal ha demostrado ser el tratamiento más adecuado para evitar la cirugía y sus complicaciones. Esto se demuestra en el trabajo publicado recientemente por Oliver Goldaracena et al, realizado en nuestro centro, con 43 pacientes de una media de 83 años en las que se ha observado un control local del 90,5% en lesiones con

tamaño medio de 17 mm (6).

Por otro lado, en los casos de cáncer de mama de estadio precoz y bajo riesgo, varios estudios han investigado la eficacia de la crioablación como alternativa a la cirugía conservadora, con resultados prometedores. Los dos grandes ensayos clínicos en marcha FROST y ICE-3 están evaluando la recurrencia ipsilateral de cáncer a los 5 años de seguimiento tras crioablación de carcinomas de $\leq 1,5$ cm, con receptores hormonales positivos y Her2 negativos, en pacientes postmenopáusicas. Los resultados preliminares del ICE-3, con una media de seguimiento de 34,6 meses, demuestran solamente un 2,06% de recurrencia (7). En esta misma línea, el estudio prospectivo llevado a cabo en nuestro centro por el grupo de Roca et al, ha publicado recientemente la ausencia de carcinoma en el estudio histológico de la pieza quirúrgica de 19/20 pacientes sometidas a crioablación del cáncer previamente a la tumorectomía (8).

CONCLUSIÓN

La crioterapia es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de fibroadenomas y tiene un papel prometedor en el tratamiento del carcinoma ductal infiltrante precoz de bajo riesgo, pudiendo incluso omitirse el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaufman CS, Littrup PJ, Freeman-Gibb LA, et al. Office-based cryoablation of breast fibroadenomas with long-term follow-up. *Breast J.* 2005;11(5):344-350. doi:10.1111/j.1075-122X.2005.21700.
2. Golatta M, Harcos A, Pavlista D, et al. Ultrasound-guided cryoablation of breast fibroadenoma: a pilot trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;291(6):1355-1360. doi:10.1007/s00404-014-3553-5.
3. Peek MC, Ahmed M, Pinder SE, Douek M. A review of ablative techniques in the treatment of breast fibroadenomata. *J Ther Ultrasound.*



- 2016;4:1. Published 2016 Jan 19. doi:10.1186/s40349-016-0045-z.
4. T. Díaz de Bustamante Durbán, M.J. Roca Navarro, Y. Navarro Monforte et al., Crioablación guiada con ecografía: tratamiento percutáneo alternativo a la cirugía en las lesiones fibroadenomas de la mama, nuestra experiencia, Radiología, <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.12.007>.
 5. Cazzato RL, de Lara CT, Buy X, et al. Single-Centre Experience with Percutaneous Cryoablation of Breast Cancer in 23 Consecutive Non-surgical Patients. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2015;38(5):1237-1243. doi:10.1007/s00270-015-1181-5.
 6. J.M. Oliver Goldaracena, V. Cordoba Chicote, M.J. Roca Navarro et al., Tratamiento percutáneo del cáncer infiltrante de mama en estado clínico I/II mediante crioablación en pacientes sin indicación de cirugía axilar. *Radiología*, <https://doi.org/10.1016/j.senol.2023.100493>.
 7. Fine RE, Gilmore RC, Dietz JR, et al. Cryoablation Without Excision for Low-Risk Early-Stage Breast Cancer: 3-Year Interim Analysis of Ipsilateral Breast Tumor Recurrence in the ICE3 Trial. *Ann Surg Oncol.* 2021;28(10):5525-5534. doi:10.1245/s10434-021-10501-4.
 8. M.J. Roca Navarro, D. Garrido Alonso, Y. Navarro Monforte et al., Eficacia de la crioablación guiada con ecografía en el tratamiento del cáncer de mama de bajo riesgo, *Radiología*, <https://doi.org/10.1016/j.rx.2022.04.004>.



Condilomas, ¿Qué riesgo implican?

Sánchez Martín MJ, Ramírez Mena M

Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Los condilomas acuminados (o verrugas genitales) son lesiones benignas secundarias a la expresión clínica de la infección por determinados tipos de Virus del Papiloma Humano (VPH) considerados de bajo riesgo oncogénico, siendo los genotipos 6 y 11 los responsables del 90% de estas lesiones¹.

Actualmente, los condilomas son una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes.

Cada año se diagnostican en nuestro país cerca de 50.000 nuevos casos².

La tasa de incidencia máxima en las mujeres se observa entre los 20 y 24 años y en los hombres entre los 25 y 29 años^{1,3}.

Los condilomas se caracterizan por una alta tasa de transmisibilidad (alrededor del 65% tras una relación sexual sin protección con una persona infectada) y de recurrencia (20-30%)¹.

Las lesiones se localizan preferentemente en zonas húmedas y en las más traumatizadas en el coito, como pueden ser el vestíbulo vaginal, el introito, labios menores, rafe perineal, vagina, cérvix... pero podemos encontrar lesiones en el epitelio de cualquier área expuesta sexualmente (área inguinal, perianal, canal anal, etc.)^{1,4}.

Los síntomas asociados a los condilomas acuminados van a depender sobre todo de la localización, número y tamaño de las lesiones. Aunque en la mayoría de los casos cursan de manera asintomática, ocasionalmente pueden producir prurito, hipersensibilidad de la zona, sangrado ocasional, dificultad y molestia para la higiene personal y las relaciones sexuales. También pueden afectar al estado psicológico de la mujer, siendo frecuentes la preocupación, vergüenza, ansiedad, disfunción sexual o autoestima baja^{1,4}.

Clásicamente, los condilomas han sido considerados como una enfermedad benigna muy común, asociada a una infección por VPH de bajo riesgo y sin relevancia clínica. La evidencia científica de la que disponemos actualmente pone de manifiesto que los condilomas pueden comportarse como un indicador de riesgo de lesiones precancerosas y cáncer en otras localizaciones. En la revisión bibliográfica realizada, diversos estudios reflejan que los condilomas pueden estar asociados con infección por VPH de alto riesgo oncogénico en diferentes áreas del tracto anogenital.

Un estudio retrospectivo de 2020 concluye que, aunque la etiología mayoritaria de los condilomas son VPH de bajo riesgo oncogénico, el 34% de las mujeres con condilomas asocia alguna coinfección con algún genotipo de VPH de alto riesgo a nivel cérvico-vaginal, siendo esta asociación mayor en las mujeres con lesiones recurrentes⁵.

Otro estudio del año 2019, en el que se evaluaron más de 900.000 mujeres con un seguimiento de más de 20 años, observó que la incidencia de lesiones CIN2+ era 2,4 veces mayor en mujeres con historia previa de condilomas que en mujeres que no tuvieron historia previa de condilomas⁶.

Otro estudio del año 2012 que incluyó 16.155 hombres y 32.933 mujeres, observó que los pacientes con condilomas presentan mayor incidencia de cáncer asociado al VPH y este riesgo se mantenía incrementado durante 10 años⁷.

Mención especial merecen los individuos que padecen algún tipo de inmunosupresión, especialmente aquellos que conviven con el VIH. Tanto la infección por VIH como los condilomas han sido reconocidos como factores de riesgo independientes para desarrollar cáncer anal. Por tanto, las mujeres VIH positivas con condilomas conforman un subgrupo con un riesgo incrementado de desarrollar cáncer en esta localización⁸. Algunas guías clínicas como la de GeSIDA recomiendan hacer cribado



del cáncer anal con citología anal anual en todos los individuos que conviven con el VIH y diagnóstico de condilomas.

A fecha de hoy, en mujeres con diagnóstico de condilomas no está justificada la modificación de las estrategias de cribado de cáncer de cuello del útero¹.

La estrategia de prevención primaria más eficaz frente a los condilomas es la vacunación profiláctica frente al VPH¹.

BIBLIOGRAFÍA

AEPCC-Guía: Condilomas acuminados. Publicaciones AEPCC, noviembre 2015.

1. López et al. Infectious Agents and Cancer (2018) 13:15. <https://doi.org/10.1186/s13027-018-0187-4>
2. Larsen, Helle Kiellberg, and Kristian Kofoed. Anogenital warts are more than benign lesions. 2018 May 14;180(20):V01180031.
3. A de Aguinaga Inurriaga, P Ruiz López, M Ramírez López. Virus del papiloma humano y condilomatosis anogenital. Dermatología CMQ 2020;18(3):215-227.
4. Mortaki, Despoina et al. "Prevalence of Cervico-vaginal High-risk HPV Types and Other Sexually Transmitted Pathogens in Anogenital Warts Patients." Anticancer research vol. 40,4 (2020): 2219-2223. doi:10.21873/anticancer.14183
5. Blomberg, Maria et al. "Risk of CIN2+ following a diagnosis of genital warts: a nationwide cohort study." Sexually transmitted infections vol. 95,8 (2019): 614-618. doi:10.1136/sextrans-2019-054008
6. Blomberg M, Friss S, Munk C, et al. Genital warts and risk of cancer: a Danish study of nearly 50000 patients with genital warts. J Infect Dis 2012; 205:1544.
7. Arnold, Justin D et al. "The Risk of Anal Carcinoma After Anogenital Warts in Adults Living With HIV." JAMA dermatology vol. 157,3 (2021): 283-289. doi:10.1001/jamadermatol.2020.5252



Sexualidad y menopausia, ¿qué podemos hacer por nuestras pacientes?

Los trastornos sexuales aparecieron por primera vez en el DSM-II en 1968, pero no fue hasta 1987 en el DSM-III-R cuando se utilizó por primera vez el término disfunción sexual. La definición del término ha ido modificándose hasta la publicada en el último manual, el DSM-V, que la divide en 3 entidades distintas: trastorno orgásmico, trastorno del interés/excitación sexual y trastorno del dolor genito-pélvico/penetración (1).

La prevalencia de disfunción sexual descrita en la literatura es muy dispar. En 2016 se publicó una revisión sistemática que incluía 15 artículos de varios países en la que se describe una prevalencia de entre un 5 y un 72%, según el estudio (2). En 2008 se realizó una encuesta a mujeres postmenopáusicas de 6 países europeos y los resultados mostraron que un 34% presentaban deseo sexual hipoactivo y un 53% disminución del interés por el sexo (3).

Existen factores biológicos, psico-sexuales y sociales que influyen en esta disfunción sexual, por lo que es necesario un enfoque multidisciplinar para el tratamiento de estas pacientes. Pero desde el punto de vista de la ginecología ¿qué podemos hacer?

Los tratamientos más utilizados en la menopausia en los últimos años, y por lo tanto, más conocidos, se centran en mejorar la dispareunia y atrofia vulvovaginal, y en la disminución de los síntomas vasomotores.

Pero centrándonos en algo más novedoso como es el tratamiento del trastorno del interés/excitación sexual y el trastorno orgásmico; existen numerosos artículos enfocados en esclarecer cuáles son los neurotransmisores y hormonas que influyen en la respuesta sexual en la menopausia, y de esta manera, conseguir fármacos que mejoren a nivel sistémico esta respuesta sexual. Así, esta mejoría se puede conseguir mediante el aumento de testosterona, dopamina, norepinefrina y la modulación de los receptores de serotonina (4,5).

Se ha visto que los niveles de andrógenos séricos disminuyen a medida que aumenta la edad, sin embargo, la testosterona, aunque a un nivel más bajo, se mantiene de manera fisiológica en la menopausia y se cree que esto juega un papel muy importante en la función sexual a

esta edad. Además, hay estudios que demuestran que el tratamiento con testosterona a dosis suprafisiológicas (para la menopausia), tienen un efecto beneficioso en el deseo sexual (6). Sin embargo, los resultados no son del todo concluyentes y la FDA no aprueba su uso por el momento, por la falta de estudios que confirmen su seguridad a largo plazo. Actualmente sólo tenemos disponible la fórmula magistral compuesta por testosterona al 1%.

Tibolona también está descrita como un tratamiento eficaz para el deseo sexual hipoactivo, incluso algunos estudios afirman que es mejor que la terapia hormonal sustitutiva en la consecución de este fin (7,8). Todavía no existen estudios que comparen la testosterona con tibolona, lo que podría ser muy interesante en el futuro.

Flibanserina y bremelanotida son tratamientos aprobados en EEUU y Canadá para mujeres premenopáusicas únicamente. Bremelanotida, por su mecanismo de acción, podría ser igual de efectivo en la postmenopausia.

DHEA ha demostrado mejorar la excitación/lubricación, el orgasmo y la sequedad (9).

Y por último, bupropion y bupiriona son tratamiento aprobados con otros fines, que han demostrado mejorar la función sexual y pueden ser utilizados fuera de ficha técnica con este objetivo.

Como conclusión, destacar que es un campo que se encuentra en auge en los últimos años, al que cada vez se le está dando más importancia desde el punto de vista de la calidad de vida y que tiene un futuro muy prometedor asociado a la aparición de nuevos tratamientos. No debemos olvidar que es muy importante preguntar a nuestras pacientes e informarlas de las posibilidades disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM). 5th edition. 2013.
2. Muñoz A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016.
3. Nappi RE, Nijland EA. Women's perception of sexuality around the menopause: outcomes of a



- European telephone survey. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2008
4. Goldstein I. et al. Hypoactive sexual desire. International society for the study of women's sexual health (ISSWSH). Expert Consensus Panel Review. Consensus Recommendations. Enero 2017.
 5. Al-Azzawi, Farook, and Santiago Palacios. Hormonal changes during menopause. *Maturitas*. 2009.
 6. Davison S., et al. Androgen Levels in Adult Females: Changes with Age, Menopause, and Oophorectomy. *Journal Clinical of Endocrinology and Metabolism*. 2005
 7. Nijland, Esme A et al. Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *The journal of sexual medicine*. 2008.
 8. Cayan, Filiz et al. Comparison of the effects of hormone therapy regimens, oral and vaginal estradiol, estradiol + drospirenone and tibolone, on sexual function in healthy postmenopausal women. *The journal of sexual medicine*. 2008.
 9. Labrie F. et al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *J SOMenopause*. 2009.



Tratamiento preservador de fertilidad en cancer de endometrio

Bahamondes Steel S, San Frutos Llorente L

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

El cáncer de endometrio es el 4to cáncer más frecuente en España. La edad media del diagnóstico es a los 63 años, y el 5% se diagnostica en mujeres menores de 40 años. Debido a la sintomatología precoz, la mayoría son diagnosticados en estadio precoz. El 80-90% son diagnosticados en Estadio IA y Grado 1. El estadio IA se trata de una tumoración confinada al cuerpo del útero, con ausencia o invasión menor al 50% del miometrio. El tratamiento estándar para el estadio precoz es la histerectomía con salpingooforectomía bilateral y ganglio centinela pélvico. El uso de linfadenectomía ya no se utiliza de manera rutinaria debido a la baja afectación ganglionar en este estadio.

Aunque no es común en mujeres premenopáusicas, su tratamiento estándar afecta drásticamente la calidad de vida y la fertilidad, por lo que es importante plantear un tratamiento conservador de fertilidad en estas pacientes.

Debemos tener en cuenta las características clínicas de la paciente, como la edad, el índice de masa corporal, la presencia de síndrome de ovario poliquístico, la fertilidad, la presencia de Síndrome de Lynch, etc.

Por otro lado, debemos conocer las características clínico-patológicas de la tumoración. El Gold Standard para la toma de biopsia endometrial es la histeroscopia, a través de “Grasp technique”. Este muestreo tiene una precisión subóptima para predecir el grado del tumor, por lo que se sugiere la valoración por lo menos por 2 patólogos. En cuanto al estadiaje es importante valorar la invasión miometrial y la extensión a distancia de la tumoración. La resonancia magnética pélvica y la ecografía transvaginal muestran rendimientos de diagnóstico comparables en la evaluación del miometrio. A pesar de esto, la prueba de elección es la resonancia magnética, ya que además se ha demostrado superior en cuanto a la valoración de la enfermedad extrauterina.

El tratamiento consiste en dos pilares. Por un lado, se utiliza un tratamiento hormonal continuado con

progesterona, ya sea administrada oralmente o con dispositivo intrauterino. Las más utilizadas es el acetato de medroxiprogesterona y el acetato de megestrol, y el dispositivo intrauterino liberador de levonogestrel. Además, se complementa con la resección histeroscópica, logrando una remisión completa en hasta 90 – 95% de los casos cuando se combinan ambos tratamientos. Tras la resección histeroscópica se debe administrar tratamiento hormonal por un mínimo de 6 meses, esperando la respuesta completa a los 12 meses como máximo. El control se realizará cada 3 meses y se considera respuesta completa cuando se obtienen dos biopsias histeroscópicas negativas separadas por 3 meses.

Tras alcanzar remisión completa se recomienda la gestación cuanto antes. Según antecedentes de la paciente se recomendará uso de técnicas de reproducción asistida, las cuales no han demostrado aumentar el riesgo de recurrencia o progresión del cáncer de endometrio.

El tratamiento quirúrgico definitivo debe plantearse tras completar deseo gestacional, si no hubo respuesta a tratamiento médico, o existe recurrencia o progresión de la enfermedad.

Se debe evaluar caso a caso cuando estamos frente al diagnóstico de cáncer de endometrio grado 2, ya que la evidencia es limitada en cuanto al tratamiento preservador de fertilidad. En caso del diagnóstico de Síndrome de Lynch, también debe valorarse caso a caso.

CONCLUSIÓN

Tras el diagnóstico de cáncer de endometrio en pacientes jóvenes que no han cumplido su paridad, se debe plantear tratamiento preservador de fertilidad. Para esto se deben cumplir las siguientes condiciones: El diagnóstico debe ser en estadio inicial, Estadio IA (infiltración miometrial < 50%) y Grado 1. Se debe establecer un tratamiento hormonal e histeroscópico adecuado, un seguimiento estrecho y tratamiento definitivo una vez alcanzado el deseo genésico.



Papel de la cirugía en el sarcoma ginecológico

Fabra Garrido S, Sánchez Cuerda C, Cuadra Espinilla M, Peay Pinacho J, Guerrero Cervero A, Álvarez Álvarez P, Bueno Olalla B, Álvarez Bernardi J

Hospital Universitario Infanta Sofía

Los sarcomas ginecológicos, representan un pequeño porcentaje de las neoplasias malignas ginecológicas y tienen peores resultados en comparación con los carcinomas.

El sarcoma uterino abarca el 83% de todos los sarcomas ginecológicos. (1,2)

La edad, el antecedente de radioterapia pélvica, la raza

Histología	Frecuencia
Leiomiomasarcoma	63%
Sarcoma de estroma endometrial	21%
Sarcoma indiferenciado	5%
Adenosarcoma	6%
Otros sarcomas	5%

Tabla 1. Frecuencia de los sarcomas uterinos. Oncoguía Segó Sarcomas 2023. Los sarcomas uterinos (SU) son un grupo heterogéneo de tumores de origen mesenquimal. La terminología descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la última edición para la Clasificación de los Tumores Genitales Femeninos de 2020 y nos vamos a referir a los 5 sarcomas uterinos más frecuentes: el leiomiomasarcoma (LMS), el sarcoma del estroma endometrial de bajo-alto grado (SEE-BG/SEE-AG), el sarcoma indiferenciado (SI) y, por último, el adenosarcoma (AS) con origen mixto (epitelial benigno y mesenquimal maligno) (1)

negra, el uso prolongado de tamoxifeno o ciertos factores genéticos son factores de riesgo para el sarcoma uterino. (3,4) Los síntomas son similares a los leiomiomas. (5) Tampoco existen criterios clínicos o radiológicos definitivos para diferenciar los miomas de los sarcomas uterinos. La ecografía debe ser la primera prueba a realizar y la RMN puede ayudar a evaluar la probabilidad de

malignidad. (6,7)

En cuanto a la biopsia endometrial solo diagnóstica entre el 33 al 68 % de las pacientes con sarcomas uterino. (8)

La LDH y el CA-125 son marcadores tumorales estudiados para los sarcomas uterinos. LDH mostró alta sensibilidad y especificidad en su predicción. (9,10)

La biopsia líquida (BL) es una técnica que busca detectar células tumorales liberadas en el torrente sanguíneo. Se espera que la BL permita diagnosticar y monitorizar el estado de la enfermedad. Sin embargo, se necesitan más estudios para evaluar su precisión. (11,18)

El diagnóstico intraoperatorio de las neoplasias mesenquimales uterinas primarias puede ser incierto, y la mayoría de estudios, recomiendan diferir el diagnóstico histopatológico. La realización de biopsias intraoperatorias antes de la cirugía, requiere muestrear múltiples áreas para obtener un diagnóstico preciso, lo cual puede aumentar el riesgo de diseminación tumoral. (12)

La resección quirúrgica de la enfermedad sin fragmentación y con márgenes negativos es el pilar del tratamiento. En estadios tempranos, la histerectomía total y la salpingooforectomía bilateral son la cirugía recomendada. Al iniciar la cirugía, ciertas características macroscópicas pueden indicar la presencia de un sarcoma, como la pérdida del patrón en espiral, el color amarillo, la consistencia blanda y los márgenes mal definidos. (10)

Se recomienda la laparotomía en casos de diagnóstico preoperatorio de sarcoma uterino para evitar la rotura de la pieza quirúrgica. (12)

En estadios tempranos, la linfadenectomía de rutina no se recomienda a menos que haya evidencia de adenopatías sospechosas salvo en SEE-AG y el SI (13). Actualmente no existen estudios que avalen el empleo de la biopsia selectiva del ganglio centinela en los sarcomas uterinos. (14)

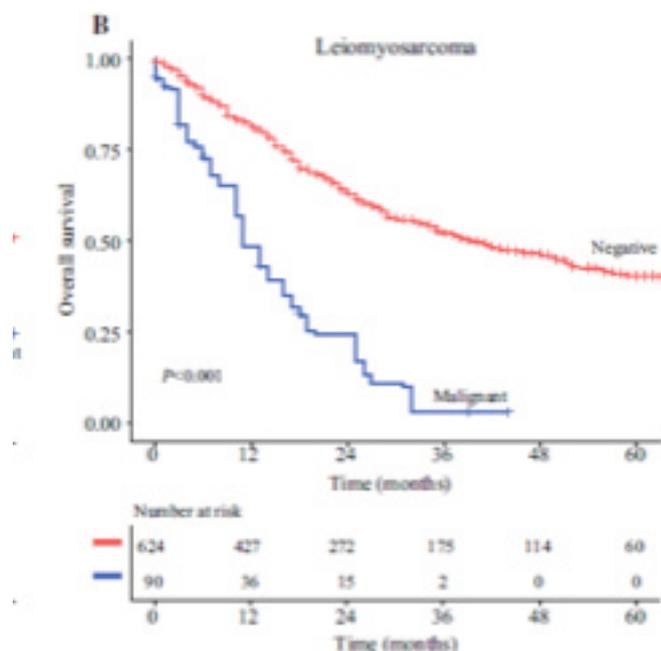


Gráfico 1. Se recomienda realizar un estudio citológico del líquido peritoneal en los sarcomas uterinos, ya que la presencia de células tumorales malignas puede influir en la supervivencia. En este gráfico se observa que la citología peritoneal con presencia de células tumorales en los LMS se asoció con un riesgo casi dos veces mayor de mortalidad por todas las causas en comparación con la citología peritoneal negativa. (19)

en mujeres jóvenes y nulíparas para estadio IA en SEE-BG y AS sin sobrecrecimiento sarcomatoso. (16)

Tras el diagnóstico de sarcoma uterino, se deben un TAC para descartar enfermedad metastásica. En casos de morcelación previa de un sarcoma sin protección en menos de 30 días, se debe realizar una inspección detallada de la cavidad peritoneal, resección de los puertos de acceso quirúrgico y citorreducción completa. A pesar de los esfuerzos, el pronóstico de los sarcomas uterinos sigue siendo desfavorable, con altas tasas de recurrencia y baja supervivencia. (2, 7, 16-18).

Otros sarcomas ginecológicos:

El carcinosarcoma uterino, anteriormente clasificado como un sarcoma, se considera actualmente un cáncer de endometrio de alto grado, por tanto, la cirugía incluiría histerectomía total con anexectomía, BSGC con linfadenectomía pélvica y aorto-cava, omentectomía inframesocólica y biopsias de todas las lesiones sospechosas. (16)

Los sarcomas cervicales son raros y generalmente se diagnostican en mujeres jóvenes. (19,20) Los rhabdomyosarcomas son el subtipo más frecuente y se tratan con cirugía y quimioterapia. El adenocarcinoma mülleriano de cérvix es una neoplasia rara con bajo grado de malignidad, que puede tratarse de manera conservadora si no hay indicios de mal pronóstico. (21)

Los sarcomas de ovario primarios (<1% cánceres de ovario) se caracterizan por una baja supervivencia. El tratamiento quirúrgico es fundamental, pero aún hay dudas sobre la extensión de la cirugía y la necesidad de la linfadenectomía. (22-25)

Para los sarcomas vulvares y vaginales el pilar del tratamiento es la cirugía con márgenes negativos. La quimioterapia y la radioterapia pueden ser utilizadas en casos de tumor residual. En general, debido a su rareza, el manejo de estos sarcomas ginecológicos aún carece de evidencia sólida y pautas específicas de tratamiento. (26-28)

Linfadenectomía pélvica y/o aórtica	LMS	SEE-BG	SEE-AG	AS	SI
Afectación ganglionar	3.4%	2.3-4.5%	7.9-20%	2.3%	18-40%
Supervivencia	NO MEJORA LA SUPERVIVENCIA	NO MEJORA LA SUPERVIVENCIA	MEJORA LA SUPERVIVENCIA	NO MEJORA LA SUPERVIVENCIA	MEJORA LA SUPERVIVENCIA

Tabla 2. Impacto en la supervivencia de la linfadenectomía pélvica y aórtica según el tipo histológico de sarcoma uterino.

La preservación ovárica en mujeres premenopáusicas estadio I es controvertida y debe evaluarse individualmente solo se puede plantear el LMS y SEE-BG. En los SEE-AG, SI y AS no existe evidencia para conservar los ovarios en pacientes jóvenes por la alta posibilidad de metástasis ováricas. (15,16)

La conservación de la fertilidad es crítica, hay poca evidencia y se limita a serie de casos. Solo se ha planteado



LHS	SEE-BG	SEE-AG	AS	SI
<p>CONSIDERAR PRESERVACIÓN</p> <p>La ooforectomía NO tuvo impacto en la supervivencia</p>	<p>CONSIDERAR PRESERVACIÓN</p> <p>MAYOR RIESGO DE RECAIDA</p>	<p>NO CONSIDERAR PRESERVACIÓN OVÁRICA</p>	<p>NO CONSIDERAR PRESERVACIÓN OVÁRICA</p>	<p>NO CONSIDERAR PRESERVACIÓN OVÁRICA</p>

Tabla 3. Preservación de ovarios en pacientes premenopáusicas en estio IA.

SARCOMA CERVICAL	SARCOMA DE OVARIO	SARCOMA DE VULVA/VAGINA
<p>1% de todas tumores malignos cervicales Mujer más jóvenes Tumores más grandes</p>	<p>1% de los tumores malignos de ovario</p>	<p>1-3% de todos los tumores malignos vulva</p>
<p>Peor pronóstico epidermoide o adenocarcinoma</p>	<p>Extremadamente agresivo</p>	<p>Mal pronóstico alto riesgo de recidiva</p>
<p>Carcinosarcoma 40% Jóven: rhabdomyosarcoma</p>	<p>Más frecuente leiomyosarcomas de ovario</p>	<p>Más frecuente vulva-> LMS Más frecuente vagina-> Rhabdomyosarcoma</p>

Tabla 3. resumen. Otros sarcomas ginecológicos

CONCLUSIONES

La cirugía es el tratamiento de elección de los sarcomas ginecológicos.

El tratamiento estándar para los sarcomas uterinos es la histerectomía total y doble anexectomía en la mayoría de los casos.

Es primordial la resección con márgenes libres de enfermedad y evitar la fragmentación tumoral.

La mayoría de los diagnósticos de sarcomas uterinos actuales son hallazgos incidentales en piezas de histerectomía o miomectomía

La linfadenectomía pélvica-aórtica generalmente no está indicada excepto en SEE-AG / SI o como parte de la citorreducción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francis M, Dennis NL, Hirschowitz L, Grimer R, Poole J, Lawrence G, Nordin A. Incidence and survival of gynecologic sarcomas in England. Int J Gynecol Cancer. 2015;25:850 doi: 10.1097/IGC.0000000000000443.
2. Oncogüía de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (SEGO) Sarcoma Uterino 2023.
3. Hosh M, Antar S, Nazzal A, Warda M, Gibreel A, Refky B. Uterine Sarcoma: Analysis of 13,089 Cases Based on Surveillance, Epidemiology, and End Results Database. Int J Gynecol Cancer 2016;26(6):1098-104
4. Wickerham DL, Fisher B, Wolmark N, et al. Association of tamoxifen and uterine sarcoma. J



- Clin Oncol 2002; 20:2758.
5. Parker WH, Fu YS, Berek JS. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. *Obstet Gynecol* 1994;83:414-8.
 6. Ludovisi M, Moro F, Pasciuto T, Di Noi S, Giunchi S, Savelli L, et al. Imaging in gynecological disease (15): clinical and ultrasound characteristics of uterine sarcoma. *Ultrasound Obstet Gynecol* . 2019;54(5):676–87
 7. Laparoscopic Power Morcellators. US Food and Drug Administration. Available at: https://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/SurgeryandLifeSupport/ucm584463.htm?utm_campaign=12%2F14%2F17%20FDA%20Posts%20New%20Information%20about%20Using%20Laparoscopic%20Power%20Morcellators&utm_medium=email&utm_source=Eloqua (Accessed on December 2017).
 8. Sagae S, Yamashita K, Ishioka S, et al. Preoperative diagnosis and treatment results in 106 patients with uterine sarcoma in Hokkaido, Japan. *Oncology* 2004; 67:33.
 9. Di Cello A, Borelli M, Marra ML, Franzon M, D'Alessandro P, Di Carlo C, et al. A more accurate method to interpret lactate dehydrogenase (LDH) isoenzymes' results in patients with uterine masses. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019;236:143–7.
 10. Schwartz PE, Kelly MG. Malignant transformation of myomas: myth or reality? *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006; 33:183.
 11. Dvorská D, Škovierová H, Braný D, Halašová E, Danková Z. Liquid biopsy as a tool for differentiation of leiomyomas and sarcomas of corpus uteri. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2019 [20(15):3825
 12. Pritts EA, Vanness DJ, Berek JS, Parker W, Feinberg R, Feinberg J, Olive DL. The prevalence of occult leiomyosarcoma at surgery for presumed uterine fibroids: a meta-analysis. *Gynecol Surg* 2015;12:165-177.
 13. Seagle B-LL, Sobecki-Rausch J, Strohl AE, Shilpi A, Grace A, Shahabi S. Prognosis and treatment of uterine leiomyosarcoma: A National Cancer Database study. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2017
 14. Nasioudis D, Mastroyannis SA, Latif NA, Ko EM, Haggerty AF, Kim SH, Morgan MA, Giuntoli RL 2nd. Role of lymphadenectomy for apparent early stage uterine sarcoma; a comprehensive analysis of the National Cancer Database. *Surg Oncol* 2021;38:101589.
 15. Leitao MM, Sonoda Y, Brennan MF, Barakat RR, Chi DS. Incidence of lymph node and ovarian metastases in leiomyosarcoma of the uterus. *Gynecol Oncol*. 2003; 91:209–12
 16. Ghirardi V, Bizzarri N, Guida F, Vascone C, Costantini B, Scambia G, Fagotti A. Role of surgery in gynaecological sarcomas. *Oncotarget* 2019;10(26):2561-2575.
 17. Tantitamit T, Huang KG, Manopunya M, Yen CF. Outcome and Management of Uterine Leiomyosarcoma Treated Following Surgery for Presumed Benign Disease: Review of Literature. *Gynecol Minim Invasive Ther* 2018;7(2):47-55.
 18. Bogani G, Cliby WA, Aletti GD. Impact of morcellation on survival outcomes of patients with unexpected uterine leiomyosarcoma: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2015; 137:167.
 19. Fadare O. Uncommon sarcomas of the uterine cervix: a review of selected entities. *Diagn Pathol*. 2006;1:30. doi: 10.1186/1746-1596-1-30.
 20. Ghaemmaghami F, Karimi Zarchi M, Ghasemi M. Lower genital tract rhabdomyosarcoma: case series and literature review. *Arch Gynecol Obstet*. 2008;278:65–69. doi: 10.1007/s00404-007-0503-5.
 21. Cobos Baena P, Díez García J, Ibañez Feijoo E, Mallabiabarrena Ormaetxea G, Otero García-Ramos B, Luján Alcalde S, et al. Tratamiento conservador del adenosarcoma mülleriano de cérvix uterino. *Prog Obstet Ginecol*. 2014;57(2):83–7.
 22. Mandato VD, Torricelli F, Mastrofilippo V, Palicelli A, Costagliola L, Aguzzoli L. Primary ovarian leiomyosarcoma is a very rare entity: A narrative review of the literature. *Cancers (Basel)* [Internet];15(11):2953.
 23. Selvi, K.; Toi, P.C.; Badhe, B.A. A Rare Case of Primary Leiomyosarcoma of the Ovary in Association with Cellular Leiomyoma of the Broad Ligament and Uterus. *J. Gynecol. Surg.* 2014, 30, 363–366
 24. Cojocar E, Palahepitiva G, Gamage G, Butler J, Barton DP, Thway K, Fisher C, et al. Clinical management and outcomes of primary ovarian leiomyosarcoma - Experience from a sarcoma specialist unit. *Gynecol Oncol Rep* ;36(100737):100737.
 25. Ghirardi V, Bizzarri N, Guida F, Vascone C, Costantini B, Scambia G, Fagotti A. Role of surgery in gynaecological sarcomas. *Oncotarget* 2019;10(26):2561-2575.
 26. Noh JJ, Jeon J-E, Jung H, Kim H-S, Lee Y-Y, Choi



- CH, et al. Vulvar epithelioid sarcoma: A case report with literature review. *Taiwan J Obstet Gynecol* [Internet]. 2021 60(1):132–5.
27. Nasioudis D, Alevizakos M, Chapman-Davis E, Witkin SS, Holcomb K. Rhabdomyosarcoma of the lower female genital tract: an analysis of 144 cases. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2017
28. Solomon LA, Zurawin RK, Edwards CL. Vaginoscopic resection for rhabdomyosarcoma of the vagina: a case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 16(3):139–42.



