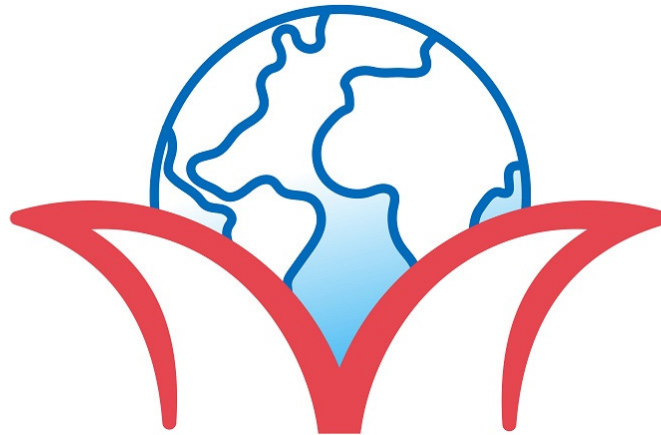


REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Octubre 2023

Año MMXXIII



MADRID 2023 | 22 • 23 de
septiembre

**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





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.

editorial
SELENE

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





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

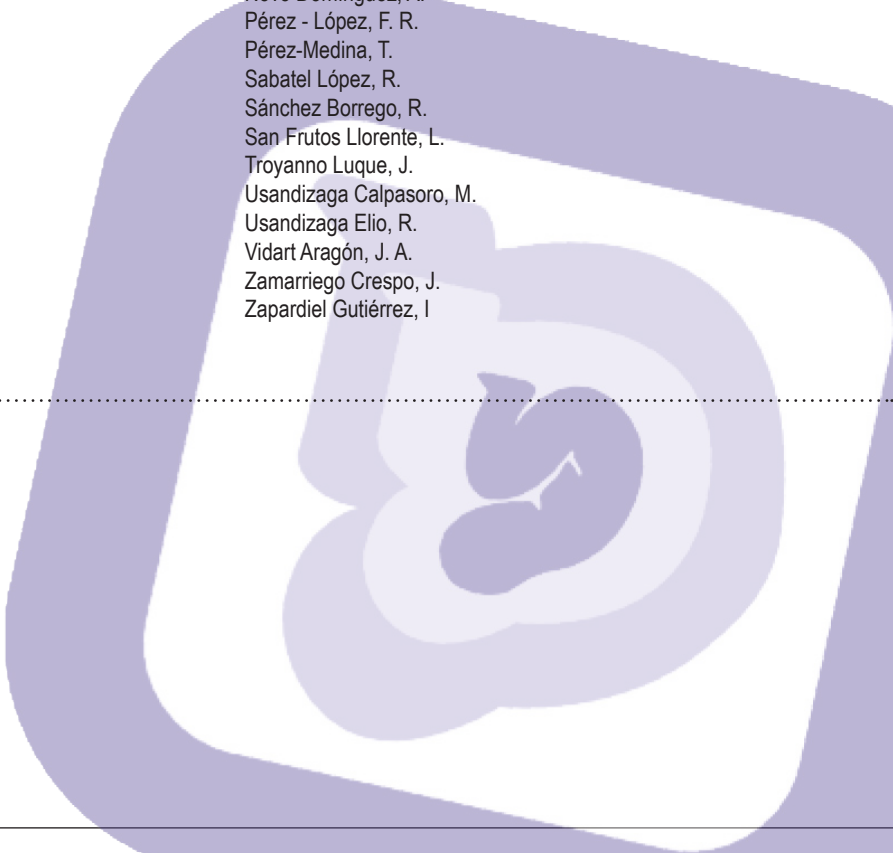
SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Escribano Tórtola, J.J
Marcos Fernández, M

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
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.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Cuadros López, J.L.
Díaz Recasens, J.
Ezcurdia Gurpegui, M.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Florido Navío, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la

García Hernández, J. A.
González González, A.
Hernández Aguado, J.J.
Jurado López, A.R
Lailla Vicens, J. M.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
Manzanera Bueno, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Montoya Videsa, L.
Novo Domínguez, A.
Pérez - López, F. R.
Pérez-Medina, T.
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Zamarriego Crespo, J.
Zapardiel Gutiérrez, I





EXOSOMAS

PrimaCure E-50

E-50 Innovadores exosomas para el Cuidado Avanzado de la piel y el cabello

- Acelera la regeneración del tejido
- Promueve la curación rápida de las heridas
- Mejora las líneas finas y arrugas
- Tensa la piel flácida y envejecida
- Aclara las manchas de la edad



info@exosomas-reference.com
Tel.: 91 126 10 19

 **vertica**
ALWAYS READY

LO ÚLTIMO PARA MEJORAR TUS ERECCIONES

Descubre Vertica®:

Un dispositivo médico seguro e indoloro que ayuda a mejorar la disfunción eréctil desde la comodidad de tu hogar.



www.verticaiberia.com
Tel.: 91 949 47 71



USO
DOMÉSTICO



NO
INVASIVO



SIN
MEDICAMENTOS

Testosterona y anastrozol en pacientes con cáncer de mama

posada Domínguez A (1), Elizalde Cremonte A (2), Domínguez González R (3), Niño Pantoja S (1),
Estrada Carrillo A (1), Alonso Téllez C (1), Gutiérrez Cavazos E (1), González Ramírez K (1)

1 Unidad de Oncología, Centro Hospitalario La Concepción, Saltillo, Coahuila, México.

2 Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de Corrientes, Argentina.

3 Hospital Regional (ISSSTE), Torreón, Coahuila, México.

ABSTRACT

Background

El tema de cáncer de mama y el uso de las hormonas es muy controversial, más aún con la Testosterona en específico, la literatura en relación con el cáncer de mama y Testosterona es muy limitado. La Testosterona es el sustrato principal para la formación de estradiol, hormona que tiene un efecto estimulante o proliferativo sobre el tejido mamario, de ahí su papel crítico en el manejo de pacientes con cáncer de mama.

Los inhibidores de Aromatasa (A) juegan un papel importante en el manejo de las pacientes con cáncer de mama hormono – dependiente (luminales) ya que bloquean esta enzima (Aromatasa) encargada de convertir la Testosterona a Estradiol. Se ha demostrado que el anastrozol (IA), combinado con Testosterona puede incrementar de forma adecuada y fisiológica los niveles de testosterona sin aumentar los niveles de estradiol sérico en las pacientes, evitando la aromatización de la testosterona en estradiol, el efecto anti – proliferativo de la testosterona en el tejido mamario aunado al bloqueo hormonal del anastrozol ha evidenciado un buen control. El uso de implantes subdérmicos de Testosterona + Anastrozol (T + A) tiene un efecto sinérgico y menor incidencia de recurrencias en pacientes tratadas. La Testosterona alivia o disminuye de manera segura los efectos secundarios de la terapia con inhibidores de la aromatasa como mialgias y artralgias

Methods

En la Unidad de Oncología del Centro Hospitalario La Concepción de la ciudad de Saltillo, Coahuila, México. Iniciamos el manejo con implantes de Testosterona + Anastrozol en octubre de 2018, en agosto 2023 se realizó el primer corte a 5 años de iniciado este manejo.

El tratamiento en pacientes con cáncer de mama se

realizó en forma convencional según etapa clínica, 38 Mastectomías Radicales, 25 Cirugías Conservadoras, 18 Mastectomías con reconstrucción inmediata y 3 pacientes operadas fuera de nuestro Centro. Al cierre del estudio tenemos 113 pacientes con este esquema de manejo, se excluyeron a las pacientes que se les ha aplicado solo un implante de bloqueo hormonal (pacientes con menos de 6 meses de seguimiento), tenemos 84 pacientes con más de 2 implantes colocados, es decir más de un año de seguimiento has 5 años de seguimiento en las pacientes más antiguas. Las pacientes están divididas según etapa clínica, se han aplicado a la fecha 356 implantes.

Durante el seguimiento oncológico se miden los nivel de estrógenos en sangre <30 pg/ml, perfil metabólico, marcador Ca 15-3 y mastografía.

Results

De las 84 pacientes con seguimiento de 1 hasta 5 años de seguimiento, hemos tenido solo un caso de recurrencia loco – regional en axila a los 2 años de seguimiento.

Conclusión

Sabemos que las pacientes con cáncer de mama tienen una incidencia mayor o menor dependiendo la etapa clínica al momento del diagnóstico. En nuestro estudio al solo tener solo un caso de recurrencia de las 84 pacientes, representa un índice de menos de 2%, menor a lo que se observa en la literatura (5 – 7 %), el tiempo de seguimiento aún es corto, pero ya permite evaluar pacientes a mediano plazo con buen control oncológico y con calidad de vida muy superior a lo reportado con el tratamiento convencional.

Keywords: Testosterona, cáncer de mama, bloqueo hormonal.

BIBLIOGRAFIA

1. Incidence of invasive breast cancer in women treated with testosterone implants: a prospective 10-year cohort study. Rebecca L. Glaser, Anne E. York and Constantine Dimitrakakis, Glaser et al. *BMC Cancer* (2019) 19:1271.
2. Reduced breast cancer incidence in women treated with subcutaneous testosterone, or testosterone with anastrozole: A prospective, observational study. Rebecca L. Glaser, Constantine Dimitrakakis. *Maturitas* 76 (2013) 342–349.
3. Testosterone and breast cancer prevention R. Glaser, C. Dimitrakakis. *Maturitas* 82 (2015) 290–294.
4. Breast cancer incidence in postmenopausal women using testosterone in addition to usual hormone therapy, Constantine Dimitrakakis, MD, Robert A. Jones, MD, Aiyi Liu, PhD, and Carolyn A. Bondy, MD. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* Vol. 11, No. 5, pp. 531-535.
5. Update on the use of aromatase inhibitors in breast cancer. Robert W Brueggemeie. 2006 Informa UK Ltd ISSN 1465-6566.

Papel funcional del equilibrio de la microbiota en la menopausia

Losa Domínguez F (1), Losa Puig H (2)

1 Ginecóloga clínica Sagrada Familia de Barcelona.

2 Residente Ginecología Hospital Alvaro Cunqueiro (Vigo)

La microbiota humana comprende una comunidad de microorganismos vivos que residen en el cuerpo humano, principalmente bacterias, virus, hongos y parásitos. Esta población se encuentra en las áreas del cuerpo expuestas al medio ambiente o que tienen comunicación con él. En particular, la microbiota vaginal, fundamental en el sistema reproductivo femenino, experimenta cambios sustanciales a lo largo de la vida de una mujer. Está compuesta principalmente por bacterias, destacando lactobacilos, estreptococos, estafilococos, bacteroides y bifidobacterias.

En un estado de salud óptimo, los lactobacilos predominan en la microbiota vaginal, manteniendo un ambiente ácido (pH bajo) que inhibe el crecimiento de patógenos, fundamental para prevenir infecciones y mantener la salud vaginal. Entre sus funciones esenciales se encuentran el mantenimiento del equilibrio y acidez vaginal, protección contra infecciones, estabilidad inmunológica y metabolismo de nutrientes. Mantener un equilibrio adecuado de la microbiota vaginal es crucial para la salud reproductiva, previniendo condiciones como la vaginosis bacteriana e inflamación vaginal.

En la menopausia, donde los niveles hormonales disminuyen, el tratamiento hormonal puede mantener la presencia y actividad de lactobacilos, reduciendo la incidencia de infecciones vaginales. Además, la salud vaginal está interconectada con la microbiota intestinal y las hormonas, mostrando su impacto en la salud y bienestar de la mujer. La disbiosis intestinal, desequilibrio en la composición y función de la microbiota intestinal, se asocia con diversas patologías: enfermedades cardiovasculares, metabólicas, enfermedades inmunitarias y el cáncer. El estroboloma, conjunto de bacterias intestinales y sus genes, puede modular hormonas, como los estrógenos, a través de

enzimas como la beta-glucuronidasa, influyendo en la eliminación de estrógenos conjugados del cuerpo y la absorción de polifenoles.

El empleo de laser CO2 puede mejorar el pH y la microbiota vaginal en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia.

La relación entre los esteroides y la microbiota intestinal también impacta la salud mental a lo largo de las diferentes fases de la vida de las mujeres, incluyendo trastornos como la depresión y la ansiedad. Es esencial considerar la salud gastrointestinal y el eje intestino-cerebro en el manejo integral de la salud mental.

CONCLUSIÓN

Cuidar y mantener la microbiota a través de una dieta saludable, ejercicio, probióticos, prebióticos y fitoterapéuticos es esencial para preservar el equilibrio hormonal y prevenir enfermedades graves en las distintas etapas de la vida de la mujer. Un enfoque holístico, considerando la interrelación entre la microbiota vaginal, intestinal, hormonas y salud mental, es esencial para promover la salud y el bienestar óptimos de las mujeres.

BIBLIOGRAFIA

1. Armstrong H, Bording-Jorgensen M, Dijk S, Wine E. The Complex Interplay between Chronic Inflammation, the Microbiome, and Cancer: Understanding Disease Progression and What We Can Do to Prevent It. *Cancers* (Basel). 2018 Mar 20;10(3):83. doi: 10.3390/cancers10030083. PMID: 29558443; PMCID: PMC5876658.
2. Baker J.M. et al. Estrogen-gut microbiome axis: Physiological and clinical implications. *Maturitas* 103 (2017) 45–53.
3. Barrea L, Verde L, Auremma RS, Vetrani C, Cataldi M, Frias-Toral E, Pugliese G, Camajani E, Savastano S, Colao A, Muscogiuri G. Probiotics

- and Prebiotics: Any Role in Menopause-Related Diseases? *Curr Nutr Rep.* 2023 Mar;12(1):83-97. doi: 10.1007/s13668-023-00462-3. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36746877; PMCID: PMC9974675.
4. Brotman RM, Shardell MD, et al. Association between the vaginal microbiota, menopause status, and signs of vulvovaginal atrophy. *Menopause.* 2014 May;21(5):450-8. doi: 10.1097/GME.0b013e3182a4690b. PMID: 24080849; PMCID: PMC3994184.
 5. Falk RT, et al. Relationship of serum estrogens and estrogen metabolites to postmenopausal breast cancer risk: a nested case-control study. *Breast Cancer Res.* 2013;15(2):R34. Published 2013 Apr 22. doi:10.1186/bcr3416.
 6. Graham ME, Herbert WG et al.. Gut and vaginal microbiomes on steroids: implications for women's health. *Trends Endocrinol Metab.* 2021 Aug;32(8):554-565. doi: 10.1016/j.tem.2021.04.014. Epub 2021 May 25. PMID: 34049772; PMCID: PMC8282721.
 7. Losa,F.; Losa H. Cambios en la microbiota vaginal en mujeres con SGM (sequedad vaginal) tras la realización de 2 sesiones con Láser CO2 (Laser Multisys) y la aplicación de tratamiento con un gel a base de Acido Hialurónico niosomal y centella asiática tras realizar Tratamiento Láser CO2. *Sego Malaga* 2020.
 8. Parida S, Sharma D. The Microbiome-Estrogen Connection and Breast Cancer Risk. *Cells.* 2019 Dec 15;8(12):1642. doi: 10.3390/cells8121642. PMID: 31847455; PMCID: PMC6952974.
 9. Plottel CS, Blaser MJ. Microbiome and malignancy. *Cell Host Microbe.* 2011 Oct 20;10(4):324-35. doi: 10.1016/j.chom.2011.10.003. PMID: 22018233; PMCID: PMC3264051.
 10. Rhee SH, Pothoulakis C & Mayer EA (2009) Principles and clinical implications of the brain-gut-enteric microbiota axis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 6, 306–314.
 11. Siddiqui et al. The Gut Microbiome and Female Health. *Biology (Basel).* 2022 Nov 21;11(11):1683. doi: 10.3390/biology11111683. PMID: 36421397; PMCID: PMC9687867.
 12. Urbaniak C et al. The Microbiota of Breast Tissue and Its Association with Breast Cancer. *Appl Environ Microbiol.* 2016 Jul 29;82(16):5039-48. doi: 10.1128/AEM.01235-16. PMID: 27342554; PMCID: PMC49685

Guía para el uso de Ozono en Ginecología

Venegas Flores RM (1), Borroto Rodríguez V (2), García Vázquez VE (3)

1 Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Subespecialidad en Biología de la Reproducción, Diplomado en Medicina Fetal, Colposcopista, Cirujano de mínima invasión en laparoscopia e histeroscopia, Máster en Laser Hormones and Wellnes, Ozonoterapeuta, por COINOTER y AHOMER, diplomado en Profesionalización en la docencia médica de postgrado por la UNAM, fellow de AGOG, ASRM. AAGL, miembro de SEGREF, AMGER, BCLS, AMMR, FEMEGO, COMEGO, COMEGICO.

2 Médica especialista en Medicina Integral y en Medicina Natural y Tradicional. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Profesora e Investigadora de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Presidenta Fundadora de la Sociedad Cubana de Ozonoterapia. Doctoranda del doctorado en Calidad y Procesos de Innovación Educativa de la Universidad Pedagógica de Monterrey. Asesora de Docencia e Investigación en Los centros de Tratamiento de Hope4cancer Cancún-Tijuana. México.

3 Médica cirujana y partera-UNAM Especialista en ginecología y obstetricia-PEMEX. Subespecialidad en Biología de la reproducción humana-INPER

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, se ha observado un aumento significativo en el uso de la ozonoterapia como enfoque terapéutico en diversas disciplinas médicas. La ginecología no es una excepción, donde ha ganado interés y reconocimiento. Se presenta una "Guía para el uso de Ozono en Ginecología" Es importante señalar que actualmente no existe una normativa clara en ningún país con respecto a su implementación, ni en términos legales ni médicos. En su lugar, solo contamos con recomendaciones de diversos comités médico-científicos, que a menudo presentan puntos de vista divergentes.

Objetivos: Esta guía tiene como objetivo general proporcionar una visión integral y actualizada sobre las bases científicas de la ozonoterapia, que sirva de guía para establecer un futuro consenso que permita unificar criterios sobre el uso del ozono en ginecología. Se exploraron las propiedades del ozono, definiciones y conceptos básicos en ozonoterapia. Además, se abordaron los materiales recomendados para la administración del ozono y la seguridad de su uso.

Metodología: La metodología utilizada en esta presentación se basa en una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre los efectos del ozono y sus derivados y en la recopilación de datos clínicos relevantes

sobre su uso en ginecología. Se han consultado guías clínicas, estudios de investigación y experiencias clínicas para obtener información precisa y actualizada.

Resultados: Se encontró que los efectos terapéuticos demostrados del ozono justifican su uso en afecciones ginecológicas. Hay evidencias de la seguridad del rango de dosis utilizado en la práctica clínica y de las vías y dosificación aplicadas. Siempre que se usen insumos con los materiales adecuados resistentes al ozono. Se comprobó que la terapia de ozono es útil en condiciones como: procesos infecciosos, enfermedades inflamatorias crónicas o degenerativas, trastornos hormonales y metabólicos, condiciones hipóxicas y trastornos de la microcirculación, además de elementos relacionados al envejecimiento y apoptosis. Además, se potencializa con otras terapias como el láser y el plasma rico en factores de crecimientos. También se pueda aplicar con otras terapias complementarias.

Conclusiones: La terapia de ozono en ginecología demuestra ser efectiva y segura cuando se aplica dentro de los rangos terapéuticos establecidos y mediante las vías adecuadas. Sin embargo, es importante destacar que se necesita llevar a cabo más investigación científica para fortalecer y ampliar los niveles de evidencia disponibles. En cuanto al enfoque de nuestro trabajo, enfatizamos

que no buscamos imponer regulaciones, sino fomentar un diálogo inclusivo. Extendemos una cordial invitación a todos los interesados a participar. Nuestra intención es presentar una guía informativa que profundiza en los

beneficios del ozono en el ámbito de la ginecología.

Palabras clave: ozonoterapia, ginecología.

Dafne

Tecnología regenerativa
para tratamientos
vulvovaginales

- Lesiones post-láser
- Lesiones postquirúrgicas
- Infecciones vulvovaginales
- Rehabilitación
del suelo pélvico
- Afecciones
vulvovaginales
- Incontinencia
urinaria



eva

Enhancer of Vaginal Anatomy
Radiofrecuencia Dinámica
Cuadripolar • DQRF™

- Atrofia vulvovaginal
- Laxitud vaginal
- Incontinencia urinaria
relacionada con el estrés
- Rejuvenecimiento vulvar
- Hipertonía del suelo pélvico
- Estenosis severa
- Incontinencia fecal
- Síntomas de liquen
- Vulvodinia

NOVA CLINICAL
MAKING FUTURE

Dermatime Group S.L.

Spain, Barcelona, 08015,
Gran Vía de les Corts Catalanes, 512

+34 626 196 413

info@novaclinical.es

www.novaclinical.es

Aplicaciones de hilos en ginecoestetica

Varela Elias S

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

EXPERTA EN GINECOESTÉTICA

CENTRO DE TRABAJO: SALUD ÍNTIMA DE LA MUJER (MÁLAGA) ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

Los hilos de PDO (polidioxanona) se han utilizado como indicación de antienvjecimiento facial/corporal no quirúrgica y la mejora de la condición de la piel (1-13). Es una sutura muy conocida en cirugía (2), presentan una amplia gama de indicaciones en Ginecología Estética. El objetivo es en primer lugar es lograr mejorar la funcionalidad del tejido tratado. Generando vectores biológicos multidireccionales que estimulen la formación de colágeno, fibras elásticas, matrix extracelular y neo angiogénesis, a manera de andamiaje o soporte reposicionando las tejidos (prolapso) o bien sosteniéndolos y reparando los elementos de fijación y /o sostén dañados (hipermovilidad uretral, lesiones del esfínter de la uretra o del esfínter anal). Los hilos de PDO se introducen en la hipodermis, tanto hilos lisos, tornados y/o espiculados, a través de guías, que pueden ser agujas o cánulas, se insertan debajo de la piel/mucosa. El mecanismo de acción es actuar como un cuerpo extraño produciendo una reacción crónica y controlada (3), estimulando los fibroblastos, la formación de neo colágeno durante el tiempo que permanece el hilo en el tejido y continuando con la producción de nuevo colágeno. Es un efecto biológico que se complementa con un efecto mecánico a través de la fijación de espículas subcutáneas (4). La polidioxanona fue la sutura con mejores resultados y menos signos de irritación/ eritema” (10). La absorción de polidioxanona es completa a los 180 días y tiene un 75 % de resistencia a la tracción a las 2 semanas y un 25 % a las 6 semanas (12). Los estudios histológicos en humanos muestran que las suturas se reabsorben aproximadamente 6 meses después de la inserción, pero el aumento de colágeno y elastina producidos persiste durante 12 meses más (4). Durante el tiempo en que es capaz de mantener la tensión de 2 a 6 semanas, se genera colágeno auto inducido alrededor de los hilos principalmente por estimulación de fibroblastos y activación de neocolagénesis (13). En todos

ellos se detectó un aumento de las fibras de colágeno y elastina alrededor del hilo y en la dermis proximal. El PDO espiculado proporcionaba mayor resistencia a la tracción en los tejidos. El mecanismo de reabsorción es por hidrólisis enzimática. Se conserva perfectamente una discreta proliferación vascular.

INDICACIONES

Patologías del compartimiento anterior: Hipermovilidad uretral, IUE, Cistocele de 1º G, Laxitud vaginal.

Patologías del compartimiento posterior: Rectocele bajo, Introito plastia, Amplitud del introito vaginal, Incontinencia anal

Patología de los Labios Mayores: flaccidez y ptosis vulvar

RECOMENDACIONES

La clave para obtener resultados exitosos es la correcta selección del paciente: preferiblemente signos leves, índice de masa corporal bajo y, finalmente, expectativas realistas.

No indicado para personas con flaccidez excesiva, edad avanzada, obesos, antecedentes de reacciones alérgicas o infecciones en la zona de inserción de hilos.

Además se pueden complementar los tratamientos con hilos, con otros procedimientos adicionales como aplicación de PRP, PRP+HA (Cellular Matrix), Exosomas liofilizados, etc. como así también Terapias Basadas en Energía (RF, Laser, Leed etc.) en especial complementar el tratamiento con Terapia Hormonal de Restitución.

CONCLUSIONES

La aplicación de hilos de PDO es una técnica segura ya que son biodegradables, biocompatibles, no tóxicos, no alérgicos, no inmunogénicos con un alto grado de flexibilidad (11).

Es una técnica ambulatoria, mínimamente invasiva, que se realiza con anestesia local, no requiere baja laboral, con resultados a corto y largo plazo.

RECOMENDACIONES

La clave para obtener resultados exitosos es la correcta selección del paciente: preferiblemente signos leves,

índice de masa corporal bajo y, finalmente, expectativas realistas.

No indicado para personas con flacidez excesiva, edad avanzada, obesos, antecedentes de reacciones alérgicas o infecciones en la zona de inserción de hilos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin* 1998; 25:723-46.
2. Barber MD. Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48:648-61.
3. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms for two condition-specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstetric Gynecol* 2005; 193:103-13.
4. Lukacz ES, Lawrence JM, Buckwalter JG, Burchette RJ, Nager CW, Luber KM. Epidemiology of prolapse and incontinence questionnaire: validation of a new epidemiologic survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:272-84.
5. España M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Prieto M. Validación de la versión en español del cuestionario "Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ". *Actas Urol Esp* 2009; 33: 646-53.
6. Protocolo de Diagnóstico de Incontinencia Urinaria. *Protocolos de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO* 2013. <http://www.prosego.com/SueloPelvico>
7. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology: The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 1988;7:403-27.
8. Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour Pad-Weighing tests. *Neurourol Urodyn* 2000; 19:137-45.
9. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:174-9.
10. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin* 2000;114:647-52.
11. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23:322-30.
12. España M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form: un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin* 2004;122:288-92.
13. Psychometric validation of a 3-day bladder diary model for lower urinary tract symptoms. *EAU Congress* 2013. Poster 888. *European Urology Supplements* 2013; 12: e888-e889.

S A M E M

24

Encuentro Nacional de
Salud y Medicina
de la **MUJER**

UNA MIRADA
AL **FUTURO**

14 & 15
FEBRERO
2024

Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid

@congresoSAMEM



WWW.SAMEM.ES



CLÍNICA PALACIOS
SALUD DE LA MUJER

Tratamientos regenerativos para el síndrome genitourinario de la paciente oncológica

Hersant B

RESUMEN

El Síndrome Genitourinario después del Cáncer de Mama es una complicación común y debilitante que afecta la calidad de vida de muchas mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Este síndrome abarca una serie de trastornos que afectan el sistema genitourinario, incluyendo la vagina, la vejiga y la uretra. Estos problemas pueden surgir como resultado de tratamientos contra el cáncer, como la radioterapia y la terapia hormonal, lo que provoca síntomas como sequedad vaginal, disfunción sexual, incontinencia urinaria y dolor pélvico.

La Medicina Regenerativa ha surgido como una prometedora alternativa para abordar el Síndrome Genitourinario después del Cáncer de Mama. Esta rama de la medicina busca restaurar la función y la estructura de los tejidos dañados mediante el uso de terapias avanzadas, como la terapia celular (Stromal vascular fraction, stromal vascular tissue, nanofat, platelets rich plasma, Cellular

matrix...) y la terapia con factores de crecimiento. La aplicación de estas técnicas en el contexto de este síndrome se enfoca en la regeneración de los tejidos genitourinarios, mejorando así la función sexual, aliviando el dolor y reduciendo los síntomas urinarios.

Este resumen explora los avances más recientes en la Medicina Regenerativa para el Síndrome Genitourinario después del Cáncer de Mama, destacando las terapias emergentes y los resultados prometedores de investigaciones preclínicas y clínicas. Además, se discuten los posibles beneficios y limitaciones de estas terapias, así como las implicaciones para la calidad de vida de las pacientes. En un mundo donde la supervivencia al cáncer de mama está en constante aumento, la Medicina Regenerativa ofrece un rayo de esperanza para mejorar la salud genitourinaria y la calidad de vida de las mujeres que luchan contra esta enfermedad devastadora.

Nueva era en la corrección de defectos ginecológicos. Tratamiento para la incontinencia urinaria

Pages García C (1), Pellicer Iborra B (2), Fuentes-Aparicio L (3)

1 Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Toledo.
Unidad de Suelo Pélvico, Hospitales de Madrid HM IMI Toledo.

2 Departamento Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Valencia.

3 PTinMOTION research group, Departamento de Fisioterapia, Universidad de Valencia.

La medicina regenerativa aparece en el sector de la uroginecología como un arma que nos está sirviendo de gran ayuda en el ámbito de regeneración a nivel tisular, en las estructuras deterioradas, implicadas en la fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo (I.U.E). (1,2,3,4)

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de esta patología en la población femenina, estimada en torno a un 40% (5) y normalmente infravalorada, debemos buscar soluciones poco invasivas y de fácil manejo para el tratamiento de estas.

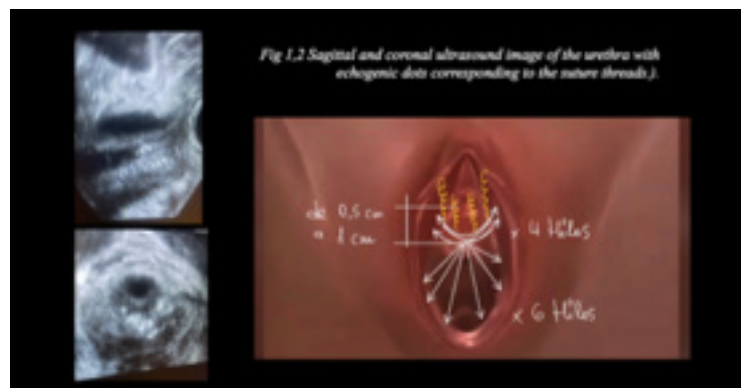
Las complicaciones derivadas de la inserción de las bandas de incontinencia, como “gold estándar” actualmente para el tratamiento de esta patología, pueden tener una repercusión con mucho peso en la calidad de vida de las pacientes. El dolor pélvico crónico (2-3%) (6) puede llevarnos a un catastrofismo, que debe ser evitado con realización de otras técnicas que presenten gran eficacia y menos complicaciones, aunque el resultado no sea definitivo. (7)

El paso del tiempo conlleva el deterioro en la estructura de la elastina y la hialinización del colágeno. Entre otras causas, la principal razón de esto es la deficiencia estrogénica, mostrando un epitelio frágil y poco elástico, lo cual empeora la incontinencia. (8,9)

Los hilos tensores se muestran como biomateriales que provocan regeneración celular, de colágeno, elastina y otros componentes de la matriz extracelular. (10)

La causa más frecuente de la IUE leve, moderada es la hipermovilidad uretral (11). La técnica de inserción de hilos, que denominamos, “Shore -Up-P” por su similitud en el apuntalamiento de las estructuras de sostén uretral, nos permiten regenerar los tejidos que sustentan la uretra y evitar su hipermovilidad, por refuerzo de la fascia

pubocervical, ligamento pubouretral y cara anterior de vagina, como la causa principal de esta incontinencia. (12)



La regeneración a nivel vascular, muscular y nerviosa permite cierta esperanza, por demostrar, en la regeneración del esfínter uretral, que acompaña en numerosas ocasiones a las incontinencias graves y muy graves. (13)

La composición y características de los hilos tensores APTOS® utilizados en la realización de esta técnica para la IUE, son muy importantes, tanto en la eficacia en la regeneración del colágeno tipo I y III y la elastina,

que presta en su composición el 75% de Ácido Poliláctico (PLA), como en la durabilidad, estimulación regenerativa, resistencia, moldeabilidad y resistencia termal provocada por el 25% de policaprolactona (PCL) y la mayor compatibilidad biológica, hidratación, menor reacción inflamatoria con disminución del tejido fibrótico provocado por la suma a la composición del hilo del Ácido Hialurónico (HA) de bajo peso molecular. (14)

Secundariamente y de una manera, no menos importante a la eficacia de la técnica en términos de Sandvick e ICIQ-SF (>90% de curación o mejora) (15,16), la alta satisfacción mayor a un 95% de las pacientes con el procedimiento y las mínimas y leves complicaciones de la técnica, nos llevan a seguir investigando sobre la corrección de la incontinencia, como un camino lleno de grandes esperanzas. (17)

CONCLUSIÓN

La I.U.E. es una patología muy frecuente en la población femenina y debido a que el tratamiento con banda sintética para la sustentación uretral puede generar complicaciones severas, el camino de la medicina regenerativa con biomateriales tipo hilos abre un campo con un futuro prometedor en su eficacia y mínimas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Zambon JP, Williams KJ, Bennington J, Badlani GH. Applicability of regenerative medicine and tissue engineering for the treatment of stress urinary incontinence in female patients. *NeuroUrol Urodyn*. 2019 Aug;38 Suppl 4: S76-S83. doi: 10.1002/nau.24033. Epub 2019 May 16. PMID: 31099087
- Maiborodin I, Yarin G, Marchukov S, Pichigina A, Lapii G, Krasil'nikov S, Senchukova S, Ryaguzov M, Vilgelm I, Bakarev M, Maiborodina V. Cell Technologies in the Stress Urinary Incontinence Correction. *Biomedicines*. 2022 Jan 28;10(2):309. doi: 10.3390/biomedicines10020309. PMID: 35203518; PMCID: PMC8869383
- Arjmand, B.; Safavi, M.; Heidari, R.; Aghayan, H.; T Bazargani, S.; Dehghani, S.; Goodarzi, P.; Mohammadi-Jahani, F.; Heidari, F.; Payab, M.; et al. Concomitant transurethral and transvaginal-periurethral injection of autologous adipose derived stem cells for treatment of female stress urinary incontinence: A phase one clinical trial. *Acta Med. Iran*. 20
- Aragón, I.M.; Imbroda, B.H.; Lara, M.F. Cell therapy clinical trials for stress urinary incontinence: Current status and perspectives. *Int. J. Med. Sci*. 2018, 15, 195–204
- Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019 Jun;22(3):217-222. doi: 10.1080/13697137.2018.1543263. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30572737
- Morton S, Wilczek Y, Harding C. Complications of synthetic mesh inserted for stress urinary incontinence. *BJU Int*. 2021 Jan;127(1):4-11. doi: 10.1111/bju.15260. Epub 2020 Oct 15. PMID: 32981191.
- Poleva I, Markova N, Sulamanidze M. Open Pilot Study on the Rejuvenation Effect of Absorbable Threads in the Genital Area. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2023 Aug 16;16:2237-2248. doi: 10.2147/CCID.S416232. PMID: 37605787; PMCID: PMC10440063.
- Nappi RE, Martella S, Albani F, Cassani C, Martini E, Landoni F. Hyaluronic Acid: A Valid Therapeutic Option for Early Management of Genitourinary Syndrome of Menopause in Cancer Survivors? *Healthcare (Basel)*. 2022 Aug 13;10(8):1528. doi: 10.3390/healthcare10081528. PMID: 36011183; PMCID: PMC9408661.
- Cheng C, Cao Y, Ma SX, Cheng KX, Zhang YF, Liu Y. The strategy for vaginal rejuvenation: CO2 laser or vaginoplasty? *Ann Transl Med*. 2021 Apr;9(7):604. doi: 10.21037/atm-20-5655. PMID: 33987302; PMCID: PMC8105838.
- Whitaker R, Hernaez-Estrada B, Hernandez RM, Santos-Vizcaino E, Spiller KL. Immunomodulatory Biomaterials for Tissue Repair. *Chem Rev*. 2021 Sep 22;121(18):11305-11335. doi: 10.1021/acs.chemrev.0c00895. Epub 2021 Aug 20. PMID: 34415742
- Yang X, Wang X, Gao Z, Li L, Lin H, Wang H, Zhou H, Tian D, Zhang Q, Shen J. The Anatomical Pathogenesis of Stress Urinary Incontinence in Women. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Dec 20;59(1):5. doi: 10.3390/medicina59010005. PMID: 36676629; PMCID: PMC9865065
- Pages C, Pellicer B, Fuentes Aparicio L. Clinical Relevancy of Improvement of Stress Urinary Incontinence After Simple Gynecosthetic Intervention (#286) Speaker: Cristina Pages (Spain) Non-discussed poster presentations IUGA 2023
- Zambon JP, Williams KJ, Bennington J, Badlani GH. Applicability of regenerative medicine and

- tissue engineering for the treatment of stress urinary incontinence in female patients. *Neurourol Urodyn*. 2019 Aug;38 Suppl 4:S76-S83. doi: 10.1002/nau.24033. Epub 2019 May 16. PMID: 31099087.
14. Tomadze T, Sulamanidze M, Tsvitsivadze M (2022) The Use of the Minimally Invasive APTOS Thread Method for the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: 3-year Follow-up Results. *Ann Minim Invasive Surg* 4(1):67-71
 15. Sandvik H, Hunnskaar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health*. 1993 Dec;47(6):497-9. doi: 10.1136/jech.47.6.497. PMID: 8120507; PMCID: PMC1059866
 16. España Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria [Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence]. *Med Clin (Barc)*. 2004 Mar 6;122(8):288-92. Spanish

editorial
SELENE

Presenta



El robo de “los cálices de Cristo”

LA RESERVA A PARTIR DEL 11/9/2023

en amazon en formato físico (papel)

y www.selenelibros.com (digital)

Otros importantes beneficios menos conocidos de la terapia de reemplazo hormonal

Dextre Altez, MC

Médico Gineco Obstetra. Clínica Internacional

La terapia Hormonal de la menopausia (THM) disminuye los síntomas que aparecen en esta etapa de la vida de la mujer, como los bochornos, cambios del estado de ánimo, problemas del sueño, sequedad vaginal, dolores osteoarticulares, y se ha demostrado que previene la pérdida ósea y las fracturas, mejorando así la calidad de vida. Es la primera intervención humana que modifica favorablemente el proceso fisiológico del envejecimiento. El tratamiento de los síntomas vasomotores moderados o severos es la indicación primaria de la THM y los beneficios superan a los riesgos en la mayoría de las mujeres que se encuentran saludables. Se debe iniciar la THM en menores a 60 años y antes de los 10 años de menopausia, entendiendo la importancia del inicio temprano de la THM. Pero existen además beneficios poco conocidos de la THM sobre otros órganos y sistemas.

PIEL Y TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA

En los primeros 5 años después de la menopausia se pierde aproximadamente el 30% del tejido colágeno de la piel. Esta caída es en promedio de 2.1% por año posmenopáusico durante un período de 20 años (1). En las pacientes usuarias de estrógenos se revierte esta tendencia y aumentan el colágeno en la piel (2)

En un estudio realizado en cuarenta mujeres posmenopáusicas no histerectomizadas, que tenían tratamiento oral secuencial con una combinación de 2 mg de 17beta-estradiol/10 mg de didrogestrona durante siete ciclos de 28 días, se midió la elasticidad de la piel, los lípidos superficiales, la hidratación y el grosor de la piel mediante métodos no invasivos, y se evaluó tanto el perfil de eventos adversos como el estado clínico-dermatológico. Los resultados mostraron mejoras en los parámetros involucrados en el envejecimiento de la piel en el grupo de THM en comparación con el basal.(3)

CAVIDAD ORAL Y MENOPAUSIA

Las hormonas esteroides sexuales actúan sobre la proliferación celular, diferenciación y crecimiento en los tejidos diana, incluidos queratinocitos y fibroblastos en la encía (4)

Los efectos de la reducción de los niveles de estrógeno en el epitelio producen queratinización y disminución del flujo de las glándulas salivales y efectos sobre el periodonto.(5)

OJOS Y MENOPAUSIA

Se produce una disminución de la síntesis hormonal intracelular a partir de precursores androgénicos que provocaría alteraciones en la producción de la lágrima (6) La suplementación con estrógenos con o sin progesterona mejora síntomas de ojo seco, secreción lagrimal y estabilidad de la lágrima (7), y puede tener efectos positivos sobre la conjuntiva y posiblemente sobre las glándulas de Meibomio (8)

SINTOMAS GASTROINTESTINALES Y MENOPAUSIA

Las mujeres posmenopáusicas generalmente reportan síntomas gastrointestinales más severos. Eso también muestra importantes diferencias raciales/étnicas en el informe de síntomas gastrointestinales de NAMS, similar a lo que se ha demostrado con síntomas de menopausia en general. Se necesitan estudios adicionales para confirmar estos hallazgos y determinar estrategias de manejo óptimo para mujeres de mediana edad con síntomas gastrointestinales.

VOZ Y MENOPAUSIA

La pérdida de estrógenos causa cambios sustanciales en las membranas mucosas que tapizan el tracto vocal y en los músculos, las cuerdas vocales vibrantes parecen verse más afectadas que la respiración y la resonancia. (9)

LA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL ATENÚA LA PÉRDIDA AUDITIVA

efectos beneficiosos en sujetos tratados con Estrógenos que mantienen umbrales bajos de respuesta auditiva del tronco encefálico en relación con los sujetos de control. Los resultados muestran que los efectos a largo plazo de la TRH son permanentes en los umbrales y los niveles de amplitud de la brecha en el ruido.(10)

CONCLUSIONES

La Menopausia afecta a todos nuestros órganos y sistemas. La terapia hormonal de la Menopausia mejoran los efectos del déficit hormonal en: faringe, ojos, piel, sistema inmunitario, oral, dental, auditivo, etc. Se deben hacer más investigaciones sobre los efectos y beneficios poco conocidos de la Terapia Hormonal de la Menopausia en la mejora de calidad de vida de la mujer.

BIBLIOGRAFIA

1. Brincant M, y col. Skin collagen changes in postmenopausal women receiving different regimens of oestrogen therapy. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 840-845.
2. Brincat MP. Hormone replacement therapy and the skin. *Maturitas* 2000;35:107-17
3. P.G Sator y col. A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled Study on the influence of a hormone replacement therapy on skin aging in postmenopausal women. *Climateric* 2007;10:320-334
4. Guncu G, Tozum T. The effects of estrogen, progesterone and testosterone on periodontal tissues. *G.Ü. Dişhek. Fak. Derg* 2005;22:121-7
5. Deepa D. An overview on influences of estrogen and progesterone on periodontium. *CODS J Dent* 2014;6:26-9.
6. Prevalence of ocular surface disease symptoms in peri-and postmenopausal women *Menopause: The Journal of The NAMS* Vol. 27, No. 9, pp. 993-998 DOI: 10.1097/ 2020
7. Okon A, et al [The influence of the hormonal replacement therapy on the amount and stability of the tear film among peri- and postmenopausal women]. *Klin Oczna* 2001;103:177e81
8. Pelit A, et al. Tear function tests and conjunctival impression cytology before and after hormone replacement therapy in postmenopausal women. *Eur J Ophthalmol* 2003;13:337e42
9. Filipa M.B y col. What voice –related metrics change with Menopause? A systematic review and meta-analysis Study
10. Frisina y col. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2006;103: 14246; Investigación auditiva, 2009; 252:29

Versatilidad del ácido hialurónico en ginecoestética

Guisantes Pintos E

Cirugía Plástica.

Hospital de Terrassa, Barcelona- España.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años asistimos a un aumento en la demanda de rejuvenecimiento íntimo femenino, tanto a nivel vaginal como vulvar. La inyección de ácido hialurónico (AH) permite mejorar la atrofia vulvovaginal.

OBJETIVO

Mejorar los síntomas asociados a la atrofia vulvovaginal causada por el síndrome genitourinario de la menopausia, los embarazos, u otras alteraciones, mediante inyecciones de hidrogel de ácido hialurónico en la vulva y en la vagina.

MATERIAL Y TÉCNICA

El ácido hialurónico es una molécula reabsorbible, hidrófila, con capacidad de voluminizar los tejidos, hidratarlos y mejorar su calidad.

Se inyecta en los labios mayores en cantidades variables en función del grado de atrofia vulvar, que generalmente oscilan entre 1-3 cc por labio mayor. En vulva, se emplea ácido hialurónico cohesivo, de alta reticulación y viscoelasticidad. Puede inyectarse con cánula o aguja, en el plano subcutáneo, mediante inyección retrógrada, y bajo anestesia local.

El ácido hialurónico también puede inyectarse en el vestíbulo y la vagina para mejorar la lubricación vaginal y la elasticidad del introito, reducir la dispareunia, la vestibulodinia y equilibrar el pH vaginal. En vestíbulo y vagina se emplea hidrogel de AH de baja reticulación y baja viscoelasticidad,

con mayor capacidad de hidratación y moldeabilidad. Suele inyectarse entre 1 y 2 cc de AH.

Es un tratamiento ambulatorio, de consulta.

RESULTADOS

La inyección de ácido hialurónico en los labios mayores corrige su atrofia, mejora la protección del introito vaginal, consigue un rejuvenecimiento estético y reduce los síntomas de picor y sensación de roce asociados a la atrofia vulvar. La inyección vaginal y vestibular de AH mejora la elasticidad del introito, la lubricación, y reduce las molestias asociadas al coito. Se recomienda repetir el tratamiento cada 10-12 meses.

CONCLUSIÓN

La inyección de ácido hialurónico es una opción segura y efectiva para tratar la atrofia vulvovaginal.



Tratamiento con grasa autóloga combinado con plasma rico en plaquetas para el Liquen Escleroso Vulvar

Gutiérrez Ontalvilla, P

Cirujana plástica.
NIXARIAN INSTITUTE & FUNDACION NIXARIAN.

INTRODUCCIÓN

El liquen escleroso vulvar (LEV) es una enfermedad inflamatoria crónica con predilección por la región anogenital. En la actualidad, la primera línea de tratamiento es el uso tópico de corticoides ultrapotentes, pero sólo producen una remisión completa de la enfermedad en un 20% de las pacientes y en estadios iniciales.

Estudios recientes han demostrado que el tejido adiposo autólogo tiene propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras.

En los pocos estudios publicados hasta la fecha, se ha observado una marcada reducción de la fibrosis y la inflamación crónica y una reducción del edema de la dermis en las biopsias.

MÉTODOS

Parecía lógico diseñar un ensayo clínico (Ensayo LIQUENIA N° EudraCT 2016-003952-63) para comprobar si el tratamiento con tejido adiposo autólogo enriquecido con plasma rico en plaquetas autólogos consigue una mejoría en las partes afectadas de la vulva en comparación con el tratamiento actual de primera línea (corticoides ultrapotentes). Analizamos si el tratamiento con Liquenia produce una mejoría de las placas blanquecinas, erosiones y fisuras, de la elasticidad de las zonas vulvares afectadas, de los síntomas y por

tanto de la calidad de vida y función sexual de las pacientes afectadas por liquen escleroso vulvar desde fases tempranas del tratamiento y si este efecto se mantiene a largo plazo.

RESULTADOS

Hubo una mejoría significativa de todos los síntomas desde el primer mes después de la aplicación de la primera dosis del tratamiento con Liquenia. Los signos clínicos, la calidad de vida y la función sexual también mejoraron significativamente. Al analizar las biopsias, se observó una disminución significativa de los marcadores agudos y crónicos de lesión. No se produjeron acontecimientos adversos directamente relacionados con el tratamiento con Liquenia.

Las reagudizaciones del LEV solo se produjeron en el grupo que continuó tratamiento con corticoides según protocolo.

CONCLUSIONES

La medicina regenerativa con Nanofat y PRP debería ser la primera opción en el tratamiento del liquen escleroso vulvar.

Palabras clave: Nanofat, PRP, Plasma rico en plaquetas, Células madre, Liquen escleroso vulvar, LEV, medicina regenerativa.

¿Cómo manejar el dolor pélvico? Abordaje Integrativo a través de la RF 448kHz

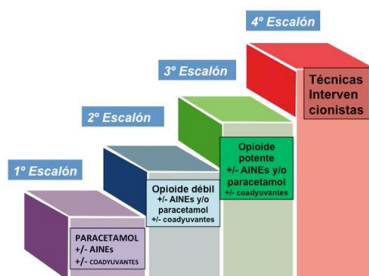
Recio Rodríguez M

Clínica MIP Salud Madrid

El dolor pélvico es un problema muy frecuente, pero con incidencia desconocida y muchas veces infraestimada. Hay estudios que sitúan en un 10% el número de pacientes remitidas a la consulta de Ginecología por dolor pélvico crónico, y representan el 44% de las laparoscopias realizadas por ginecólogos.

Existen diferentes motivos que dificultan el manejo del dolor: por parte de los profesionales sanitarios, el poco compromiso con el manejo del dolor, que hace que no sea una pregunta de rutina en la consulta; por parte de las pacientes, el no consultar por miedo a ser juzgadas, o haber terminado normalizando el dolor.

Otro de los problemas que suelen encontrarse los profesionales sanitarios es la escasa formación que existe respecto al tratamiento del dolor. A menudo, los tratamientos se han basado solamente en la terapia hormonal o antiinflamatorios, como la Escala descrita por la OMS.



Sin embargo, estos tratamientos suelen tener un control relativo del dolor, y no están ausentes de efectos secundarios.

Las tendencias actuales recomiendan un tratamiento multidisciplinar, incluyendo la psicoterapia o la fisioterapia. Aun así, muchas mujeres terminan sometidas a tratamientos quirúrgicos debidos al mal control del dolor.

Es por ello que hoy en día la medicina está cambiando, y los tratamientos regenerativos están siendo cada vez más usados en el manejo de los problemas de bienestar íntimo en la mujer. Diferentes dispositivos basados en energía e inyectables se han comenzado a indicar para el manejo del dolor desde el punto de vista regenerativo, con grandes resultados.

Entre ellos, el uso de la radiofrecuencia se ha posicionado como uno de los mejores en su campo. La onda de radiofrecuencia es una onda electromagnética situada entre los 3 hercios (Hz) y 300 gigahercios (GHz). El tipo de onda de radiofrecuencia que se utilice dentro de este rango, condiciona actividad biológica y su efectividad. En este sentido, la radiofrecuencia 448kHz se ha estudiado en el manejo del dolor pélvico con excelentes resultados.

Existen diferentes tipos de radiofrecuencia de los cuales los principales son: monopolar o bipolar, ablativa o no ablativa. Cuando estamos tratando el dolor, el estímulo debe realizarse en subtermia o normotermia, por tanto, con radiofrecuencia no ablativa.

La aplicación del campo eléctrico de radiofrecuencia 448kHz alrededor de un tejido induce un cambio en el potencial de membrana a través del estímulo de sus receptores. Este estímulo genera una cascada de proteínas que actúan directamente en el núcleo celular, las cuales permiten que la propia célula pueda estimular su proliferación, regeneración y/o reparación. De la misma manera, consigue alterar la transmisión del estímulo doloroso.

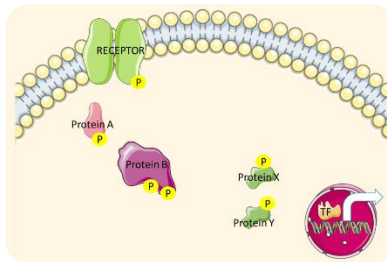
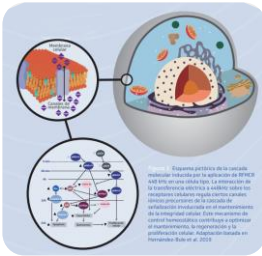
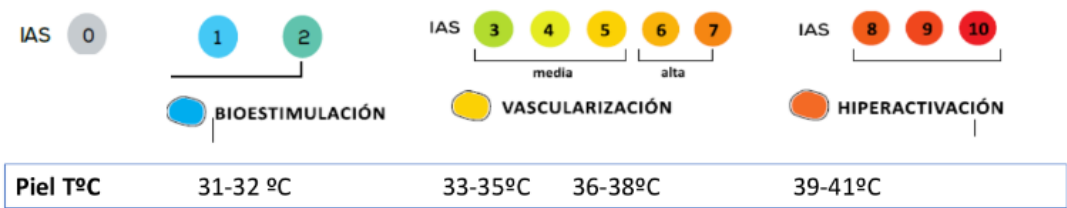
Además, es capaz de tratar estructuras superficiales (piel o mucosa) y estructuras profundas (músculos, grasa, ligamentos y articulaciones). Esto se produce gracias a dos electrodos:

- **Capacitivo:** concentra la energía a nivel más superficial alrededor del electrodo (3- 6cm)

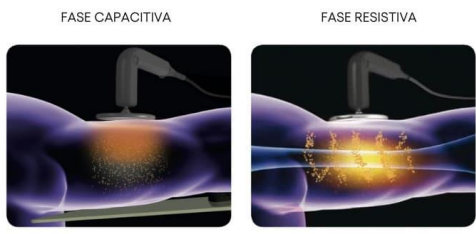
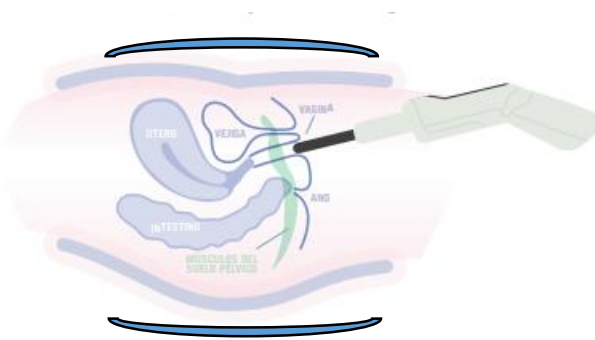
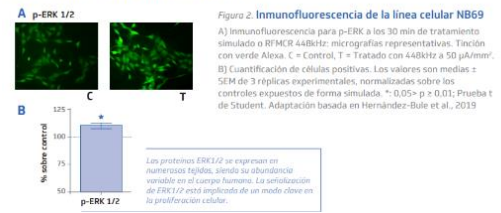
Bioestimulación (Subtermia) → Aceleración del Metabolismo- Efecto Antiálgico – Posquirúrgicos inmediatos (Reabsorción de edema y Hematomas)-Favorece el drenaje linfático- Favorece la regeneración del tejido y de la mucosa

Vascularización (Termia) → Incrementa el flujo sanguíneo- Aporta más oxígeno y nutrientes- Reduce los espasmos musculares y ayuda a disminuir el dolor

Hiperactivación (Hipertermia) → Aumenta el volumen del flujo sanguíneo- Estimula la actividad de los fibroblastos- Permite el tratamiento de tejidos fibrosos (cicatrices)



PROMUEVE SIGNIFICATIVAMENTE LA PROLIFERACIÓN CELULAR MEDIANTE LA ACTIVACIÓN SELECTIVA DE PROTEÍNAS¹⁸



- **Resistivo:** acción más profunda y difusa. Ideal para trabajar estructuras intrapélvicas.

Por otro lado, la radiofrecuencia monopolar dirige la energía de forma más específica desde el electrodo aplicador hasta la placa receptora, pudiendo orientarla hacia específicamente la zona de dolor.

Además, es un tratamiento ambulatorio, indoloro y eficaz, con el que la paciente ya comienza a notar los beneficios desde la primera sesión.

En resumen, es hora de que la ginecología comience a preocuparse por la calidad de vida, y gracias a la radiofrecuencia monopolar capacitiva resistiva 448kHz podemos conseguir mejorar o eliminar el dolor pélvico, sea profundo o superficial, crónico o agudo, o afecte a diferentes estructuras pélvicas.

Porque nunca debemos normalizar el dolor y sí ofrecer soluciones.

Alimentación, micronutrición y suplementación en menopausia

Lacosta Esclapez P

Medicina Estética y Calidad de vida en paciente oncológico
Medicina Integrativa
Centro Médico Dr. Gallego en Villanueva del Pardillo (Madrid)

Los principales objetivos de la alimentación, micronutrición y suplementación en menopausia son:

Alivio de los síntomas causado por la disminución de la secreción de las hormonas sexuales femeninas.

Conseguir efecto anti-aging.

Mejorar la función digestiva que empeora debido a las alteraciones de la secreción del ácido clorhídrico, disminución del vaciamiento gástrico, enlentecimiento del movimiento intestinal, alteración del microbiota intestinal, alteración de la permeabilidad intestinal y alteración de la capacidad de absorción de los alimentos.

Potenciar la depuración del organismo ya que tanto la función hepática como la renal disminuyen.

ALIMENTACIÓN

La alimentación en esta etapa de la vida se basa en 4 puntos esenciales:

- Dieta antiinflamatoria siendo la dieta mediterránea un ejemplo a seguir.
- Dieta de restricción calórica
- Dieta que genere curva glucémica plana
- Alimentos funcionales: fitoestrógenos, vitaminas y oligoelementos.

Dieta antiinflamatoria

Se trata de una dieta con las siguientes características:

- Rica en antioxidantes
- Equilibrio entre Omega 3 / Omega 6
- Exenta de azúcares, harinas blancas y leche de vaca
- Rica en grasas poliinsaturadas y fibra
- Con proteínas animales ecológicas

La dieta mediterránea rica en verduras, frutas y hortalizas de temporada. Con abundantes legumbres, hierbas aromáticas, frutos secos y semillas. Rica huevos

y pescado azul, así como en aceite de oliva virgen extra y moderado consumo de carne y lácteos, principalmente yogur y kéfir de cabra y oveja. Es mucho más que una simple pauta nutricional donde la forma de cocinar tiene un valor añadido.

Dieta de restricción calórica

Se ha demostrado que la dieta de restricción calórica produce una mejoría en el estrés oxidativo mitocondrial y un incremento de la longevidad máxima.

Miméticos de esta dieta serían: ayuno intermitente, resveratrol y oligoelementos como el selenio, zinc y manganeso.

Curva de glucemia plana

Se ha demostrado que los síntomas empeoran, con niveles altos de glucemia y de insulina en sangre, por lo que se recomienda dieta rica en alimentos con baja carga glucémica o platos en los que alimentos con más carga glucémica se vean compensados con los que no lo son o con fibra que ralentizará el paso de glucosa a sangre.

Fitoestrógenos

Los fitoestrógenos son compuestos naturales que forman parte de numerosos alimentos de origen vegetal y que están dotados de capacidad estrogénica débil.

Oligoelementos

Alimentos ricos en Magnesio, Boro, Selenio, Zinc, Manganeso, Hierro, Calcio, Vitamina D, Vitamina K, complejo B, Vitamina A, Vitamina E, Omega 3... son parte de los alimentos funcionales (aquellos que proporcionan un efecto beneficioso para la salud tanto físico como psíquico más allá de su valor nutricional) que serán imprescindibles en la alimentación en esta etapa de la vida de la mujer.



Tabla 1: Fitoestrógenos: alimentos funcionales.

MICRONUTRICIÓN Y SUPLEMENTACIÓN

Dentro de las sustancias importantes en la micronutrición y suplementación en menopausia destacan:

- Fitoterapia/Fitoestrógenos (hay destacar las isoflavonas y la cimífuga racemosa en el control de los síntomas vasomotores)
- Fibra (preferiblemente soluble)
- Astrágalo y lignanos (mejoran niveles de DHEA)
- Complejos vitaminas y minerales (Mg, Se, Zn, Mn, Cu, Fe, Ca)
- Antioxidantes (Coenzima Q10, resveratrol o vitamina C)
- Adaptógenos (Ashwaganda, Rodhiola, Reishi o Ginseng)

- Melatonina
- Enzimas digestivas
- Ácidos grasos esenciales (DHA, EPA...)
- Otros: 5HTP (5-hidroxitriptófano), colágeno, aminoácidos...

La Universidad de Harvard, en 2019, habla de una Nueva Medicina: Life Style Medicine, la Medicina del Estilo de Vida, basada en alimentación, ejercicio, terapias cuerpo-mente y cuidado del medio ambiente. ¿Qué tal si la practicamos desde ya en nuestras consultas?

Dificultades para el éxito en "medicina regenerativa" en los resultados del paciente oncológico

Tejero García P

Especialista en Medicina familiar y comunitaria. Master en Calidad de vida y cuidados Médico-estéticos del paciente Oncológico. Tclinic. (Toledo)

La SEOM estima que cada año habrá 100.000 nuevos largos supervivientes con necesidades especiales que hay que definir adecuadamente. Los aspectos físicos, sociales, laborales, psicológicos y emocionales de estos largos supervivientes tienen que estar caracterizados, investigados y tratados por equipos multidisciplinares.

Hay varias razones por las que los pacientes no cumplen los tratamientos médicos:

- Negación del problema.
- Costo del tratamiento.
- Dificultad de seguir las instrucciones.
- Los efectos secundarios.
- Falta de confianza en el tratamiento o en el médico.

Además, La medicina regenerativa, presenta varios desafíos en el contexto del paciente oncológico:

En el ámbito de la Ginecología estética, abarca tratamientos que tienen como objetivo mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres que sufren problemas relacionados con los tejidos de la mama, vagina, la vulva y el suelo pélvico.

Estos problemas pueden ser causados por el envejecimiento, los cambios hormonales, los partos, las infecciones, las enfermedades crónicas y la enfermedad oncológica y sus tratamientos.

Las principales herramientas de la Medicina regenerativa son

Láser de CO2 o radiofrecuencia.

Ácido hialurónico:

- Factores de crecimiento: que se obtienen a partir de una muestra de sangre del paciente y que favorecen la regeneración celular y la cicatrización de los tejidos. Se pueden aplicar en forma de gel o mediante microinyecciones en la vagina o en

la vulva para tratar la sequedad vaginal, el dolor durante las relaciones sexuales, las cicatrices postparto o las lesiones vulvares.

- Células madre, que tienen la capacidad de diferenciarse en diferentes tipos de tejidos y que se pueden obtener de la grasa. Se pueden usar para tratar casos más complejos o severos de incontinencia urinaria, prolapsos genitales o enfermedades inflamatorias crónicas.

Estos tratamientos son mínimamente invasivos, se realizan con anestesia local y no requieren un periodo de recuperación prolongado. En general, tienen pocos efectos adversos

Nuestro desafío es lograr una escucha activa de estos pacientes, conocer sus necesidades y fundamentalmente, vencer el

MIEDO y el DESCONOCIMIENTO ante estos tratamientos, tanto por parte del paciente, como en ocasiones por el propio médico especialista o no, y por la pareja o familia que “les dicen que después de lo que han pasado, como van a meterse en más...”

Es cierto que hay que tener en cuenta, **CARACTERISTICAS ESPECIALES DEL PACIENTE ONCOLOGICO**

1. Microambiente tumoral: Los tumores tienen un microambiente complejo que puede dificultar la regeneración de tejidos. Factores presentes en el entorno tumoral, como la inflamación crónica, la hipoxia y los factores de crecimiento alterados, pueden interferir con los procesos de regeneración y reparación
2. Algunas terapias pueden interferir con los tratamientos convencionales contra el cáncer, como

la quimioterapia y la radioterapia. Es fundamental asegurarse de que las terapias regenerativas no comprometan la eficacia de los tratamientos oncológicos: El mejor momento para regenerar es después del tratamiento oncológico

3. En algunos casos, las células madre utilizadas en la medicina regenerativa pueden tener propiedades tumorales o promover el crecimiento de células cancerosas residuales. Es esencial comprender y abordar este riesgo para evitar la recurrencia del cáncer.
4. Es mejor aplicarlas en áreas no afectadas por el tumor
5. Algunas terapias pueden requerir el uso de inmunosupresores para evitar el rechazo de los tejidos regenerados.

En pacientes oncológicos, la inmunosupresión puede comprometer la respuesta inmunitaria contra el cáncer y aumentar el riesgo de progresión de la enfermedad.

CONCLUSION

La medicina regenerativa tiene un gran potencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en el futuro.

Fundamental vencer el Miedo, y el desconocimiento.

Lo importante es buscar el momento adecuado.

La terapia adecuada.

El paciente adecuado.