

---

# GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

Revista oficial  
de la



*Trabajos científicos  
presentados para el*

**CONGRESO  
PARAGUAYO DE  
GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA Y  
XIII CONGRESO  
PARAGUAYO DE  
PERINATOLOGÍA**

---

- Mayo 2018 -

## COMITES DE LA SOCIEDAD PARAGUAYA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

### Comite de Certificación y Recertificación

Dr. Marcelino Ortellado  
Dr. Gladys Vázquez  
Dra. Teresita Ramos de Ferreira  
Dra. Cynthia Cardozo  
Dr. Jorge Santos  
Dr. José Félix Ramírez Rotela  
Dra. Maybell Stewart

### Comité de Mortalidad Materna

Fanny Corrales  
Jorge Arce,  
Limpia Ortiz,  
Tamara Vysokolan,  
Gloria Rojas Vallet,  
Myriam Adorno

### Comité Científico

Dr. David Romero  
Lida Sosa  
Oscar Ruiz  
Jorge Fernández Agüero  
Luis Jara  
Roger Molinas  
Susan Contreras  
Gloria Colman  
María José Ramos  
Alejandro Negrete  
Dra. María Beatriz Perez  
Dra. Teresa Ramos de Ferreira  
Dr. Cesareo Saldivar  
Dr. Fabio Gutierrez  
Dra. Thania Lopez  
Dra. Cynthia Cardozo

### Comité de Protocolos e Investigación

Cynthia Paredes  
Thania López  
Mabel Britez  
Susan Contreras  
Osmar Garcete  
Daniel Ramalho

### Comité de Salud Sexual y Reproductiva

Antonia Acosta  
Cynthia Díaz  
Jorge Sosa  
Félix Brizuela

### Comité de Educación Médica Continua

Ana Soilán

### Comité de Modificación de Estatutos

María Marta González  
Cynthia Cardozo

### Comité de Prepagas

Blanca Lila Fretes de Brom  
Vicente Acuña  
José Ramírez Montero

### Comité de Página Web y Redes Sociales

Orlando Alfonso Stumpfs  
Victor Oviedo  
Fernando Molas

### Comité Social, Prensa y Propaganda

Raúl Fanego, Presidente  
Mónica Ontano

### Comité de Adolescencia

Gladys Larrieur  
Sannie Mendoza

## SOCIEDAD PARAGUAYA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**Dirección:** 22 de setiembre N° 763 y Adela Speratti

**Teléfono:** 021-205690/1

**Celular:** (0981) 671-102

**Email:** [sociedadparaguayaginecologia@gmail.com](mailto:sociedadparaguayaginecologia@gmail.com)

**Pag web:** [www.spgo.org.py](http://www.spgo.org.py)

### Horario de Atención

Lunes a viernes: 09:00 a 17:00 horas

Sábados: 09:00 a 12:00 horas.

### BUSCANOS EN LAS REDES



Sociedad paraguaya de ginecología y obstetricia



@spgopy



@SocPyaGO



0981-671102

PAGINA WEB: [www.spgo.org.py](http://www.spgo.org.py)

Celia Vázquez, Secretaria

Fátima Ocampos

Rocio Llamosas

### Comité Ecografía y Medicina Perinatal

Lindolfo Mendoza

María Beatriz Pérez

Ernesto Grhun

Alberto Cacace Piacentini

Cynthia Escumbarti, Secretaria

Cástulo Franco

José Gauto

### Comité de TGI

Fabio Gutiérrez

Gladys Aquino

Cynthia Paredes

Graciela Rojas de Torres

María Gloria Velázquez

Francisco Franco

Graciela Caballero

### Comité de Ginecología

Luis Hamuy,

Marcial Barreto

Nicanor Alvarez

Alfredo Yaluk

Nirma Vázquez

Enrique Fernández

Vicente Villalba

Hugo Adorno

### Comité de Asuntos Legales

María Marta González Zannier

Silvio Chirife

María Teresa Ibarra Digalo

Miguel Porzio

### Comité de Admisión de nuevos Socios

Cynthia Cardozo

Gladys Vázquez

Tania López

Susan Contreras

Fabio Gutiérrez

### Comité de Residente

Jorge Santos Castillo

Hugo Adorno

Patricia Minozzo

Lourdes Santa Cruz

## COMISIÓN DIRECTIVA 2017-2019

**Presidente:** Prof. Dr. Miguel Ruoti Cosp  
**Vicepresidente:** Dra. Fanny Corrales Rios  
**Secretario:** Dr. Jorge Santos Castillo  
**Tesorera:** Dra. Marina Andrea Ortega  
**Director de Publicaciones:**  
Dr. Carlos Marcelo Vera Salerno

### VOCALES TITULARES

Prof. Dr. Hugo Cesar Arellano  
Dr. Hugo Guillermo Adorno R.

### VOCALES SUPLENTE

Dr. Jacinto Alfredo Yaluk B.  
Dr. Mario Rubén Vera Corna  
Dr. Fabio Gutiérrez Báez  
Dr. Mario Alcides Echeverría  
Dr. Félix Brizuela Servín

**Síndico Titular:** Dr. Oscar Ferreira Torres

**Síndico Suplente:** Dr. Juan Carlos Chaparro Abente

### TRIBUNAL ELECTORAL INDEPENDIENTE

#### TITULARES

Dr. Alejandro Mazacotte  
Dr. Elias Sánchez  
Dr. Adolfo Schaffer

#### SUPLENTE

Dr. Aníbal Espínola B.  
Dr. Bernardo Nicora  
Dra. Rocío Llamosas Nizza

### TRIBUNAL DE ÉTICA

#### TITULARES

Dra. Rita Freire Esteves Vda. De Etcheverry  
Prof. Dr. Vicente Bataglia Doldan  
Prof. Dra. Ana María Soilan

## EVALUADORES Y JURADO DE LOS PREMIOS

DR. PEDRO BELTRÁN (MÉXICO)  
DR. HORACIO CRESPO (ARGENTINA)  
PROF. DR. CARLOS VERA URDAPILLETA  
PROF. DRA. YLBE PALACIOS  
DRA. CAROLINA ACOSTA

## Editorial

Apreciados colegas:

Con gran satisfacción por los logros alcanzados por la SPGO, en los 76 años desde su nacimiento, lanzamos el segundo volumen de esta Comisión Directiva de la Revista SPGO.



Siguiendo con la línea de la Sociedad, ya iniciada por Comisiones Directivas anteriores, a quienes con estas breves palabras queremos reconocer y agradecer, buscamos contribuir en la formación médica continua en el área de Gineco Obstetricia.

Esta nueva edición de la Revista y en concordancia con nuestro magno evento, el cual es el Congreso de la SPGO, busca abordar diferentes temas científicos actuales con el fin de aportar al profesional actualizaciones que tengan un sustento científico sólido, fundamentados en la medicina basada en la evidencia, y que pueda llevar a la práctica en el ejercicio de la profesión.

Es por ello que en este número encontrarán trabajos científicos nacionales que serán presentados durante el Congreso, donde los mejores recibirán premios en distintas categorías, fomentando de esta manera la investigación científica, materia pendiente de la medicina paraguaya, donde aún nos falta mayor volumen de trabajos de investigación.

Como podrán leer, los temas de los trabajos, además de ser un número importante, son variados y de buena calidad, donde encontramos estudios y casos muy interesantes, que esperamos satisfaga el interés de los colegas, en esta ciencia que siempre avanza, nunca se detiene, y las verdades de ayer muchas veces son premisas falsas del mañana, constituyéndonos en eternos aprendices de esta noble profesión.

Sin más, dejo que disfruten de esta amena lectura.

*Dr. Carlos Marcelo Vera Salerno*

Director de Publicaciones  
*Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia*

Trabajos científicos presentados para el

# CONGRESO PARAGUAYO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y XIII CONGRESO PARAGUAYO DE PERINATOLOGÍA

Asunción, Paraguay. Mayo 2018

## A PROPÓSITO DE UN CASO: PENTALOGÍA DE CANTRELL

*Gabriela Arévalos- Marta Cuenca- Teresa Osnaghi-  
Guido Zayas- Ramón Bataglia.*

*Hospital de Clínicas. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**RESUMEN:** La pentalogía de Cantrell es un síndrome complejo de malformaciones congénitas que compromete a las paredes del tórax, abdomen, diafragma y/o pericardio y anomalías cardíacas, cuyo diagnóstico puede hacerse durante la vida fetal. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico prenatal ecocardiográfico de un defecto en la pared toracoabdominal con protrusión de las asas intestinales y ectopia cordis, compatible con pentalogía de Cantrell.

**OBJETIVO:** Esta presentación muestra el caso de una gestante cuyo feto presenta una anomalía congénita compatible con pentalogía de Cantrell; su diagnóstico y resultado postnatal.

**CASO CLÍNICO:** D.P., 29 años, primípara cesareada anterior gestante de pretermino por FUM, procedente de Luque, con controles prenatales suficientes, sin patologías de base, sin patologías durante gestación. Niega hábitos tóxicos y exposición a químicos. Se realizaron 6 ecografías obstétricas y una ecocardiografía fetal, encontrándose defectos en la pared toracoabdominal desde las 15 semanas. Ecografía morfológica (20,1 semanas) informaba defecto de pared toracoabdominal con corazón, hígado y asas intestinales en contacto con líquido amniótico; y ambos pies con desviación del eje. Ecocardiografía (29 semanas) informaba ectopia cordis, dextroposición del tracto de salida de la aorta, CIV subaortica e hipoplasia del ventrículo derecho. Ecografía obstétrica (34,4 semanas) informaba gestación viva, estimada en 35,5 semanas por longitud de fémur, polihidramnios severo, hendidura labial bilateral, pie bot bilateral y probable pentalogía de Cantrell. A las 35 semanas, paciente presenta trabajo de parto, con cesárea como vía del parto, dando nacimiento a RN vivo, sexo masculino, 34, 7 semanas estimadas por Capurro, Apgar 2/2 con defecto de la pared toracoabdominal y salida de órganos torácicos y abdominales, pie bot bilateral y hendidura labial bilateral. Se produce óbito a los 60 minutos del nacimiento.

**DISCUSIÓN:** La pentalogía de Cantrell es un síndrome complejo que consiste en ectopia cordis toracoabdominal y los cinco siguientes elementos: 1) hendidura de la parte

inferior del esternón, 2) laparosquisis, 3) deficiencia anterior del diafragma, 4) defectos intracardiacos y 5) defectos pericardiodiafragmáticos. Con incidencia de 1:100.000 nacimientos en países desarrollados, es más frecuente en sexo masculino (2:1). Se clasifica según datos encontrados en la ecografía: clase 1) diagnóstico exacto (cinco defectos presentes); clase 2) diagnóstico probable (4 defectos, incluyendo defectos intracardiacos y anomalías en la pared abdominal); clase 3) diagnóstico incompleto (combinación en los defectos, siempre acompañado de anomalías esternas). El pronóstico dependerá de la complejidad de sus anomalías cardíacas, siendo éstas la causa más común de mortalidad. Su tratamiento dependerá de la complejidad, tamaño y localización del defecto; definiendo la viabilidad del tratamiento quirúrgico.

**CONCLUSIÓN:** La pentalogía de Cantrell es un síndrome complejo cuyo diagnóstico puede hacerse durante la vida fetal mediante estudios ecográficos. El principal problema posnatal radica en la necesidad de coordinación de un equipo multidisciplinario para evaluar conducta quirúrgica de ser posible, según el defecto encontrado.

**PALABRAS CLAVES:** Pentalogía de Cantrell, ectopia cordis, ecografía.

## ABORTO SÉPTICO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD DEL ESTE

*Maria Cristina Motta Mereles.*

*Hospital Regional de Ciudad del Este. Servicio Maternidad*

**ANTECEDENTES:** El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo o inducido (OMS), Cursa con: fiebre de 38 ° o más, por más de 48 horas., con metrorragia fétida purulenta por vagina con puerta de entrada en útero. La flora es polimicrobiana con 2/3 de anaerobios y 1/3 aerobios. El diagnóstico es clínico y laboratorial. Es bajo el porcentaje de abortos sépticos complicados y la complicación más frecuente es el shock séptico, el tratamiento es con triple cobertura antibiótica seguida por el legrado uterino.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de aborto séptico en Alto Paraná

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Se estudiaron los expedientes clínicos del Hospital Regional de Ciudad del Este de pacientes internadas con el diagnóstico clínico y laboratorial de Aborto séptico, de julio de 2016 a junio del 2017.

**RESULTADOS:** de 400 pacientes con diagnóstico de aborto: 355 abortos no sépticos (89 %) 45 abortos sépticos (11 %), edad más frecuente de 20-35 a (69 %), escolaridad de 6 años de estudio (31 %), estado civil: unión libre (49 %), multíparas (29 %), sin antecedentes de abortos previos (76 %), en el primer trimestre de la gestación (47 %), 16 % de abortos inseguro, 78 % no declaran maniobras, la asociación de Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol (38 %) fue la más usada, se realizó legrado evacuador (85%), con antibióticos previo al legrado menor a 6 hs en el 76 %, días de internación de 1- 3 días (62 %) mortalidad materna por aborto séptico fue del 11 % de las muertes maternas que cursaron con maniobras abortivas el 50 % . La mortalidad materna de Alto Paraná a nivel país, en el año 2016 fue del 8.3% (2) en el 2017, 22.2 % (2). Igualando a la toxemia en el año 2016 y ocupando el 2do lugar en el año 2017 en el Alto Paraná como causa de muerte materna.

**CONCLUSIONES:** 11 % de abortos fueron sépticos, En multíparas, Con menos de 6 años de estudio, 20-35 a de edad, unión libre, sin de abortos previos, en el primer trimestre de la gestación, fueron Ab. Séptico simple, el esquema antibiótico más usado fue el de Ampicilina+ Gentamicina + Metronidazol. La mortalidad materna fue del 11 %, El procedimiento quirúrgico más utilizado fue el legrado instrumental, con un tiempo previo al legrado para el uso de antibióticos, de menos de 6 horas, promedio de internación fue de 3 días, En los casos de muerte materna se declaró maniobras abortivas en el 50 %, El procedimiento quirúrgico más usado fue la anexa hysterectomía total. Igualando a la toxemia en el año 2016 como causa de muerte materna y Ocupando el 2do lugar en el año 2017 como causa de muerte materna en el 2017 en el Alto Paraná.

**PALABRAS CLAVES:** Aborto séptico, metrorragia, Schock séptico.

## AFIRMACIONES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO ASOCIADAS A MUJERES EMBARAZADAS EN CONDICIÓN DE VÍCTIMAS

<sup>I</sup>Arrom María Auxiliadora; <sup>II</sup>Fresco María Del Pilar; <sup>III</sup>Arrom Cristina; <sup>I</sup>Ruoti María Mónica; <sup>I</sup>Arrom Carmen Marina; <sup>Ruoti Miguel</sup>; <sup>IV</sup>Capurro Marcos

*I Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica CEDIC, Paraguay / II Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción (UCA) / III Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-IICS/ UNA, Paraguay / IV Centro Nacional de Adicciones, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay*

**RESUMEN:** Se propuso vincular afirmaciones sobre violencia de género en mujeres embarazadas víctimas y no víctimas de violencia doméstica. El estudio fue retrospectivo,

con fuentes secundarias y muestreo consecutivo de 1046 mujeres embarazadas de hospitales públicos de Alto Paraná, Paraguay. Un cuestionario anónimo con la Escala de Gelles y Straus así como un listado de dichos populares o creencias sobre violencia de género fue completado en entrevistas por estudiantes de Psicología. Estadística descriptiva y analítica fue utilizada para el análisis. 70.1% (733) fue víctima de violencia Psicológica; 23,9% (250) física; 7.5% (78) abuso sexual y 7.9% (83) económica. Correlación ( $p < 0,000$ ) entre ser víctima de violencia psicológica y portar creencias en Si a una mujer el marido le golpea, por algo será; y ( $p < 0,000$ ) Las decisiones importantes de la familia deben ser tomadas por los hombres; Correlación entre ( $p < 0,043$ ) ser víctima de violencia económica y sostener creencia Quien te quiere te aporrea. Una tendencia a correlación ( $p < 0,065$ ) entre ser víctima de violencia psicológica y portar creencia Quien te quiere te aporrea y ( $p < 0,053$ ) La mujer debe siempre obediencia al marido. Se vinculó la aceptación de la violencia hacia la mujer por parte del hombre, así como la valorización de normas patriarcales y de predominio masculino con la condición de víctimas en el grupo de estudio, lo que evidencia mayor desigualdad de género y legitimación de la violencia infringida por la pareja.

**PALABRAS CLAVE:** creencias - violencia de género- violencia doméstica-mujeres embarazadas.

## ANGIOMIXOMA AGRESIVO DE VAGINA

*Alicia Larrosa-Claudia Fernandez- Rafael Adorno*

*HCIPS. Servicio Ginecología*

**INTRODUCCION:** El angiomixoma agresivo es un tumor miofibroblástico de partes blandas con dependencia hormonal. Si bien suele comportarse como un tumor benigno, y es rara la presencia de metástasis a distancia, tiene una alta tasa de recurrencia local. El diagnóstico clínico es casi siempre dificultoso, debido a la falta de signos y síntomas específicos. Su tratamiento de elección es la resección quirúrgica, que cuando se realiza completa, es curativa en todos los casos. Sin embargo, su naturaleza infiltrante dificulta la excisión completa. El éxito de la radio y/o quimioterapia especialmente ante la recidiva tumoral es bajo, debido a la existencia de una gran cantidad de colágeno en este tipo de tumor, asociado a un bajo índice de actividad mitótica y a una baja celularidad.

**CASO CLINICO:** Paciente femenina de 49 años consulta en el servicio de Ginecología del HCIPS por alteración del ciclo (hipermenorrea-menorragia). Porta Eco Tv que informa útero miomatoso y endometrio engrosado. Se la prepara para HSC-DX. Durante examen ginecológico se constata formación polipoidea de 2 cm aproximadamente en pared lateral derecha tercio superior de vagina. La misma cuenta con antecedente de polipectomía vaginal en el año 2006, no se cuenta con más datos al respecto. En octubre del 2017 se realiza Legrado biopsico fraccionado+ polipectomía de vagina por torsión. Anatomía Patológica informa tejido endocervical y endometrial sin atipias. Muestra de pólipo vaginal informa Angiomixoma agresivo. Se plantea tratamiento quirúrgico ( HTE con manguito vaginal)



teniendo en cuenta el motivo de consulta, la ubicación de la lesión y que los síntomas no mejoraron, paciente se niega. Acude nuevamente a control ginecológico en enero del 2018, se constata 2 formaciones polipoideas con misma ubicación al anterior de 0,5 y 1 cm respectivamente. Se plantea de nuevo cirugía.

**DISCUSION:** El angiomixoma agresivo se ha convertido en una lesión controvertida debido a la poca concordancia existente entre su blanda morfología, la forma de crecimiento y su posibilidad de dar metástasis, aunque solo hay 2 casos metastáticos publicados; uno de ellos está bien documentado, siendo la causa de muerte las metástasis pulmonares después de varias recidivas. Por ello debemos estar alerta, ante lesiones mixoides de bajo grado como estas, capaces de producir frecuentes recidivas locales y metástasis a pesar de su morfología histológica benigna. El diagnóstico exacto antes de la cirugía permite planear tanto la cirugía como el manejo adecuado del paciente. La comprobación de la existencia de receptores hormonales por medios inmunohistoquímicos, en algunos casos de angiomixoma, plantea la posibilidad de utilizar terapia hormonal como coadyuvante en los casos de resección incompleta.

**CONCLUSION:** el angiomixoma agresivo es un raro tumor mesenquimal, de naturaleza benigna, más frecuente en la mujer premenopáusica, con una tendencia a la recidiva local tras su extirpación completa. No existe un tratamiento de quimio y/o radioterápico que puedan mejorar su pronóstico y que evite o disminuya la tasa de recidiva. Por todo ello, es importante entender que la exéresis quirúrgica de este tumor debe ser lo más completa y radical posible.

## ANGIOMIXOMA AGRESIVO PÉLVICO

*Diana María Garcete Estigarribia-Rafael Adorno  
Garayo-Liz Karina González-Vicente Bataglia.*

*Hospital Central Ips. Servicio de Ginecología*

**INTRODUCCION:** El angiomixoma agresivo es un tumor mesenquimal, raro, se presenta en mujeres en edad reproductiva. De comportamiento benigno, es rara la metástasis a distancia, tiene alta tasa de recurrencia local. Descrito por primera vez en 1986 por Steeper y Rosai, se origina en tejidos blandos de la pelvis, periné, vulva o glútea. Su nombre se relaciona con presencia de células fusiformes y estrelladas en la histología, y vasos sanguíneos de tamaño variable en una matriz mixoide. El diagnóstico es siempre difícil por lo signos y síntomas inespecíficos.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 39 años, consulta por dolor en epigastrio de 6 meses de evolución, tipo puntada, moderada intensidad, no irradia, cede con analgésicos comunes, acompañado de crecimiento abdominal, en ecografía abdominal se constata masa quística de probable origen anexial, MTN, se realiza Laparotomía Exploradora + Tumorectomía con Extemporánea, hallazgos: En región parauterina izquierda tumoración de más de 20 cm, multiloculada, cápsula rota, quística, contenido líquido y gelatinoso adherido a pared vesical y peritoneo pre vesical, abarca toda la cavidad pélvica desplazando útero hacia la derecha, se proyecta hacia hemiabdomen superior

respetando peritoneo parietal posterior, superficie lisa con vascularización superficial de aspecto típico; dx PO Tumor Pélvico, probable origen Mesenquimal, AP: tumor de histología inusual que podría corresponder a Angiomixoma Agresivo, confirmado por Inmunohistoquímica. 15 días después presenta nuevamente crecimiento abdominal. Eco TV informa masa infiltrativa ocupando pelvis izquierda. Se realiza Laparotomía Exploradora + AHTE + Tumorectomía + Colectomía + Apendicetomía, constatándose en Fosa Iliaca Izquierda y pelvis tumoración de 12 cm, irregular, multiloculada, contenido gelatinoso coloración vinosa con áreas verdosas adherida a pared vesical, se proyecta hacia ligamento ancho izquierdo del útero. Compromiso de vasos sanguíneos en Fosa Obturatriz dificulta resección completa.

**DISCUSIÓN:** Se reportaron casos tratados con radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, embolización y cirugía radical. El tratamiento es cirugía radical, técnicamente difícil por la infiltración a tejidos adyacentes y su alta morbilidad. Se debe realizar escisión quirúrgica completa, en la medida de lo posible, en todos los casos; y la escisión parcial debe manejarse con cautela en casos con alta morbilidad quirúrgica. Desafortunadamente, las recurrencias aparecen incluso con márgenes quirúrgicos negativos. La quimioterapia y radioterapia son de escasa utilidad debido a la baja actividad mitótica del AA. La terapia hormonal adyuvante con tamoxifeno, raloxifeno y análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH $\alpha$ ) tiene grados variables de éxito, desde la no respuesta hasta remisión completa del tumor primario y recurrencia, lo cual fue atribuido a que estos tumores presentan receptores para estrógenos y progesterona y son sensibles a terapia hormonal. La embolización arterial ha sido reportada pero generalmente no se realiza debido a la alta vascularización de estos tumores. Aun con estas opciones terapéuticas, la recurrencia es alta, 72%, por ello se debe insistir en control estricto y seguimiento a largo plazo. TAC y RMN se han recomendado como parte de la evaluación periódica, pero, no existen guías sobre la frecuencia con la que se deben de realizar ni el tiempo límite.

## ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO EN LA CÁTEDRA Y SERVICIO DE CLÍNICA GINECO-OBSTETRICA FCM UNA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DURANTE EL PERIODO 2015-2016

*Vicente Bataglia F. - Vicente Bataglia D. - Ramon Bataglia A.*

*Hospital de Clínicas. Cátedra y Servicio de Clínica Gineco Obstetrica*

**RESUMEN:** En los últimos años, las necesidades de la atención de salud de las mujeres durante el período del postparto y postaborto han recibido una mayor atención por parte de los proveedores, los administradores de programas y los encargados de formular políticas de salud. Un componente muy importante de esta atención de salud es la planificación familiar. Esto tiene un efecto negativo en la salud y la calidad

de vida de las mujeres y de sus hijos. La planificación familiar es un componente esencial de los servicios de atención de la salud dispensados en el período prenatal, inmediatamente después del parto y durante el año siguiente a un parto (OMS 2009). La planificación familiar posparto se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. La mayoría de las mujeres egresan del lugar donde se les atendió el parto, sin tener una información adecuada acerca de la anticoncepción. Estas consideraciones aseguran la presentación de este trabajo que constituyen de gran valor para salud pública del país, particularmente en el esfuerzo institucional para la prevención de la morbi-mortalidad materna.

**OBJETIVO GENERAL:** Proteger la salud materna e infantil, propiciando el espaciamiento intergenésico o la terminación de la etapa reproductiva mediante la adopción de un método anticonceptivo temporal o permanente, otorgado en el período post evento obstétrico inmediato haciendo hincapié en la oferta sistemática de métodos seguros, eficaces, sin interferencia en la lactancia y sin impacto negativo en la salud de la madre y su hijo.

**MATERIAL Y METODO:** Observacional de tipo descriptivo retrospectivo de datos secundarios. Pacientes de la Cátedra y Servicio de Clínica Gineco-obstetrica FCM UNA - Hospital de Clínicas que acudieron entre enero 2015 a diciembre 2016.

**RESULTADOS:** En cuanto a la cantidad de pacientes tratados por año tenemos que en 2015 hubo un total de 2509 eventos obstetricos y en 2016 se obtuvieron 2238 pacientes con un promedio de 201 pacientes por mes. En el año 2015 el 45,31% de los pacientes tuvieron parto por vía vaginal y el 54,6% por cesarea. Y durante el año 2016 el 43,81% de los pacientes tuvieron parto por vía vaginal mientras que el 56,1% por cesarea. En cuanto a la cantidad de pacientes que optaron por un método anticonceptivo post evento encontramos que en el año 2015 del total de eventos un 25,67% optó por utilizar algún método, mientras que en el año 2016 un 59% de las pacientes eligió algún método anticonceptivo. En cuanto a los métodos anticonceptivos post evento elegidos encontramos en el año 2015 un 41,14% del total de pacientes eligió el DIU, 36,1% solicitó anticonceptivos hormonales, 21,83% OTB y el 0,93% optó por métodos de barrera. Durante el año 2016 un 29% eligió el DIU, 45% solicitó anticonceptivos hormonales, 12% OTB y el 3,7% optó por métodos de barrera hasta el mes de octubre. Podemos observar también que mes a mes fue aumentando la cifra de pacientes que optaron por algún método anticonceptivo post evento.

**PALABRAS CLAVE:** anticoncepcion, planificación familiar, pos evento obstetrico.

## **APROPÓSITO DE UN CASO. LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA Y EMBARAZO.**

*Vicente Bataglia F. - Guido Zayas - Laura Amarilla*

*Hospital de Clínicas. Cátedra y Servicio de Clínica Gineco Obstetrica*

**RESUMEN:** La leucemia es una enfermedad maligna que afecta a los tejidos encargados de formar sangre. Ataca

principalmente a la médula ósea, los ganglios linfáticos y al bazo. La leucemia asociada al embarazo es poco frecuente, pero representa un reto difícil de llevar a cabo tanto para la mujer gestante como para el equipo multidisciplinario que la trata. Se presenta el caso de una paciente de 28 años con una gestación de 30 semanas y el Diagnóstico de LLA durante su gestación. **Objetivo:** Plantear la buena evolución de una enfermedad maligna y de un embarazo que coexisten. **Paciente y Método:** Mujer de 28 años, con Dificultad respiratoria y fiebre de 24 hs de evolución con un embarazo de 30 semanas, GB 23.200 L 87% Hto 23%, 7,2 grs de Hb, 71.000 plaquetas. Se realiza punción de médula ósea y se diagnostica LLA PRO B, KORSA y CD 13 positivos. Inicia tratamiento con corticoides y luego de 15 días se indica una cesárea al cumplir las 32 semanas de gestación dando a luz a una niña de 2140 grs y 33.5 semanas por Capurro, APGAR 5/7, cursa un puerperio sin complicaciones e inicia protocolo de quimioterapia. **Conclusión:** pese a lo infrecuente de la asociación LLA y embarazo, gracias a lo avanzado de la gestación, se pudo interrumpir el embarazo y realizar el tratamiento oncológico. La paciente está actualmente realizando su segundo esquema de quimioterápicos mediante el protocolo PETHEMA con buena evolución y respuesta de los mismos. Su hija actualmente fue dada de alta por el servicio de neonatología.

**PALABRAS CLAVE:** leucemia linfoblástica, embarazo, drogas antineoplásicas.

## **APROPOSITO DE UN CASO HIPERANDROGENISMO EN LA POST MENOPAUSIA**

*Belinda Barrientos-Rossana Kolher*

*Hospital Central del Instituto de Previcion Social. Servicio de Ginecologia*

**INTRODUCCIÓN:** El hiperandrogenismo en la postmenopausia es infrecuente y suele deberse a causas ováricas. Entre estas se encuentran la hipertecosis ovárica y los tumores ováricos secretores de andrógenos. La HO es un trastorno no tumoral caracterizado por la presencia de islotes de células tecales luteinizadas en el estroma ovárico.

**OBJETIVO:** presentar caso de una mujer post menopáusicas con virilización de evolución prolongada, que fue sometida a anexo-histerectomía cuya anatomía patológica concluyo, hipertecosis estromal ovárica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 67 años, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y dislipidemia. Refiere una historia de crecimiento de vello de distribución androgénica, de 6 años de evolución aproximadamente en cara, torso y miembros superiores e inferiores. Hace 1 año había comenzado a afeitarse casi día de por medio y desarrollo alopecia fronto-temporal marcada. Al examen físico, obesidad leve IMC:31 de preferencia central; según escala FG, hirsutismo grave (30), cliteromegalia. Menarquía a los 14 años, presentaba ciclos irregulares. 13 gestaciones, 10 partos vaginales, 2 cesáreas y 1 aborto. Menopausia a los 53 años, niega pérdidas rojas posteriores, no utilizó terapia

de reemplazo hormonal. Análítica laboratorial: testosterona total 2,41(normalidad 0,06-0,8), 17-hidroxiprogesterona 1,40(normalidad 0,1-0,6), LH, FSH, DHEA-S y Androstenediona normales, estradiol 39(menor a 15), marcadores tumorales (CA 19.9, Ca 125, CEA, AFP) negativos. Ecografía ginecológica transvaginal endometrio engrosado, anexos normales. TAC de abdomen y pelvis útero, ovario y glándulas suprarrenales de aspecto conservado. Se realizó una histeroscopia cuyo hallazgo fue pólipo endometrial, el cual se reseco completamente y su anatomía patológica concluye sin atipias. Se realizó una anexo-histerectomía total, y la anatomía patológica informa hipertecosis estromal ovárica bilateral, no se observan atipias. Actualmente cursando su cuarto mes postoperatorio, la misma presenta una mejoría clínica.

**CONCLUSIÓN:** La aparición de hirsutismo con signos de virilización, junto con cifras elevadas de testosterona, generalmente se produce por hiperandrogenismo ovárico: tumor ovárico secretor de andrógenos o hipertecosis ovárica como en el caso de esta paciente. Una de las mayores dificultades del manejo de una paciente con hiperandrogenismo es la localización del exceso de andrógenos. En los casos de hipertecosis la evolución suele ser más gradual y se asocia por lo general a la resistencia a la insulina, obesidad central, hipertensión arterial, dislipidemia, glucemia basal alterada o DM2. La analítica hormonal de la paciente mostró cifras de testosterona elevadas con concentraciones de DHEAS y androstenediona normales, que orientaría hacia una fuente ovárica de hiperproducción de andrógenos, ya que los tumores de origen adrenal típicamente producen grandes cantidades de DHEA-S ( $> 800 \mu\text{g}/\text{dl}$ ), con cifras más bajas de testosterona. El diagnóstico y tratamiento de la hipertecosis ovárica en este grupo de edad consiste en la ooforectomía bilateral, en el caso particular de la paciente la histerectomía total debido a que la secreción ovárica de grandes cantidades de andrógenos aumenta la producción periférica de estrógenos, lo que incrementa el riesgo de hiperplasia y carcinoma endometrial.

## ASOCIACION DE INCONTINENCIA DE ORINA AL ESFUERZO EN PACIENTES CON OBESIDAD Y PATOLOGIAS ASOCIADAS

*Rocio Sarquis-Karina Servin-Liz Lopez-Rafael Adorno-Mariella Nuñez*

*Hospital IPS Central. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**ANTECEDENTES:** La incontinencia de orina se define como la salida involuntaria de orina<sup>1</sup> Es una afección común, particularmente en mujeres, y puede presentarse con una variedad de diferentes combinaciones de síntomas, incluida la incontinencia urinaria de urgencia, incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y incontinencia urinaria mixta<sup>2</sup> Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) definen el estado de sobrepeso y la obesidad como un índice de masa corporal (IMC) de 25.0-30.0 y  $> 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ , respectivamente, la

obesidad se ha relacionado con su asociación con otras afecciones crónicas de salud, como diabetes mellitus, hipertensión, hiperlipidemia y enfermedades cardiovasculares. El presente estudio tiene como objeto evaluar la incontinencia de orina al esfuerzo en pacientes obesas y sus patologías asociadas que acuden al Servicio de Ginecología del Hospital Central de Ips.

**OBJETIVOS:** P: Evaluar la relación entre incontinencia de orina al esfuerzo y pacientes con obesidad. E: 1. Describir las características demográficas de pacientes obesas con incontinencia de orina al esfuerzo 2. Describir las patologías asociadas de pacientes obesas con incontinencia de orina al esfuerzo.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se analizaron las fichas clínicas de las todas pacientes con diagnóstico de incontinencia de orina al esfuerzo de marzo a diciembre de 2017. Se tuvo en cuenta las variables edad, índice de masa corporal (IMC) calculado como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros, patologías asociadas como diabetes, hipertensión, entre otros. Las variables continuas se expresaron en promedios, rango y frecuencia.

**RESULTADOS:** De un total de 27 mujeres estudiadas, la edad media fue de 59,4 años con una desviación estándar de  $\pm 9,9$ ; el índice de masa corporal medio fue de 30,2 con una desviación estándar de  $\pm 5,4$ ; como antecedentes obstétricos la media de partos vaginales fue de 4,3 (DS  $\pm 3,3$ ), 1,3 cesáreas (DS  $\pm 0,9$ ) y 1,8 abortos (DS  $\pm 1$ ). La patología de base asociada más frecuente la hipertensión arterial encontrándose en un 70%, seguidas de diabetes mellitus y enfermedad tiroidea con 18% y patologías pulmonares asma y epoc en un 11% entre los más prevalentes.

**DISCUSIÓN:** Los hallazgos de este trabajo coinciden con otras publicaciones de casos similares, donde demuestran la asociación entre el sobrepeso y obesidad con ello sus patologías asociadas, como así también los antecedentes obstétricos que favorecen la debilidad del piso pélvico contribuyendo así a la fisiopatología de la incontinencia de orina de esfuerzo.

**CONCLUSIÓN:** Hemos demostrado con este presente trabajo que el incremento del índice de masa corporal es uno de los principales factores de riesgo para la incontinencia de orina de esfuerzo, además para desarrollar otras patologías asociadas a ella. Consideramos que la obesidad es un factor de riesgo modificable, por lo tanto incentivando hábitos saludables en las pacientes podemos contribuir en la mejoría de estos síntomas.

**PALABRAS CLAVES:** incontinencia de orina de esfuerzo, índice de masa corporal, obesidad.

## BONDADES DE LA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND. A PROPOSITO DE UN CASO

*Hebert Quintero - Ana Zabala - Angelica Oliveros*

*Especialidades Clínica La Sagrada Familia. Servicio de Ginecología y Obstetricia*



**OBJETIVO:** Destacar las bondades de la cirugía mínimamente invasiva mediante la laparoscopia con respecto a las cirugías convencionales.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 43 años, IG IC, con antecedente de enfermedad de Von Willenbrand, quien acude a la consulta por dolor pélvico crónico y trastornos menstruales tipo hipermenorrea. Al examen físico se realiza ecosonograma transvaginal donde se evidencia múltiples imágenes hipoecoicas, la mayor en cara anterior, intramural de 3 cm, otra en fondo de 2 cm y dos en cara posterior de 1 cm cada una. La vaginohisteroscopia no reporta alteración alguna.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** En febrero del presente año la paciente fue llevada a mesa quirúrgica para la realización de una laparoscopia ginecológica. Dentro de los hallazgos intraoperatorios se observaron múltiples adherencias, ovario derecho aumentado de tamaño de color nacarado con contenido achocolatado, pérdida de la anatomía y múltiples focos endometriósicos. La endometriosis se clasificó según la American Society for Reproductive Medicine en estadio III.

**RESULTADOS:** Se realiza histerectomía total más ooforosalingectomía derecha y adherenciólisis, en vista que la endometriosis fue la responsable de la pérdida de la anatomía de la pelvis, al momento que se disecó el uréter derecho, el mismo sufrió una lesión del 30%, el cual se resolvió de forma inmediata con la colocación de catéter doble J vía cistoscopia. La paciente fue dada de alta a las 24 horas con tratamiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** La laparoscopia representa actualmente la mínima invasión en cirugía ginecológica. La evidencia científica muestra que, al compararla con la laparotomía, ésta tiene una menor incidencia de complicaciones (menor dolor, menor riesgo de infección) y una recuperación más rápida conservando a su vez la parte estética, haciendo énfasis en nuestra paciente ya que por su misma condición incrementa de manera considerable el riesgo a complicaciones que pueden llegar a comprometer la vida de la misma.

## CÁNCER SINCRÓNICO Y METACRÓNICO DE MAMA Y ENDOMETRIO

*Navarro-Belén Velázquez-Rafael Adorno-Oscar Centurión- Vicente Acuña-Vicente Bataglia-Peter Chedraui*

*Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Ginecología*

**INTRODUCCION:** los cánceres ginecológicos sincrónicos y metacrónicos están descritos en la literatura con una frecuencia de 1 a 3% de todas las neoplasias malignas. El cáncer sincrónico más frecuente es el de ovario con mama siendo muy rara la coexistencia de cáncer de mama con endometrio. A pesar de ser infrecuente es una obligación médica realizar el tamizaje apropiado en busca de otros tumores primarios y enfermedad metastásica. El desarrollo del cáncer hereditario es bajo, pero los tumores sincrónicos tienen que ser estudiados genéticamente para determinar la causa o asociación.

**OBJETIVO:** Describir los datos demográficos y clínicos

de pacientes con cáncer de endometrio y mama sincrónico y metacrónico.

**MÉTODO:** Trabajo descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

**RESULTADOS:** Fueron analizados 97 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio en el periodo marzo 2013 a marzo 2017 de las cuales 8 pacientes también habían sido diagnosticadas de cáncer de mama. El promedio de edad fue de 61,3 años con una mediana de 61,5 años y moda de 54 años. El 37,5% fueron sincrónicos y 62,5% metacrónicos, de estos 80% fueron diagnosticados primero cáncer de mama y luego endometrio. En cuanto al consumo de tamoxifeno, sólo se registró en un 25%.

**CONCLUSION:** los cánceres ginecológicos sincrónicos y metacrónicos son una entidad infrecuente. En la mayoría de la pacientes el diagnóstico primario fue cáncer de mama. La relación con el tamoxifeno no fue significativa. Para realizar una mejor valoración se sugiere aumentar el volumen de pacientes.

## CANCER DE ENDOMETRIO RELACIONADO A TRATAMIENTO PROLONGADO CON TAMOXIFENO

*Diana María Garcete Estigarribia-Rafael Adorno Garayo-Liz Karina González-Vicente Bataglia.*

*Hospital Central IPS. Servicio De Ginecología*

**INTRODUCCIÓN:** El tamoxifeno es un derivado no esteroideo que actúa como un modulador selectivo del receptor estrogénico, de efectividad demostrada en la reducción de las recidivas y recurrencias del cáncer de mama, a través de su acción como antagonista. De elección en tratamiento endocrino del cáncer de mama con receptores estrogénicos positivos. Su acción agonista tiene efectos beneficiosos sobre epitelio vaginal, hueso y es cardioprotector; en tanto que su efecto sobre el endometrio aumenta el riesgo de patología maligna. El TAM origina cambios edematosos del miometrio sub-endometrial expresados ecográficamente como un engrosamiento de aspecto quístico y regular, que no permite predecir a través de la imagen ecográfica la presencia o no de enfermedad endometrial. La relación Tamoxifeno – cáncer de endometrio es sumamente compleja, y aunque el cáncer de mama y el de endometrio comparten múltiples factores de riesgo, el TAM es el responsable de los efectos sobre el útero ya que se asocia con incremento de patología endometrial; de allí la importancia de realizar un seguimiento adecuado e identificar las pacientes de mayor riesgo a desarrollar cambios preneoplásicos y neoplásicos del endometrio.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 65 años, antecedente de MRM derecha hace 9 años por Carcinoma Ductal Infiltrante G III. Recibió 4 sesiones de QT y tratamiento con Tamoxifeno por 8 años. FUM a los 50 años, presenta sangrado vaginal 15 años post menopausia. Ecografía ginecológica revela miometrio heterogéneo difuso mal delimitado a nivel de la línea sub endometrial, endometrio ocupado por formación vascular al Doppler., se realiza HSC DX + LBF con DX PO de sospecha de lesión de alto grado,

AP informa Carcinoma Seroso Infiltrante de Endometrio con áreas de carcinoma intraepitelial endometrial seroso con extensión superficial a glándulas. También zonas de hiperplasia endometrial quístita benigna, focos de metaplasia mucinosa y material fibroleucocitario (fondo de úlcera). Se realiza Lavado Citológico Dx AHTE + Omentectomía + LFN pélvica + Bx Hepática + Apendicetomía. La AP informa Tumor Mulleriano Mixto Maligno de Útero. Componente epitelial correspondiente a Carcinoma seroso y tipo endometriode; componente estromal representado por elementos homólogos (Sarcoma del estroma endometrial y leiomiocarcinoma). Infiltración en profundidad mayor al 50% del miometrio, sin comprometer serosa. Cérvix, trompas uterinas y parámetros sin evidencias de neoplasia. No se observa invasión vascular. Ganglios linfáticos sin evidencia de metástasis.

**DISCUSIÓN:** El Tamoxifeno, utilizado como terapia adyuvante en pacientes con cáncer de mama ha generado controversias, sigue siendo de elección en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama y receptores de estrógeno positivo aunque no se aconseja su uso durante más de cinco años por el riesgo de cáncer sobre el endometrio. Un estudio realizado en Londres en 2004 sobre manejo ginecológico de pacientes con Tamoxifeno encontró que 94,7% de los ginecólogos y 87% de los oncólogos, no tienen un protocolo de manejo. Ninguno investiga presencia o ausencia de patología previa al uso de Tamoxifeno y el 76,9% deriva a la paciente cuando es sintomática. Los métodos de evaluación de pacientes sintomáticas difieren, aunque siguen siendo los más usados la ecografía y biopsia endometrial.

## CANCER DE ENDOMETRIO

*Eliza Navarro-Claudia Fernández-Belén Velázquez-Francisco Perrotta-Oscar Centurión-Ingrid Rodríguez*  
*Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Ginecología*

**INTRODUCCION:** el cáncer de endometrio es una de las neoplasias malignas que más frecuentemente afecta a la mujer, en nuestro país es superado en frecuencia por el cáncer de mama y cuello uterino. Se describen 2 categorías las cuales tienen diferencia en su incidencia, tipo 1 y 2, el primero se caracteriza por la histología endometriode grado 1 y 2, representan el 80% de los casos, tienen pronóstico más favorable y son tumores sensibles a estrógenos, desarrollándose en un ambiente hiperestrogénico, pueden progresar de hiperplasias, el segundo grupo constituye el 10 a 20% de los tumores del endometrio, incluyen los tipos endometriode grado 3 y la histología no endometriode como seroso, mucinoso, células claras y otros tipos celulares, son de peor pronóstico y no están relacionados a estrógenos.

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas y demográficas de pacientes con cáncer de endometrio en el Servicio de Ginecología del Hospital Central de Instituto de previsión Social en el periodo de enero a diciembre 2016.

**MÉTODO:** Trabajo descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

**RESULTADOS:** Fueron evaluados 191 expedientes clínicos de pacientes oncológicos, de los cuales 28 fueron con diagnóstico de cáncer de endometrio en el periodo enero a diciembre

de 2016. El rango etario se encuentra entre 34 y 72 años con una edad media de 56,82±10,40 años con una mediana de 61,5 años y moda de 54 años. La frecuencia del cáncer de endometrio fue de 15%, ocupando el segundo lugar. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma tipo endometriode moderadamente diferenciado grado 2 con un 61% de los casos. Las patologías de base más frecuentes fueron la hipertensión arterial crónica en un 50% de las pacientes y la diabetes mellitus con un 14%. El 64 % de las pacientes son portadoras de obesidad. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma tipo endometriode moderadamente diferenciado grado 2 con un 61% de los casos.

**CONCLUSION:** el cáncer de endometrio es uno de los cánceres más frecuentes en nuestra institución, ocupando el segundo lugar en frecuencia después del cáncer de cuello uterino. El tipo histológicos más frecuente fue el adenocarcinoma tipo endometriode moderadamente diferenciado grado 2. Las patologías de base más frecuentes son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Más de la mitad de las pacientes son obesas.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO POST CESAREAS

*Piedad Martínez - Gladys Vázquez*  
*Hospital Nacional. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** La infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) se produce dentro de los 30 días después del procedimiento, de acuerdo con el tipo de ISQ podemos clasificar los siguientes criterios diagnósticos: infección del sitio quirúrgico superficial, infección del sitio quirúrgico profundo, infección del órgano o cavidad. El conocimiento epidemiológico de la ISQ en una institución junto con las características clínicas y demográficas de sus pacientes, es básico y permite establecer los riesgos para padecerla, permitiendo orientar acciones para disminuir los costos y optimizar la calidad de atención hospitalaria.

**OBJETIVO:** describir las características clínicas y demográficas de pacientes con infección del sitio quirúrgico post cesárea en el Hospital Nacional de Itauguá de enero del 2015 al 31 de diciembre del año 2016.

**METODOLOGÍA:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se estudiaron pacientes post operadas de cesáreas que presentaron con infección del sitio quirúrgico, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se incluyeron pacientes post operadas programadas y de urgencia, las variables estudiadas edad materna, presencia de comorbilidades maternas, tiempo operatorio, motivo de la cesárea, resultado de cultivo de bacteriológico de la secreción de herida operatoria. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas.

**RESULTADOS:** la tasa de cesáreas fue de 43% La tasa de infección del sitio quirúrgico fue de 1,57%, más frecuente en pacientes de 15 a 30 años, en cesáreas primarias y de urgencias, en fase inicial del trabajo de parto, con una duración del tiempo

quirúrgico promedio mayor a 30 minutos, resultaron ser pacientes con antecedentes de hipertensión 23 pacientes (59%).

**DISCUSIÓN:** Según la literatura la incidencia de infección de herida operatoria (ISQ) después de una cesárea varía entre 5 a 15 % dependiendo de las condiciones de cada región. La cantidad de casos de ISQ hallados en el estudio encuentran frecuencia de 1,57% de casos. Otros estudios realizados en mismo hospital en el año 2014 informa un 2,5% de infecciones. En Brasil, informan 1 y 7,2 % y en Ecuador la infección de la pared abdominal ocurre en 3-16 % de las operaciones cesáreas<sup>50</sup>. La presencia de comorbilidades como la hipertensión gestacional 59% y la diabetes 20% son datos que coinciden con la literatura, en estudios sobre la eficacia del control de infección nosocomial (Proyecto SENIC), la hipertensión, la diabetes gestacional y la pregestacional constituyen considerables factores de riesgo para ISQ en cesáreas 18, 48. Conclusión: la frecuencia de infección del sitio quirúrgico es de 39 casos (1,57%), en su mayoría cesáreas primarias y de urgencia.

**PALABRAS CLAVE:** cesárea, cesárea repetida, infección de la herida quirúrgica, infección puerperal, infección de heridas, infección hospitalaria.

## CARCINOMA DE CÉLULAS DE ANILLO DE SELLO QUE SE PRESENTA COMO METÁSTASIS EN EL CUELLO UTERINO: REPORTE DE UN CASO.

*Rocio Sarquis, Claudia Fernandez, Francisco Perrotta-Rafael Adorno-Mariella Nuñez-Vicente Bataglia*

*Hospital IPS Central. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**ANTECEDENTES:** La incidencia del adenocarcinoma cervical ha aumentado en las últimas décadas, se estima que representa aproximadamente el 25% de todas las neoplasias cervicales, la mayoría de los casos corresponden al adenocarcinoma de tipo endocervical representando el 80% de los casos. Otros tipos son el mucinoso puro, que incluye un tipo intestinal, variante de células en anillo de sello y otro subtipo importante, adenocarcinoma de desviación mínima (adenoma maligno). El carcinoma de células de anillo de sello primario del cuello uterino es raro, en la mayoría de los casos son metastásicos, por lo general de un tumor gástrico primario o con menos frecuencia, del colon, ovario o mama (3).

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 54 años de edad, menopausica, hipotiroidismo en tratamiento irregular, que acude a la consulta por crecimiento abdominal, acompañado de náuseas y vómitos, además refiere pérdida roja por vagina luego de un año del cese de la menstruación. Examen físico se constata abdomen globuloso, signo de la onda líquida, el examen genital revela un cérvix hipertrófico de coloración violácea orificio cervical externo circular, al tacto vaginal el cérvix desplazado anteriormente, consistencia duro-pétreo, fijo, paredes vaginales impresionan induradas en su tercio superior y al tacto rectal parametrios indurados. Se realiza barrido tomográfico donde se confirma tumoración que reemplaza a cérvix de 6x4 cm aproximadamente, la resonancia magnética habla de compromiso del

espesor del tejido fibroestromal, extendiéndose a parametrios, recto, e infiltración tumoral de las reflexiones peritoneales y líquido libre en cavidad abdominopélvica. Ovarios con folículos visibles. Posteriormente se realiza una toma de biopsia de exocervix y legrado endocervical donde no se observa proceso neoplásico maligno, por lo cual se decide en reunión clínica multidisciplinaria, un examen físico bajo anestesia, biopsia insinual en cuña de cérvix y nuevamente legrado endocervical cuya anatomía retorna Adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado (grado 3), células en anillo de sello. Posterior a ello se realiza endoscopia digestiva alta hallándose la lesión compatible con proceso neoplásico gástrico difuso más toma de biopsia con resultado fragmentos de adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado (grado 3) de tipo difuso (Lauren) que confirma tumor gástrico primario con diseminación a cuello uterino. Se plantea la posibilidad de cirugía gástrica más ostomía para inicio de quimioterapia pero las condiciones clínicas no favorables de la paciente no reúnan los criterios para dicho procedimiento quedando así para cuidados paliativos posteriores.

**DISCUSIÓN:** El tracto gastrointestinal, el ovario y mama son ubicaciones más comunes de neoplasias primarias. Ocasionalmente la metástasis es la primera manifestación de la enfermedad, en este caso presenta hemorragia de la pos menopausia que nos lleva a sospechar de un tumor primario de origen ginecológico, pero siempre debemos tener en cuenta la clínica predominante y sospechar de una neoplasia primaria como diagnóstico principal. Conclusión: La rareza de este caso nos plantea la posibilidad de investigar tumores primarios de tipos histológicos no frecuentes en el tracto genital femenino. Un diagnóstico oportuno, preciso y precoz nos llevaría a proporcionar mejores conductas terapéuticas mejorando así la calidad de vida de las pacientes.

## CARCINOMA METAPLÁSICO ESCAMOSO QUERATINIZANTE EN GLÁNDULA MAMARIA

*María Magdalena Benegas-Ingrid Rodríguez-Analía Arrúa-Claudia Fernández*

*Hospital Central del IPS. Servicio de Mastología*

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma metaplásico de mama es un tipo de neoplasia maligna infrecuente que conlleva dificultades tanto de diagnóstico como de tratamiento, así como una gran controversia entre autores respecto a su nomenclatura. La bibliografía es muy limitada y los estudios descriptivos publicados cuentan con un bajo número de casos, siendo difícil obtener conclusiones definitivas y extrapolables, especialmente a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

**CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de una paciente de 27 años, consulta por una tumoración en mama derecha, de aproximadamente 5 cm de diámetro con informe de ecografía mamaria BIRADS V, mamografía BIRADS 0, se procede a biopsia trucut de la lesión, cuyo informe histopatológico concluye carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado grado II, RE + RP + HER 2 NEU no amplificado. Recibió tratamiento

multimodal con quimioterapia neoadyuvante seguida de mastectomía y quimioterapia complementaria. El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria informa Carcinoma escamoso queratinizante metastásico a tres de 14 ganglios axilares. Doce meses posteriores a la cirugía, la misma presenta sobre cicatriz de mastectomía tumoración de crecimiento rápido, 15 cm de diámetro aproximadamente, necrótica, fácilmente sangrante y con mala respuesta al tratamiento sistémico. Evolucionó con metástasis pulmonares y recurrencia local masiva. Falleció por complicaciones derivadas de la enfermedad.

**DISCUSIÓN:** La revisión de la literatura sugiere que los tumores escamosos metaplásicos primarios de la mama son grandes (algunos han llegado a alcanzar 13 cm de diámetro), a menudo se trata de lesiones quísticas que en ocasiones pueden confundirse con abscesos mamarios. No hay estudios que demuestren la utilidad de tratamiento complementario con quimioterapia y radioterapia. Aunque hay algunos casos publicados en los que se ha utilizado quimioterapia complementaria, no se pueden extrapolar conclusiones debido al bajo número de casos estudiados. Hasta no disponer de estudios randomizados que valoren la utilidad del tratamiento complementario, la tendencia es la de tratar estos tumores como el resto de carcinomas de mama.

**CONCLUSIÓN:** Los carcinomas metaplásicos de la glándula mamaria son padecimientos sumamente raros. Debido a la naturaleza de la enfermedad y su forma de presentación el pronóstico es pobre.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer de mama, escamoso queratinizante, carcinoma metaplásico

## DESPRENDIMIENTO DE RETINA COMO MANIFESTACIÓN DE PRE ECLAMPSIA SEVERA. REPORTE DE CASO

*Cesar Maldonado-Raquel Segovia*

*Hospital Nacional de Itaugua. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** La pre eclampsia produce trastornos visuales del 30-100%, los efectos de la hipertensión sistémica en el segmento posterior del ojo se describen bajo los encabezamientos de coroidopatía, retinopatía y edema hipertensivo del disco óptico. Los síntomas de un desprendimiento de la retina pueden incluir: un aumento repentino en el tamaño y el número de manchas flotantes, una repentina aparición de centelleos, una sombra en la periferia del campo visual, una cortina gris en movimiento en medio del campo visual.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Primigesta de 27 años de edad, gestante de 34 semanas, ingresa por presión arterial de 140/100, niega signos y síntomas de vaso espasmo, se interrumpe el embarazo por alteración del bienestar fetal. Los hallazgos quirúrgicos fueron desprendimiento normoplacentario del 30%, placenta pequeña microcalcificada con cordón fino, recién nacido de bajo peso (1.550gr) con restricción del crecimiento intrauterino. En el posoperatorio presenta cifras tensionales elevadas, con sistólica de 170 mm Hg y diastólica de 110 mm Hg, con disminución de la agudeza visual. Se realiza exámen

de fondo de ojo, donde informa: se observa un vítreo claro en ambos ojos, papila con bordes netos, retina pálida con exudado subretinianos granulares que abarcan todo el polo posterior. Diagnóstico de desprendimiento de retina exudativo bilateral de etiología hipertensiva. Manejo: optimizar presión arterial. Evolución: luego de 12 días de internación, con presión arterial estable, el control oftalmológico informa: retina re aplicada con recuperación completa de la agudeza visual.

**DISCUSIÓN:** las alteraciones oculares que se presentan en patologías asociadas al embarazo, las más comunes y serias son las que ocurren durante el mismo; se observan durante la pre eclampsia o en la eclampsia. La severidad de las alteraciones de retina depende del grado de hipertensión arterial, cuando la presión diastólica alcanza 100 mm de Hg, las tres complicaciones visuales más comunes son la retinopatía hipertensiva, el desprendimiento de retina exudativo y la ceguera cortical, asociadas posiblemente a la preexistencia o coexistencia de enfermedades vasculares sistémicas. La paciente del caso presentó diastólica de 100 mm de Hg, con síntomas visuales predominantes. La gravedad de la pérdida visual es variable, desde casos con una visión de cuenta dedos, como sería nuestro caso, hasta la ceguera completa transitoria. La recuperación visual completa varias semanas tras el parto, es la norma. La actitud debe ser por tanto expectante con controles periódicos y son innecesarios los procedimientos invasivos adicionales.

**CONCLUSIÓN:** las alteraciones oculares asociadas con enfermedades relacionadas al embarazo como la pre eclampsia severa, la recuperación visual es completa varias semanas tras el parto, y una vez estabilizada la PA.

**PALABRAS CLAVES:** retina, enfermedades de la retina, desprendimiento de retina, eclampsia, pre eclampsia.

## DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO PRENATAL DE SIRENOMELIA: A PROPÓSITO DE UN CASO PRENATAL

*Ángel Canás - Cynthia Duarte - David Romero - Oscar Atope*

*Hospital Materno Infantil San Pablo. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** Gestante de 30 años, con 2 gestaciones, no hipertensa, no diabética, hipotiroidea en tratamiento con T4, remitida para estudio ecográfico a las 18.1 semanas, constatándose: estructuras fetales: Corazón: septum I-V: con defecto de 16 mm en la zona perimembranosa, no se visualiza la cruz cordis (canal A-V?), septum primum difícil de visualizar, Vena cava inferior: no se identifica (Agenesia?). Abdomen: estómago: no se visualiza, riñones: no se visualizan (agenesia bilateral). Vejiga: no se visualiza. Cordón umbilical: arteria umbilical única. Miembro inferior: forma una estructura única correspondiente a la fusión de las extremidades inferiores. Dentro del mismo se visualizan: fémur derecho e izquierdo seguido de 2 huesos (Tibia?). se visualiza pie que impresionan estar fusionados visualizándose varios dedos (6?) Todo lo citado compatible con Sirenomelia. Columna vertebral: no se identifica

el sacrococccis. la curvatura de la columna está en xifoescoliosis marcada. La columna lumbar impresiona ser hemivertebrera. Sexo: difícil de identificar genital externo. Líquido amniótico: oligohidramnios severo . Restricción del crecimiento uterino simétrico. Sometida a cesárea a las 36 semanas por presentarse en trabajo de parto, anhidramnios y alteraciones en la morfología fetal. Se obtiene recién nacido vivo. APGAR: 5/6. Peso: 1610g. Talla 38 cm. Perimetro cefálico: 29. En su examen físico se observa que todo el hemiabdomen inferior se continúa con un miembro único que termina con 2 pies fusionados con visualización de los dedos. Ausencia de genital externo. Ano imperforado. La radiografía del recién nacido muestra columna vertebral con xifoescoliosis dorso lumbar, disminución en la osificación de las vértebras lumbares inferiores (hemivértebra), falta de desarrollo óseo del segmento sacrococcigeo. En miembro inferior se identifican 2 fémures, 2 tibias. Fallece a 108 min post nacimiento. El estudio cromosómico, dio como resultado Cariotipo: 46XX.

## DIAGNOSTICO PRENATAL DE NEUROBLASTOMA RETROPERITONEAL. REPORTE DE UN CASO

*Rossana Mabel Esteche Morel*

*Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya. Servicio de Perinatología*

**RESUMEN:** El neuroblastoma es un tumor del sistema nervioso simpático que procede de la cresta neural, de origen desconocido. Dada la variabilidad en su evolución, se considera al neuroblastoma uno de los tumores más enigmáticos.

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores neuroblásticos son tumores embrionarios del sistema del sistema nervioso simpático, derivan de la cresta neural y surgen en la médula adrenal, ganglios simpáticos paravertebrales y sistema simpático para ganglionar. Constituye el 20 % de los tumores neonatales, incidencia de 0,1/100000 nacidos vivos/año. **Materiales y Métodos:** Paciente de 37 años nulípara cesareada anterior de 33 semanas con diabetes gestacional acudió al servicio de perinatología para control ,constatándose imagen nodular sólida en contacto con el borde inferior del riñón derecho sin vascularización visible al doppler color ,cuyas dimensiones fueron de 39 mm por 18 mm sugiere en primera instancia neuroblastoma o secuestro pulmonar extra lobar infra diafragmático, demás estructuras fetales normales , realizándose controles ecográficos periódicos hasta el nacimiento , las dimensiones han disminuido con respecto al primer control con medidas antes del nacimiento de 20 por 15 mm. Cesárea a las 39 semanas, masculino, Apgar 9/9, 3680 gramos .La exploración abdominal fetal se palpa masa de consistencia firme en flanco derecho de 2 por 1 cm, el resto de la exploración por aparatos normales. En la ecografía abdominal postnatal se observó masa, sólida hiperecogénica, bordes regulares en el polo inferior del riñón derecho de 26 por 16 mm. La TAC contrastada abdominal evidenció masa hipodensa con alguna zona periférica captadora

de contraste, sin adenopatías retroperitoneales. Los exámenes complementarios : analítica sanguínea niveles de ferritina 120 ng/ dl normal, alfafetoproteínas y beta HCG con valores elevados, LDH y la analítica básica normal, en orina 24 hs ,el ácido vanilmandélico de 21,6 mg/ L y el ácido homovalínico de 1,3 mg / L (VN: mayor a 1) La radiografía del tórax, ecocardiografía, ecoencefalo y la punción de la medula ósea resultaron normales. La angioponancia evidenció imagen de 19 mm localizado a nivel de L 2 y L 3 retroperitoneal con señal hipointensa, sin realce importante posterior a la inyección, de probable origen ganglionar.Exceresis total del tumor a los 40 días de vida, anatomía patológica sugiere probables diagnósticos de Neuroblastoma, rdbdomiosarcomas , linfomas y leucemias. La inmunoistoquímica determinó el diagnóstico de neuroblastoma

**DISCUSIÓN:** Se han descrito pocos casos de neuroblastoma prenatalmente, poco frecuente por la baja incidencia y dificultad diagnóstica, el desarrollo de sistema nervioso simpático, tiene lugar en semana 18 y 20 de gestación, por lo que la ecografía del segundo trimestre es normal en la mayor parte de los casos, y el diagnóstico generalmente se realiza en el tercer trimestre. **Conclusión:** El diagnosticarlo prenatal es raro, tiene alta tasa de morbimortalidad por el riesgo metastásico, la detección oportuna y tratamiento precoz es decisiva para un pronóstico favorable.

**PALABRAS CLAVES:** Neuroblastoma, retroperitoneal, diagnóstico prenatal.

## DISPLASIA EN LA FORMACIÓN DE LA ARBORIZACIÓN PULMONAR FETAL A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

*Adriana Lopez- Gustavo Ortiz.*

*Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya. Servicio de Ecografía*

**ANTECEDENTES:** La evaluación ecográfica del tórax puede ser llevada a cabo a través de cortes sagitales y coronales complementarios, más fácilmente entre las 25/26 semanas de gestación. Después de este periodo, aumenta la mineralización de las costillas que lleva a un aumento significativo de la sombra acústica, que limita la visualización de los órganos torácicos. Aun así, se debe enfatizar que un buen número de anomalías torácicas, pueden aparecer en el tercer trimestre o por lo contrario, pueden desaparecer o disminuir antes del nacimiento. Por todo lo dicho, lo recomendado es realizar una pesquisa inicial entre las 12-14 semanas de gestación, si es encontrada una anomalía torácica, debe ser seguida hasta el tercer trimestre. En este trabajo hablaremos específicamente de las Displasias que atañen la arborización pulmonar que son: la Malformación Adenomatosa Quística, el Secuestro broncopulmonar y el quiste broncogénico. **Caso clínico:** Gestante de 23 años de edad con antecedentes de buena salud. A las 22 semanas de gestación, durante la realización del ultrasonido se constata imagen hipocogénica yuxtacardiaca a lado del ventrículo



izquierdo, de bordes irregulares, contenido homogéneo que mide 27x15 mm. Se establece el diagnóstico presuntivo de Hernia diafragmática izquierda (HDI), a las 25 semanas se visualiza imagen hipocogénica persistente en tamaño y ubicación, pero se constata además la membrana diafragmática por debajo indemne; y se demuestra el estómago por debajo de este; se visualiza la lesión, lateralizada a la izquierda de la línea media y al doppler color no se visualiza arteria anómala. No se presentó ninguna otra alteración fetal; por lo que se realiza el diagnóstico presuntivo de Malformación Adenomatosa Quística (MAQ) del tipo I. Se realizaron posteriormente controles por ecografía del feto que demostró que la lesión no cambió de tamaño ni posición ni desplazó órganos. La interrupción tuvo a cabo a término. Discusión: El diagnóstico diferencial se debe hacer con una hernia diafragmática congénita, la cual se descartó por las características de la lesión, la integridad del diafragma; también puede semejar un secuestro pulmonar, aunque este tiende a asociarse con derrame pleural, polihidramnios o hidrops o incluso, con un quiste broncogénico pero este es generalmente pequeño, único y situado cerca de la línea media. El pronóstico de esta entidad depende de la presencia de hidrops fetal, malformaciones asociadas, extensión y tipo anatomopatológico de la lesión. La MAQP es una entidad rara; que representa el 25 % de las malformaciones congénitas pulmonares. Conclusiones: Las Displasias pulmonares fetales conforman un espectro de patologías que en la práctica es difícil de diferenciar y es importante pues influyen en el pronóstico y en el tratamiento de ese niño una vez que nazca. Es importante siempre realizar la pesquisa de las displasias en edades gestacionales tempranas, y realizar su seguimiento, ya que influyen en el bienestar fetal y pueden orientar a que edad gestacional es preciso interrumpir el embarazo.

**PALABRAS CLAVES:** Displasia pulmonar, Feto, Embarazo, Malformación adenomatosa quística, Quiste Broncogénico, Secuestro Pulmonar.

## EMBARAZADAS Y SUS CREENCIAS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y AUTONOMÍA DE LA MUJER. ESTUDIO COMPARATIVO.

<sup>I</sup>Arrom Suhurt Carmen Marina, <sup>II</sup>Fresco María Del Pilar, <sup>III</sup>Arrom María Auxiliadora, <sup>IV</sup>Arrom Cristina, <sup>V</sup>Ruoti María Mónica, <sup>VI</sup>Galeano Alexandra, <sup>VII</sup>Orrego Belén, <sup>VIII</sup>Pérez Mara, <sup>IX</sup>Ruiz Vanessa <sup>X</sup>Ruoti Miguel

*I CEDIC Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica, Paraguay / II Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción (UCA) / III IICS Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay / IV San Diego & Saint Catherine School*

**RESUMEN:** Se analizaron afirmaciones y creencias sobre violencia de género y autonomía de la mujer en dos poblaciones consultantes de hospitales públicos. Estudio retrospectivo, de

fuentes secundarias y muestreos consecutivos: 1049 mujeres (estudio 2001) y 100 (estudio 2010). Cuestionario anónimo completado por estudiantes de psicología. Población entre 18 y 35 años, 88,4% Estudio I y 85% Estudio II. Compra de alimentos recae en mujeres 44,4% en EI y 66 % en EII; compra electrodomésticos, ambos 37,9%, mujer 27,4%, hombre 25,5% en EI y en EII hombre 51%, mujer 29%, ambos 14%. Compra vestuario mujer 40,4%, EI, ambos 37,8% en EII mujer 50%, 30% ambos. Decisión relaciones sexuales, 57,8% ambos en EI, 70,7 % en EII. "Quién te quiere te aporrea" 48,7% del EI tuvo desacuerdo y total desacuerdo, 89% en EII. La obediencia de la mujer al marido, en EI totalmente de acuerdo 18,2%, 16% en desacuerdo y total desacuerdo. En EII 0% totalmente de acuerdo y 84% en desacuerdo y total desacuerdo. Si a una mujer el marido le golpea, por algo será, 7,2% EI totalmente de acuerdo, 34,6% en desacuerdo y total desacuerdo; en el EII 0% totalmente de acuerdo y 84% en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, entre otros. Ambas poblaciones vulnerables para sufrir violencia de pareja; aumenta autonomía y capacidad de mujeres para tomar decisiones y disminuye aceptación de violencia de género del primero al segundo estudio, aunque persisten afirmaciones que hacen tomar con cautela los avances.

**PALABRAS CLAVE:** violencia de género-autonomía de la mujer-creencias-factores de riesgo.

## EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA PREVIA. REPORTE DE CASO

*Jorge Arce- Ricardo Ochoa- Henry Brites- Fatima Duarte- Alejandro Martinez- Diego Salgueiro- Deisy Gamarra*

*Hospital General de Luque. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** En las últimas décadas, la cesárea se tornó la cirugía más realizada en varias regiones del mundo. Como consecuencia, el aumento de complicaciones graves imputada a su crecimiento global. En los últimos años se reporta sobre una nueva complicación a largo plazo de la cesárea que consiste en la implantación embrionaria anómala en el útero en portadoras de cicatrices de cesáreas previas: embarazo ectópico en cicatriz de cesárea también citada en la literatura como embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, embarazo ístmico o simplemente embarazo en cicatriz de cesárea. El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea se considera una afección potencialmente mortal. La invasión del miometrio puede conducir a sangrado uterino masivo. Se reporta un caso clínico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa en el Hospital General de Luque, Departamento Central, República del Paraguay.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 24 años de edad, con dos años de amenorrea (G2 C2), Ingresó al hospital, con un cuadro de 48 horas de dolor en hipogastrio tipo cólico y sangrado transvaginal en escasa cantidad, negrozco. En admisión, la paciente se encontraba en buen estado general, lúcida, con hemodinamia

estable, afebril. Palpación abdominal, doloroso en hipogastrio y a la descompresión. El examen con espejito se observa sangrado negruzco escaso. Al tacto vaginal y vagino abdominal útero en retraversión, doloroso en todos los fondos de saco vaginales, cuello uterino sin modificación. Se realiza laboratorio de urgencia que informa, BhCG positivo 23.619 m UI/ml y resto de los parámetros normales. La ecografía transvaginal informa: solución de continuidad en miometrio anterior con presencia de imagen heterogénea de aproximadamente de 31 x 19 x 24 mm, la cual se ve limitada en su porción anterior por lo que impresiona corresponder al peritoneo visceral, con probable dehiscencia parcial de la cicatriz de cesárea. Anexos sin imágenes patológicas. Fondo de saco posterior vaginal libre. Impresión diagnóstica: embarazo ectópico complicado. Plan laparotomía exploradora. Se realiza laparotomía exploradora donde se constata dehiscencia total e incompleta de cicatriz anterior, ocupada por tumoración violácea contenida por peritoneo, se procede a apertura del mismo, drena secreción hemática achocolatada, identificación y rafia de los bordes del miometrio, hemostasia dificultosa por lo que se procede a histerectomía. Finaliza cirugía sin complicaciones. Paciente egresa en buenas condiciones. Resultado anatomopatológico: endometrio secretor, con células sincitiales, extensa hemorragia y exudado fibrinoso compatible con restos ovulares.

**CONCLUSIÓN:** El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea sigue siendo la forma más rara de embarazo ectópico, su incidencia está en aumento debido a las altas tasas de cesáreas. Si el diagnóstico se retrasa, existe un alto riesgo de hemorragia grave y muerte. Se reporta un caso exitoso debido al diagnóstico precoz con una concordancia diagnóstica: clínico-laboratorial-ecográfico y manejo quirúrgico sin complicaciones, corroborado con el resultado histopatológico.

**PALABRAS CLAVES:** -cicatriz de cesárea previa- ectópico.

## EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS COMPLICACIONES MATERNO-FETALES. HOSPITAL REGIONAL DE ENCARNACIÓN 2016

*Fernando Ferreira Cyncar*

*Facultad de Medicina-UNL. Departamento de investigación*

**INTRODUCCIÓN:** se define adolescencia como el periodo de tiempo que transcurre entre 10 y 19 años de edad. Es quizá el problema de mayor relevancia en términos de salud y social por los riesgos y consecuencias que representa. Objetivos: Determinar la frecuencia de embarazos adolescentes; Detallar nivel educativo; Clasificar el tipo de control prenatal; Evaluar la vía de terminación del parto; Describir las complicaciones tanto maternas y fetales; Analizar la relación existente entre pacientes adolescentes y adultos con las variables; complicaciones maternas y fetales.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo con componente analítico. Lugar: Servicio de Maternidad HRE de Enero a

diciembre del 2016. Muestra: adolescentes embarazadas que acuden al servicio y tuvieron la resolución del embarazo en dicho sitio.

**RESULTADOS:** La frecuencia de embarazos adolescentes fue del 30%; El nivel educativo de las pacientes fue: primaria 62%, En cuanto al control prenatales: Nulo: 4%; Insuficiente 50% y Optimo 46%; la frecuencia de cesáreas fue 44%; El 58% de los embarazadas presentaron complicaciones materno-fetales.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de embarazos adolescentes fue elevada; el nivel educativo bajo. Los controles prenatales insuficientes; Las adolescentes se destacan por un aumento de la probabilidad del desarrollo de embarazos de pre término, recién nacidos pequeños para la edad gestacional y óbitos fetales.

**PALABRAS CLAVES:** Edad, paridad, puntaje o índice de APGAR. Parto o Cesárea.

## EMBARAZO MÚLTIPLE CON MUERTE DEL SEGUNDO GEMELAR

*Gabriela Arévalos - Josefina Jara - Guillermo Ramalho*

*Hospital de Clínicas. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** La muerte de un feto en embarazo gemelar ocurre hasta en un 6% trayendo repercusiones renales, cerebrales y hepáticas post nacimiento. Las consecuencias son más graves para los monocoriales. Las causas de este acontecimiento serían fetales, materna y ovulares; llegando hasta un 25% de causas desconocidas. La madre puede afectarse por la transferencia de tromboplastinas desde el feto muerto, esto activa la cascada de coagulación en la vía extrínseca y lleva al consumo de plaquetas y factores. La hipofibrinogenemia alcanza un pico máximo a las 4 semanas del óbito fetal, y se normaliza a las 48 horas post parto. Controles ecográficos quincenales con doppler son mandatorios para valorar crecimiento fetal y líquido amniótico. No se recomienda finalizar la gestación antes del término no sea se presenten criterios maternos u obstétricos.

**PACIENTE:** Paciente de sexo femenino, 31 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial crónica; antecedentes gineco-obstétricos: gestas previas: 1, cesáreas: 1, partos: 0, abortos: 0; hijo vivo aparentemente sano. Embarazo controlado, sin patología cursante durante el mismo. La ecografía de marcadores cromosómicos demostró: gestación intrauterina gemelar bicorial biamniótica estimada en 12 semanas para el primer gemelar y 12,1 semanas para el segundo gemelar. Ecografía morfológica: Primer gemelar: anatomía fetal aparentemente normal. Sexo masculino. PFE: 618 gramos. BM: 6,7 cm, líquido amniótico en cantidad aumentada. Doppler de arteria umbilical normal, 23,2 semanas. Segundo gemelar: anatomía fetal aparentemente normal. Sexo masculino. PFE: 307 gramos. BM: 3,7 cm, líquido amniótico disminuido. Doppler de arteria umbilical: diástole invertida, 19,6 semanas. Ecografía obstétrica: Primer gemelar: PFE: 1376 gramos, 29,3 semanas. BM: 7,9 cm aumentado para edad gestacional. Doppler de arteria umbilical en rango normal. Segundo gemelar: PFE: 423 gramos.

21,6 semanas. BM: 2,2 cm, disminuido para edad gestacional. Doppler de arteria umbilical: diástole 0. Ecografía obstétrica: Primer gemelar: PFE: 1875 gramos. 31,4 semanas. BM: 7,6 cm, doppler de arteria umbilical normal. Segundo gemelar: no se constató actividad cardíaca. PFE: 446 gramos. Anhidramnios. Ecografía obstétrica: Gestación viva estimada en 36,2 semanas. PFE: 2920 gramos. ILA: 23,4 cm, aumentado. Doppler de arteria umbilical y ACM en rango normal. Se realizaron controles laboratoriales semanales desde la confirmación del óbito de uno de los gemelares, todos dentro del rango normal.

**RESULTADOS:** En la semana 37 de gestación se interrumpe el embarazo por cesárea abdominal segmentaria arciforme, se dio nacimiento a primer gemelar vivo, sexo masculino, 3290 gramos, 39 semanas estimadas por Capurro. APGAR: 08/09, talla: 50 cm. Se extrae segundo gemelar sin signos de vida, aspecto papiráceo, 240 gramos, sexo masculino, se constata líquido amniótico turbio, espeso. Madre y RN son dados de alta 48 horas postoperatorio sin complicaciones.

**CONCLUSIÓN:** El óbito de un gemelar puede llegar al 6%; las repercusiones de la muerte podrían presentarse como parálisis cerebral. Las causas serían fetales, maternas y ovulares agregándose causa desconocida. La madre cursa con hipofibrinogenemia por lo que el seguimiento laboratorial es estricto. Deben realizarse controles ecográficos incluyendo doppler valorando crecimiento fetal.

## ENDOMETRIOSIS CON TRANSFORMACION MALIGNA

*Rosio Mabel Nuñez Franco*

*Hospital Central IPS. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCION:** la endometriosis es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina el diagnóstico de certeza se realiza por medio de la anatomía patológica y afecta con mayor frecuencia la superficie ovarica y peritoneal. los criterios para el diagnóstico de cáncer a partir de endometriosis incluyen: 1) presencia de tejido endometrial canceroso, y benigno en el mismo ovario; 2) cáncer que surge en tejido ovárico endometrial y no metastásico; 3) relación histopatológica entre los componentes invasor y benigno asociados a la endometriosis. utilizando estos criterios solo 0.7 a 1.6 % de todos los casos de endometriosis presenta una transformación maligna se ha comprobado que la endometriosis es una lesión precursora de cáncer de ovario epitelial, sin embargo, los pasos en la transformación maligna de endometrio ectópico todavía necesitan ser comprendidos. descripción del caso: paciente de 38 años. menarca: 14 años. gesta: 02. c:01. a:01 antecedentes patológicos personales: dm antecedente oncológicos familiares: 01 hno con ca de estomago consulto por hua, dismenorrea y deseos de gestación en el año 2015, por lo que se realizo exámenes de rutina lo cual informo en ecografía tv tumor anexial izquierdo y ca 125:229.3, se realiza en el año 2015 histeroscopia diagnostica por hemorragia uterina anormal con resultado de anatomía patológica: endometrio proliferativo sin atipias ni hiperplasia. en el 2016 se realiza una histeroscopia

diagnostica + legrado bipsico fraccionado con anatomía patológica: mucosa escamosa con infiltrado inflamatorio agudo y cronico. endometrio secretor. estroma marcados cambios deciduoides. no se observa proceso neoplásico maligno. en el 2017 se realiza una adhesiolisis + salpingectomía izquierda + hidrocromotubación por vía laparoscópica por tumor anexial bilateral con marcadores tumorales elevados con resultado de anatomía patológica que informa trompa uterina con cambios de salpingitis crónica moderada. además quiste seroso paratubarico. fragmentos de trompa uterina con cambios de salpingitis crónica leve no se observa proceso neoplásico maligno. en el 2018 se realiza una laparotomía exploradora con extemporánea con resultado de anatomía patológica que informa adenocarcinoma de tipo endometriode originado en un quiste endometrioso de ovario izquierdo.

**CONCLUSION:** la transformación maligna de la endometriosis ocurre principalmente en el ovario, aunque también puede tener un origen extra ovarico. el tumor más frecuentemente encontrado es el carcinoma endometriode, seguido por el de células claras según algunas investigaciones.. podemos concluir que esta entidad, aunque es rara y de evolución lenta debe ir acompañada de un seguimiento minucioso, y debemos tener en cuenta a la hora de instaurar un tratamiento de la paciente, ya que existe una correlación entre endometriosis y cáncer de ovario.

## ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS

*Gilberto Sosa -Gladys Vázquez*

*Hospital Nacional De Itauguá*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad trofoblástica gestacional es una patología que comprende un grupo de condiciones relacionadas con el embarazo, mismas que se derivan del tejido trofoblástico placentario después de la fertilización normal o anormal; cuya forma más benigna se encuentra representada por la mola hidatiforme y en contraposición con ésta encontramos el coriocarcinoma; caracterizándose todas ellas por la hipersecreción de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$  hCG).

**OBJETIVO** determinar la frecuencia, características epidemiológicas y clínicas de enfermedad trofoblástica gestacional atendidas en el Depto. de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Itauguá durante 4 años (2014-2017).

**METODOLOGÍA:** observacional, descriptivo, transversal retrospectivo. Pacientes con diagnóstico clínico de la presencia de vesículas en material de aspirado y/o resultado anatomopatológico para enfermedad trofoblástica gestacional. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

**RESULTADOS:** la frecuencia fue 52 (0,42% casos) de enfermedad trofoblástica gestacional. En el año 2016 se encontró el mayor porcentaje de casos de embarazo molar, el mayor porcentaje se observo en mujeres de 21-30 años, antecedente de

enfermedad trofoblástica en 10%, presentaron sangrado vaginal acompañado de dolor abdominal. Presentaron hiperémesis gravídica 13%, hipertiroidismo 11%, pre eclampsia 13%. 4 casos de mola toxica con de hipertiroidismo, pre eclampsia, un caso de coriocarcinoma metastásico con hemorragia cerebral e intestinal.

**DISCUSIÓN:** 52 casos de enfermedad trofoblástica gestacional, los casos representan el 0,42 % de pacientes atendidas en esta área; cifra mayor a la encontrado en un estudio similar realizado durante el año 2016 en el del Hospital Vicente Corral Moscoso de Ecuador, encontraron 50 casos que corresponden al 0,14 %, la media de edad de las pacientes fue de 28,38 años, la edad mínima de presentación de 16 años y la máxima de 55 años, nulíparas. Los hallazgos clínicos en el momento del diagnóstico se reportó la presencia de sangrado transvaginal como el signo más común acompañados de dolor en un 61 %, concuerda con los datos encontrados en la literatura internacional, como el publicado en la revista Journal of Chitwan Medical College por JP Deep y colaboradores con sangrado vaginal como el signo más común de la enfermedad trofoblástica en el 90 % de los casos. La hiperémesis gravídica se presentó en el 13 % de nuestras pacientes, la literatura frecuencias mayores de hiperémesis en la enfermedad molar. El examen anatomopatológico fue de mola hidatiforme completa, 2 casos de mola parcial, 1 de coriocarcinoma y 1 caso de mola invasora confirmados por estudio anatomopatológico. Se observaron 4 casos de mola toxica con de hipertiroidismo, pre eclampsia. Requirieron ingreso a terapia intensiva dos pacientes un caso de tormenta tiroidea y hemorragia por metástasis de coriocarcinoma que falleció

**CONCLUSIÓN:** 52 casos con diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional la mola hidatiforme completa en un 92%, una muerte por hemorragia coriocarcinoma metastásico.

**PALABRAS CLAVES:** mola hidatiforme, mola hidatiforme invasivo, coriocarcinoma, crisis tiroidea.

## ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

*Laura Amarilla - Vicente Bataglia - Fabian Martins - Nathalia Toñanez - Viviana Viveros- Guido Zayas*

*Hospital de Clinicas. Catedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**RESUMEN:** La enfermedad trofoblástica gestacional se define como complicación poco común de gestación, caracteriza por una proliferación anormal del tejido trofoblástico. Clínica: Sangrado vaginal, altura uterina mayor a la esperada para la edad gestacional, hiperémesis, toxemia, hipertiroidismo, quistes tecaluteinicos. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de Enfermedad Trofoblastica Gestacional.

**CASO CLINICO:** L.A. femenino, 18 años, sin patología conocidas. M: 13 años, RM: 30/4. FUM: 13/01/18. G:0 P:0 A:0 C:0. Consulta por crecimiento abdominal de 15 días de evolución según refiere, acompañada de diarrea, vómitos. Niega fiebre, tos y otros síntomas acompañantes. Al examen físico: PA: 140/80 FC: 165X' FR: 22X' T: 37°C SatO2: 98%. Se constata abdomen globuloso, se palpa útero aumentado de tamaño que impresiona del 6to

mes. Se realiza ecografía ginecológica combinada: útero en AVF, aumentado de tamaño, cavidad uterina ocupada por múltiples imágenes sin señal vascular al Doppler color, sugestivo de mola hidatiforme completa. Ovarios aumentados, aspecto multiloculares, sugestivos de quistes tecaluteinicos de hasta 9.1 mm. BHCG cuantitativo  $\geq$  225.000 mUI/ml. TSH: 0.0067 uUI/ml. Protienuria ++. Diagnósticos: -Enfermedad trofoblastica gestacional: Mola Completa. -Hipertiroidismo sin tratamiento -Preeclampsia leve. Se realiza legrado aspirador corroborado bajo pantalla ecográfica: 4500 cc de material hemático con vesículas. Anatomía Patológica: Enfermedad trofoblastica gestacional: Mola Parcial.

**DISCUSION:** La enfermedad trofoblástica gestacional se define como una proliferación anormal del tejido trofoblástico, puede ser benigna o maligna. La benigna se clasifica en: completa y parcial. La completa suelen ser diploides, de origen paterno, con cariotipo de 46XX y con aproximadamente un 30% de riesgo un tumor persistente. La parcial es triploide, con cariotipo de 69XXY, puede tener tejido fetal y con un 5% de riesgo de enfermedad persistente. Presentación clínica: Sangrado vaginal, altura uterina mayor a la esperada para la edad gestacional, hiperémesis gravídica, toxemia gravídica, hipertiroidismo, quistes tecaluteinicos, embolización trofoblástica sanguínea. El riesgo de Neoplasia Trofoblástica Gestacional es de aproximadamente 15 si no cursa con factores de riesgo, pero asciende al 30% si presenta alguno de los siguientes: • hCG sub  $\beta$  mayores de 100.000 IU/Lt. • Crecimiento uterino exagerado para la EG. • Quistes tecaluteinicos > 6 cm. • Edad menor de 20 años y mayores de 40 años. Al confirmar el diagnóstico se debe obtener pruebas de grupo sanguíneo, hematocrito, pruebas de función tiroidea, hepática y renal y radiografía de tórax. La dilatación y curetaje es el método de elección de tratamiento. En pacientes con paridad satisfecha la histerectomía es una buena opción. El monitoreo postquirúrgico con valoración de la hCG es estrictamente necesario.

**CONCLUSION:** La enfermedad trofoblástica gestacional posee un amplio espectro de severidad, el riesgo de progresar a Neoplasia Trofoblástica Gestacional es significativo (30%) si cursa con factores de riesgo, el monitoreo postquirúrgico con valoración de la hCG sigue siendo estrictamente necesario.

**PALABRAS CLAVES:** mola hidatiforme, sangrado vaginal, legrado uterino, hipertiroidismo, pre-eclampsia

## FRECUENCIA DE COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES ADVERSAS POS PARTO VAGINAL EN RECIÉN NACIDOS MACROSÓMICOS

*Diana Jara - Gladys Vázquez*

*Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** Los riesgos maternos asociados a macrosomía fetal incluyen lesión del canal del parto, hemorragia postparto. Los fetos macrosómicos tienen un riesgo incrementado de traumatismo al nacimiento, puntaje Apgar bajo igual o menor a 6 puntos.

**OBJETIVO:** Describir los resultados maternos y neonatales



de mujeres con recién nacido de peso igual o mayor a 4000gr pos parto vaginal atendidas en el Hospital Nacional De Itauguá durante 2 años (2014-2016).

**DISEÑO:** Descriptivo comparativo retrospectivo, con componente analítico.

**RESULTADOS:** 9.237 nacidos vivos, de los cuales 204 (2,2%) recién nacidos con peso igual o mayor a 4000 gramos participaron del estudio. Entre las complicaciones maternas predominó los desgarros de partes blandas 135 (66,2%), atonía uterina 5(2,5%). El peso de los recién nacidos fue de 4198±217 gramos con un rango de 4.000 a 5.050 gramos. Las complicaciones neonatales fue el Apgar al primer minuto de  $\leq 6$  puntos 49 (24,1%), distocia de hombro 9 (0,04%). El riesgo de presentar Apgar igual o menor a 6 puntos en niños macrosómicos con distocia de hombro fue de OR: 12,7 (2,29-12,7) p: 0,0005 estadísticamente significativo.

**DISCUSIÓN:** la frecuencia de macrosomía fetal fue de 2,2%; similares a estudios publicados que informan frecuencias entre 3,8-5,5% en países Latinoamericanos como Venezuela, Brasil y México, la edad materna con hijos macrosómicos fue de 20 a 35 años. La complicaciones maternas fueron desgarros de partes blandas (66,2%); los trabajos publican complicaciones similares con estadísticas significativas  $p < 0,05$  (2,27) y la atonía uterina que se presentó en el 2,5%, se publican informes donde indican que la hemorragia posparto se asoció significativamente con la macrosomía fetal  $p=0.01$ . Los fetos macrosómicos presentan un mayor riesgo de trauma obstétrico como distocia de hombros, la puntuación de Apgar bajos nacer y aumento de la tasa de ingreso en la unidad de cuidados del recién nacido (31). La macrosomía fetal es una condición de mayor riesgo para presentar bajo puntaje Apgar al primer minuto del nacimiento, en un artículo publicado por Alvornoz et al evaluó el riesgo de algunos tipos específicos de traumatismo, observando que los macrosómicos Grado 1 (4000-4499gr) presentan un OR 3,47 (95% CI, 1,06-11,32) ( $p < 0,05$ ) para fractura de clavícula, y los macrosómicos Grado 2(4500-4999gr) un OR 72,47 (95% CI, 4,46-1175,8) ( $p < 0,003$ ) de presentar una parálisis braquial comparado a RN con pesos menores a 4.000 gr. Se calcula el riesgo de presentar un Apgar igual o menor a 6 puntos en niños macrosómicos con un OR=12,7(2,29-12,7)  $p=0,0005$ . Se publica artículos en el año 2016 complicaciones neonatales asociadas a macrosomía fetal y se encuentra el Apgar al minuto menor a 7 ( $p=0.004$ ).

**CONCLUSIÓN:** Las complicaciones maternas más frecuentes fueron los desgarros de partes blandas y entre las complicaciones neonatales el Apgar al primer minuto de  $\leq 6$  puntos.

**PALABRAS CLAVES:** Macrosomía Fetal, parto vaginal, hemorragia pos parto, parto.

## FRECUENCIA DE CRITERIOS DE SEVERIDAD DE LA PRE ECLAMPSIA SEVERA HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ

*Carmen Alvarez - Gladys Vázquez*

*Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** La pre eclampsia es una patología sistémica, que ha sido considerada como la principal causa de muerte materna y de morbilidad en los recién nacidos. La mayoría de las muertes se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que presentan las complicaciones de los trastornos hipertensivos, por lo que es necesario un manejo médico eficaz y con alta precisión en su diagnóstico para optimización de la atención de la salud en la gestante.

**OBJETIVO:** Identificar los criterios de severidad en la pre eclampsia severa de pacientes atendidas en el Hospital Nacional de Itauguá durante 2 años

**DISEÑO:** estudio observacional, descriptivo retrospectivo en el Hospital Nacional Itauguá.

**RESULTADOS:** la frecuencia de pre eclampsia severa fue 250 (4,2%) pacientes con una edad media fue de  $27 \pm 7,4$  años. Los criterios de severidad encontrados criterios neurológicos: 206(82.4%), hematológicos: estudiado por recuento de plaquetas menor a 150.000 /mm<sup>3</sup>: 30 (12%), hepáticos: medido por enzimas hepáticas GOT y/o GPT mayor a 40 UI/L: 59 (23,6%), LDH: mayor a 600 U/L: 13 (5,2%), bilirrubinas aumentadas mayor a 1: 21(8,4%), renales: oliguria: menor a 30 ml/hora: 7(2,8%) pacientes, proteinuria en 24 horas: media de 1.246 mg/en 24 horas, rango entre 300-7.804 mg/24 horas, creatinemia: mayor o igual a 1: 49 (19,6%) rango de 1 a 3,6 mg/dl, presentaron edema agudo de pulmón: 3 (1,2%) pacientes

**DISCUSIÓN:** de los criterios neurológicos de la pre eclampsia el principal síntoma es la cefalea en un 72,8 % seguido de alteraciones visuales 27,2% y dolor epigástrico en un 21,6 %. Estos resultados son similares a lo estudiado por García Miras y colaboradores donde la cefalea (64,5 %), el dolor epigástrico (19,7 %) y las alteraciones visuales (16,8 %) se presentaron con menos frecuencia<sup>25</sup>. De entre los criterios hematológicos lo estudiado por recuento de plaquetas menos de 150.000 /mm<sup>3</sup>: 30 (12%) pacientes, se publican que un 8.8% de las pacientes presentaron un recuento plaquetario considerado patológico en pre eclampsia severa<sup>50</sup>. Estudios, como el de Guzman Mendez se presentó en el 1.35% de los casos<sup>37</sup>; Romo flores un 1,43% presentó edema pulmonar<sup>42</sup>. lo que coincide con el presente trabajo; donde se encontró edema agudo de pulmón 3 casos (1,2%).

**CONCLUSIONES:** De entre los Criterios de severidad en la pre eclampsia severa se encontró que el criterio neurológico es el más frecuente con 206(82.4%), criterio hepático 59(23.6), criterio renal 49(19.6%), criterio hematológico 30(12%) y criterio pulmonar 3(1.3%).

**PALABRAS CLAVES:** pre eclampsia, eclampsia, síndrome de Helpp, embarazo.

## FRECUENCIA DE ENFERMEDAD TIROIDEA EN GESTANTES

*Chyntia Acuña - Gladys Vázquez*

*Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos tiroideos ocupan el segundo lugar entre los padecimientos endocrinos aso-



ciados con el embarazo, debido a que su prevalencia de disfunción es mayor en las etapas reproductivas de la mujer. Objetivo: estudiar la frecuencia de gestantes con enfermedad tiroidea atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Itauguá durante el periodo 2014 al 2017.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** estudio observacional y descriptivo, de corte transversal en gestantes mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad tiroidea. Las variables estudiadas fueron la edad, tipo de patología tiroidea, patologías asociadas previas y durante el embarazo y resultados perinatales. Resultados: fueron incluidos 127 (1,4%) pacientes con patologías tiroideas, el 63% la edad más frecuente fue el grupo de 31-35 años. El 70% de las pacientes presentaba hipotiroidismo, mientras que el 30% correspondía a pacientes con hipertiroidismo, el 51.18% con patologías durante el embarazo, el 26% cursaron presentaron patologías previas como diabetes el 12%. El 23% tuvieron parto pretermino.

**DISCUSIÓN:** se encuentra 1,4% de patologías tiroideas el 70% hipotiroidismo, los estudios informan una prevalencia del 5 - 10%, siendo el 2 - 5% de hipotiroidismo. Se describen complicaciones asociadas al embarazo como hipertensión inducida del embarazo, pre eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, bajo peso al nacer, sufrimiento y óbito fetal. Las complicaciones encontradas son la hipertensión inducida por el embarazo, pre eclampsia severa, la diabetes gestacional y la rotura prematura de membranas.

**CONCLUSIÓN:** el 70% de las pacientes presentaba hipotiroidismo en el momento de la internación. Palabras clave: enfermedades de la tiroides, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, embarazo, prueba de la función de la tiroides, glándula tiroides.

## FRECUENCIA DE HISTERECTOMIAS OBSTÉTRICAS

*Sonia Segovia - Gladys Vázquez*

*Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** La histerectomía obstétrica de emergencia (HO) es la resección parcial o total del útero, realizada de manera no programada por complicaciones del embarazo, parto, puerperio o pos aborto.

**OBJETIVO:** del estudio fue determinar la frecuencia, características demográficas, causas y complicaciones de la HO en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Itauguá Paraguay en los años 2012 al 2016.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una investigación observacional retrospectivo, descriptivo de tipo transversal.

**RESULTADOS:** La Frecuencia de HO en los cinco años fue de 1,1%. El rango etario predominante 74,4%(20 a 35 años), proceden del área rural en un 57%, multigestas en un 84%, con historia de cesárea en un 44%, en el 38% de los casos se practicó una cesárea histerectomía, principal indicación fue la hemorragia en un 61%, por acretismo placentario, atonía uterina y hematomas; la sepsis se vio en un 39%. Las complicaciones

fueron shock hipovolémico, infección de sitio operatorio y lesión de la vía urinaria y la letalidad fue del 10%.

**DISCUSIÓN:** La frecuencia de histerectomía obstétrica en el tiempo estudiado fue de (1,1%) cifra que se encuentra dentro de la literatura que publica para Latinoamérica una frecuencia de 0.5 a 1.5% 8, 11,19. El Hospital Nacional es el Centro de referencia nacional dentro de la red del Ministerio de Salud Pública, El 67% de casos fueron remitidas de otros centros hospitalarios, que ya presentaban alguna complicación obstétrica; el 56 (33%) son casos que acudieron directamente; el 84% de las pacientes fueron multigestas, la paridad es otro factor que se asocia a la mayor frecuencia de histerectomía obstétrica; varios estudios señalan que la multiparidad eleva el riesgo de hemorragia pos parto 11, 56,57. El antecedente de cesárea fue de 44%, condición que se asocia a una a una placentación anormal y riesgo de acretismo placentario o de placenta. Varios estudios informan la presencia de cicatriz previa como factor de riesgo de histerectomía obstétrica 10.

**CONCLUSIÓN:** La frecuencia de histerectomía fue del 1,1%, mujeres multiparas, cesareadas previas, de 20-35 años, Palabras clave: Histerectomía, Hemorragia, Hemorragia Posparto, Hemorragia posoperatoria, Placenta Accreta.

## FRECUENCIA DE PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPÁTICA EN LA MATERNIDAD DE HOSPITAL CENTRAL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL EN EL AÑO 2017

*Liz Arguello- Hortensia Noelia Leiva- Adriana Lopez- Rafael Adorno- Rogelio Sosa- Vicente Bataglia*

*Hospital Central del IPS. Servicio de Ginecoobstetricia*

**OBJETIVOS:** La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es una patología poco frecuente, su importancia radica en que existe una alta morbimortalidad materno-fetal durante el embarazo, el parto y el puerperio, con una frecuencia de 1 a 2 casos de cada 1000 embarazos y con complicaciones tanto maternas como fetales. Se debe identificar las características clínicas y laboratoriales así como el manejo adecuado de la misma para ofrecer la mejor alternativa de tratamiento posible y la apropiada vía de interrupción de la gestación.

**MATERIALES Y METODOS:** Se identificaron 7 casos de gestantes con PTI en un periodo de 12 meses, que acudieron al servicio de Urgencias de la maternidad del HCIPS de un total de 6.405 nacimientos. Las variables estudiadas en las mismas fueron frecuencia de PTI en gestantes en nuestro servicio, resultados perinatales, epidemiología de las gestantes afectas, vías del parto, resultados del manejo clínico.

**RESULTADOS:** De un total de 6.405 nacimientos, 7 casos fueron confirmados con diagnósticos de PTI. La edad materna entre las mismas fluctuó entre 25 Y 36 años con un promedio de edad de 30 años. Las pacientes que presentaron síntomas clínicos como gingivorragia, petequias y alteración laboratorial en el

recuento de plaquetas que requirieron internación y tratamiento médico con inmunoglobulina fueron 5 (71.43%). El recuento plaquetario mínimo en las formas activas fluctuó entre 10.000 y 130.000/mm<sup>3</sup>. La edad gestacional al parto fluctuó entre las 34 y 39 semanas, siendo el porcentaje de prematuridad un 14.29%. La operación cesárea se practicó en el 85.72% de los casos (6) sin expresar complicación mayor alguna tanto en la madre como en el RN. No se observaron casos de RN de bajo peso al nacer para la edad gestacional, apgar bajo a los cinco minutos en las formas activas ni óbito fetal. Las comorbilidades asociadas a la madre fueron LES (28.6%), HTA (28.6%), DG (28.6%), RH negativa no sensibilizada (28.6%), 1 esplenectomizada (14.29%).

**CONCLUSION:** Si bien la purpura trombocitopenia idiopática es una patología poco frecuente, es necesario considerarla en el momento del diagnóstico diferencial para establecer un diagnóstico precoz e iniciar el manejo apropiado ya que ante un tratamiento oportuno se observa buena respuesta clínica y laboratorial y menores complicaciones en el curso de la gestación y en su interrupción.

## HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICOS POST TRATAMIENTO ESCISIONAL CON ASA DIATERMICA DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN EN MUJERES CON LESIONES PRECURSORAS DE CANCER DE CUELLO UTERINO

*Maria de los Angeles Nuñez - Rafael Adorno - Eliza Navarro - Fabio Gutierrez - Vicente Bataglia*

*Hospital Central Instituto de Previsión Social. Servicio de Ginecología*

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer cervical afecta a mujeres en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo, es una de las neoplasias que se encuentra entre las primeras causas de muerte por cáncer en la mujer. La importancia del estudio de las lesiones precursoras radica en que las mismas pueden ser diagnosticadas y tratadas antes de evolucionar a un cáncer invasor, de esta manera se puede disminuir la incidencia de la enfermedad. El cáncer de cuello uterino es un verdadero problema de salud pública para nuestro país. Es sumamente importante establecer normas de prevención y pautas de diagnóstico precoz para aplicar las terapias correspondientes.

**OBJETIVO:** Determinar los hallazgos anatomopatológico de piezas quirúrgica de cono Leep con asa diatérmica en pacientes que fueron sometidas al procedimiento en el consultorio de Tracto Genital Inferior en el Servicio de Ginecología del Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" del Instituto de Previsión Social de marzo del 2014 a marzo del 2016.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

**RESULTADOS:** El rango etario poblacional está comprendido entre 18 y 74 años con una media es de 41,84 años, mediana 40 años y moda de 34 años con una desviación estándar de  $\pm 12,9$  años. Cabe destacar que el 23,43% de las pacientes son menores de

30 años. Los hallazgos anatomopatológicos de la pieza operatoria posterior al Cono Leep fueron los siguientes: CIN 1 para el 28,50%, cervicitis para el 23,46%, CIN 2 para el 21,90%, CIN 3 para el 21,40 % y negativo o biopsia normal para el 4,54% de las pacientes.

**CONCLUSIÓN:** Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron neoplasia intraepitelial cervical grado I (CIN I) y la cervicitis seguidos por la neoplasia intraepitelial de alto grado. No se registró ningún caso de carcinoma. El rango etario poblacional está comprendido entre 18 y 74 años. La media de edad de la población es de 41,84 años, mediana DE 40 años y moda de 34 años con una desviación estándar de  $\pm 12,9$  años. El 23,43 % de las pacientes fueron menores de 30 años.

**PALABRAS CLAVE:** papiloma virus humano, cáncer de cuello uterino, displasia cervical, carcinoma in situ.

## HALLAZGOS HISTEROSCOPICOS EN PACIENTES OBESAS EN EDAD FERTIL CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

*Liz Sánchez- Rocío Sarquis- Belinda Barrientos-Rafael Adorno- Liz Karina González- Vicente Battaglia.*

*Hospital Central IPS. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**ANTECEDENTES:** La hemorragia uterina anormal (HUA), una preocupación común de la salud de las mujeres, es una entidad clínica heterogénea que es tradicionalmente categorizados en causas orgánicas y no orgánicas<sup>1</sup>. Las mujeres con HUA son diagnosticadas con 75% de los hallazgos benignos, 15% con carcinoma y últimos 15% con hiperplasia endometrial. Sobre peso, obesidad, diabetes, síndrome metabólico, nuliparidad, menopausia tardía y la estimulación endometrial con estrógenos sin oposición son factores de riesgo establecidos para el cáncer de endometrio<sup>2</sup>. El presente estudio tiene como fundamento describir los principales hallazgos histeroscópicos causante de HUA en pacientes obesas en edad fértil que acuden a consultar al Servicio de Ginecología del Hospital Central de Ips.

**OBJETIVOS:** P: Describir hallazgos histeroscópicos en pacientes obesas en edad fértil con hemorragia uterina anormal. E: 1. Describir las características demográficas y clínicas de pacientes en edad fértil con diagnóstico de hemorragia uterina anormal 2. Describir

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se analizaron las fichas clínicas de las todas pacientes con diagnóstico de hemorragia uterina anormal que se sometieron a histeroscopia en el servicio de ginecología en el periodo comprendido Abril a Agosto 2017. Se tuvo en cuenta las variables edad, índice de masa corporal (IMC) calculado como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros, estudios de imágenes como hallazgos en ecografía transvaginal y hallazgo histeroscópico. Las variables continuas se expresaron en promedios, rango y frecuencia.

**RESULTADOS:** De un total de 166 pacientes estudiadas, se encontró que la media de edad fue 40,6 años con una desviación

estándar de +/- 5,5 años, el índice de masa corporal con una media de 34,9 +/- 4,4, la frecuencia de hallazgos histeroscópicos fue en mayor porcentaje de pólipo endometriales en un 21 % seguido de endometrio proliferativo con un 16%, mioma submucoso tipo II con 11,4%, sospecha de lesión de alto grado con un 1,8%. En cuanto a espesor endometrial como hallazgo por Ecografía transvaginal la media fue de 10,9 mm con una desviación estándar de +/- 5,7 mm.

**CONCLUSIÓN:** Las hemorragias uterinas anormales en este grupo etario son causadas mayormente por las patologías benignas, sin embargo en una cantidad no despreciable se podría observar lesiones precursoras de cáncer sobre todo en pacientes con factores de riesgos asociados como la obesidad. Bibliografía: 1. Richards EG, El-Nashar SA, Schoolmeester JK, Keeney GL, Mariani A, Hopkins MR, Dowdy SC, Daftary GS, Famuyide AO. Abnormal Uterine Bleeding Is Associated With Increased BMP7 Expression in Human Endometrium. *Reprod Sci.* 2017 May; 24(5): 671-681 2. Suna Özdemir, Gonca Batmaz, Seda Ates, Cetin Celik, Feyzanur Incesu & Celalettin Peru. Relation of metabolic syndrome with endometrial pathologies in patients with abnormal uterine bleeding *Gynecol Endocrinol.* 2015;31(9):725-9.

## HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS Y BIOPSIAS ENDOMETRIALES EN PACIENTES QUE PRESENTARON HEMORRAGIA DE LA POST MENOPAUSIA

*Belinda Barrientos-Liz Sanchez-Rocio Sarquis-Rafael Adorno-Liz Karina Gonzalez*

*Hospital Central IPS. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**ANTECEDENTES:** El sangrado uterino anormal en mujeres posmenopáusicas es causa frecuente de consulta ginecológica. El sangrado uterino anormal en pacientes posmenopáusicas es multifactorial como atrofia endometrial, pólipos, hiperplasia endometrial y patología neoproliferativas. La histeroscopia es una herramienta diagnóstica para dilucidar el sangrado uterino anormal de causa intrauterina, observar el tejido endometrial in situ. Tomar biopsias dirigidas y realizar exéresis de miomas y pólipos. Este estudio tiene como fundamento describir los principales hallazgos histeroscópicos y su relación con los resultados de biopsias endometriales en pacientes que consultaron por hemorragia de la postmenopausia en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS), Servicio de Ginecología, en el periodo de marzo-agosto del 2017

**OBJETIVOS:** Describir los hallazgos morfológicos e histopatológico-patológicos en pacientes posmenopáusicas con sangrado uterino anormal.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Se analizaron las fichas clínicas de las todas pacientes con hemorragia de la posmenopausia que se sometieron a histeroscopia diagnóstica y toma de biopsia

endometrial en el Servicio de Ginecología del Hospital Central Dr. Emiliano Cubas del IPS en el periodo comprendido Marzo-Agosto 2017. Las variables edad, índice de masa corporal (IMC) calculado como el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros, hallazgos de ecografía ginecológica transvaginal, resultado de biopsias endometriales y los hallazgos histeroscópicos. Las variables se expresaron en promedios, rango y frecuencia.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 122 pacientes. Edad media de 59,2 años, con una desviación estándar de  $\pm$  8,1 años. IMC con una media de 31,3, una desviación estándar de  $\pm$  6,8. El grosor endometrial con una media de 9,8 mm con una desviación estándar  $\pm$ 6,7. Los hallazgos histeroscópicos fueron atrofia endometrial 40,9%, pólipo endometrial 31,14%, sospecha de lesión de alto grado 12,2%, mioma uterino 3,2%, histeroscópias insatisfactorias por sangrado abundante 2,4% endometritis 1,6%, endometrio engrosado 1,6% y pólipo endocervical 0,81%. En el examen histopatológico de la biopsia de endometrio se encontró atrofia endometrial en un 27%, material insuficiente 25,4% pólipo endometrial 19,6%, cáncer endometrial 8,11%, endometrio proliferativo 7,3%, hiperplasia simple sin atipias 3,2%, adenomiosis 2,4%, endometritis 1,6%.

**CONCLUSIONES:** El sangrado uterino anormal en pacientes posmenopáusicas tiene varias causantes. En este estudio pudo comprobarse que la atrofia endometrial es la primera causa, seguida de los pólipos endometriales, cáncer endometrial, hiperplasia y miomas. Es importante, realizar la histeroscopia y correlacionar con los hallazgos y resultados de biopsia para un diagnóstico temprano.

## HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES TRATADAS CON ASA DIATÉRMICA POR LESIONES PRE NEOPLÁSICAS DE CERVIX. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

*Sonia Rojas-Cinthia Sosa-Alicia Pomata-Enrique Ayala*

*Instituto Nacional del Cáncer. Servicio de Anatomía Patológica*

**FUNDAMENTO:** La biopsia por conización con Asa diatérmica (Asa de Leep) se aplica con frecuencia en el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias intraepiteliales cervicales constituyéndose en un tratamiento electivo mínimamente invasivo realizado de manera ambulatoria.

**OBJETIVO:** Analizar los resultados histológicos obtenidos de la conización en mujeres con lesiones cervicales intraepiteliales realizadas en el INCAN durante los años 2015, 2016 y 2017.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en mujeres sometidas a conización con asa diatérmica en la consulta de patología de cuello del Instituto Nacional del Cáncer de

la ciudad de Capiata- Paraguay desde enero de 2015 hasta diciembre de 2017. Constituyeron el universo 319 mujeres sometidas a conización con Asa diatérmica con diagnóstico positivo para Lesión escamosa intraepitelial. Se estudió la edad de las pacientes, el resultado de los bordes de sección quirúrgica y resultados histológicos finales

**RESULTADOS:** La edad promedio de pacientes tratadas fue de 46 años. Se observó que la edad de las pacientes se encontraba comprendida entre 17 y 76 años. Notamos que 32,6% de las mujeres conizadas tenían diagnóstico de lesiones de bajo grado (CINI) y que en cuanto a lesiones de alto grado 21,6% presentaron CIN 2, 28,2 % CIN 3 y 17,5% fue diagnosticada con carcinoma escamoso in situ. De estos últimos el 3,7% presentó focos de micro invasión estromal. Se obtuvieron bordes comprometidos en 35,2 % pacientes lo que demostró moderada efectividad del tratamiento y la calidad con que se aplicó la técnica, siendo la mayoría de ellos asociados a lesiones de alto grado.

**CONCLUSIONES:** Las lesiones pre neoplásicas de cuello uterino tratadas con Asa de Leep en nuestra institución son principalmente lesiones de alto grado (67,3%) incluido el carcinoma escamoso in situ. De estas lesiones encontramos que existe mayor incidencia de márgenes comprometidos que las lesiones de bajo grado. El índice de microinfiltración estromal en pacientes con diagnóstico de carcinoma in situ fue del 3,7%.

**PALABRAS CLAVES:** conización cervical, lesiones pre neoplásicas de cervix, asa de leep.

## ICTIOSIS ARLEQUIN

**Sergio Gonzalez-Jazmin Gavilan-Rafael Adorno-Mariella Nuñez-Vicente Bataglia**

*Hospital Central IPS. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** Es el fenotipo cutáneo más grave y mortal de las ictiosis hereditarias; no más de 100 casos han sido registrados en la literatura médica; Los estudios bioquímicos y ultraestructurales han demostrado patrones anormales de agregación de queratinas, defectos morfológicos de tonofibrillas citoplasmáticas, y persistencia anormal de desmosomas en el estrato disjuntum. A su vez alteración funcional del calcio como cofactor enzimático del proceso de diferenciación epitelial con disminución de la actividad de fosfatasa. Recientemente, se han identificado mutaciones en la proteína transportadora de lípidos en las capas superficiales de la epidermis, impidiendo la natural transferencia desde los queratinocitos inmersos en vacuolas lipídicas hacia el espacio intercelular como parte integral de la función de barrera cutánea.

Paciente de 34 años, acude al Servicio de Obstetricia del HCIPS por molestias en bajo vientre, antecedentes obstétricos, gesta:03 para:02 abo:o, niega patología de base, antecedentes patológicos familiares sin datos de valor. Al examen físico, altura uterina: 28cm, lcf:138, du: 2/20/10, mf:positivo, tacto vaginal: cervix semicentralizado blando, 3cm de dilatación, 80% borrado, presentación cefálica, bolsas íntegras, porta ecografía que informa gestación única, con vitalidad presente, presentación cefálica, dorso derecho, placenta posterior y

fundica grado II, líquido amniótico con polihidramnios marcado, ILA de 31 cm y bolsillo mayor de 91,7mm. Peso estimativo 1680 gramos, impresiona hipoplasia del maxilar inferior fetal, por lo que queda internada con el diagnóstico de secundípara gestante de 33 semanas por fúm y 33,6 semanas por eco de las 14 semanas + amenaza de parto prematuro + polihidramnios severo + malformación fetal probable. La misma portaba ecografía morfológica donde no se detectan anomalías estructurales de diagnóstico ecográfico en el momento del estudio en la unidad tocoquirúrgica se realiza tratamiento con uteroinhibidores con buena respuesta inicial pero 48 horas posterior al ingreso inicia trabajo de parto activo y se produce nacimiento por parto vaginal, recién nacido de sexo masculino, 1780 gramos, apgar 6/7, 34 semanas, con aspecto clínico neonatológico de piel con grandes placas queratósicas, duras, gruesas, de coloración marrón amarillenta, separadas por fisuras profundas de fondo eritematoso y que cubrían toda la superficie corporal, extremidades semiflexionadas por contractura en flexión de codos y rodillas, que limitaban la movilidad. En la cara presentaba una serie de malformaciones características ectropión severo e hiperemia conjuntival que ocultaba los globos oculares, hipoplasia nasal, orejas rudimentarias y eclabium que provocaba abertura permanente de la boca. Recién nacido queda internado en terapia neonatal. 12 horas luego del nacimiento presenta deterioro del estado general y se produce su desceso. No se realizó autopsia y se indicó consejería genética a los padres.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico prenatal de la IA sigue siendo muy difícil, pero puede ser posible en familias con un niño previamente afectado mediante biopsia cutánea fetal obtenidas bajo fetoscopia o guía sonográfica. Un signo que ha sido propuesto como marcador de IA es el polihidramnios, tal como el que se presentó en este caso y que fue la circunstancia que sugirió la sospecha de una anomalía congénita. La realización de una ecografía morfológica no brindó evidencia alguna de la anomalía congénita presente en el producto. Los familiares del paciente deberá ser establecido para un abordaje integral de este problema.

**PALABRAS CLAVES:** ictiosis arlequin, malformación, trastornos de la queratinización.

## IMPORTANCIA DEL PAP Y LA COLPOSCOPIA PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

**Jazmín Gavilán-Sady Acha-Ilda Talavera-Rafael Adorno-Mariella Nuñez-Vicente Bataglia**

*Hospital Central IPS. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**ANTECEDENTES:** En el mundo muere una mujer por cáncer de cuello uterino cada dos minutos, y la gran mayoría



se producen en países en desarrollo. Ocupa el segundo lugar entre los cánceres de mujeres en todo y es el más frecuente en las mujeres de América Latina, India y África. La OMS prevé que los casos anuales aumentarán de 14 millones a 22 en las próximas dos décadas. En el año 2012, más de 83.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino, en la región de las Américas y casi 35.700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando las enormes desigualdades en salud. El tamizaje seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, constituye una estrategia costo-efectiva de prevención.

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia de la realización del PAP y la Colposcopia en la detección de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en mujeres asistidas en el Hospital Central del Instituto de Previsión social

**DISEÑO METODOLÓGICO:** Tipo de diseño: Estudio analítico, descriptivo, de corte transversal retrospectivo.

**RESULTADOS:** En Paraguay el Cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer con 370 muertes en el año 2016 y 290 muertes en el año 2017, seguida por el cáncer cervicouterino con 315 muertes en el año 2016 y 307 muertes en el año 2017. El IPS cuenta con 1.422.748 asegurados de los cuales 453.741 son mujeres de 15 a 64 años que se consideran sexualmente activas. Las últimas estadísticas de mortalidad informan que en el año 2015 ocurrieron 45 defunciones por cáncer cervicouterino, y en el 2016, 37 defunciones. En cuanto a los diagnósticos de cánceres más prevalentes en la mujer en pacientes atendidas de forma ambulatoria, en el año 2016 de 31.442 diagnósticos 23.757 fueron de cáncer de mama y 1934 cáncer de cuello uterino. A su vez en el año 2017 de 33.281 diagnósticos fueron 24.545 diagnósticos de cáncer de mama y 1650 de cáncer de cuello uterino. En el servicio de patología Cervical del HCIPS en el año 2016 se realizaron 14.971 estudios de cuello uterino, por citología 13.465 dieron como resultado Extendido negativo para Lesión intraepitelial, 336 Lesión de bajo grado, 127 Lesión de alto grado, 62 ASCUS US, 5 ASCUS H y 28 carcinoma escamoso. Con respecto a la colposcopia, se observaron 13.104 imágenes normales y 1925 imágenes atípicas. En el año 2017 de 12.638 ECU, 10760 dieron como resultado Extendido negativo para Lesión intraepitelial, 268 Lesión de bajo grado, 100 Lesión de alto grado, 41 ASCUS US, ASCUS H y 34 Carcinoma escamoso. La colposcopia informo que se observaron 14158 imágenes normales y 1431 imágenes atípicas. De 359 biopsias que se realizaron sus resultados informaron cervicitis crónica: 87 cervicitis aguda: 28 CIN I: 93 CIN II: 51 CIN III - carcinoma in situ: 65 Adenocarcinoma: 35

**CONCLUSION:** Detectamos la falta de la realización de estudio de cuello uterino en el colectivo de mujeres aseguradas en nuestra institución lo que resulta en el aumento de diagnósticos en estadios avanzados y fallecimientos como se visualizan en los números expuestos entre las defunciones de año 2016-2017.

**PALABRAS CLAVES:** mortalidad. tamizaje. lesiones precursoras.

## LABIOS MAYORES CONSTRICTOR E HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES Y CAPUCHON CLITORIANO. A PROPOSITO DE UN CASO

*Hebert Quintero - Ana Zabala - Lucas González*

*Especialidades Clínica La Sagrada Familia. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**OBJETIVO:** Garantizar una apariencia natural acorde a la arquitectura anatómica de la paciente a través de la aplicación de cirugía estética en vulva.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 18 años, núbil, quien acude a la consulta por presentar crecimiento progresivo y excesivo de los labios menores de vulva, el cual le genera inconformidad y molestias locales. A la inspección se evidencia retracción medial, bilateral de labios e hipertrofia de capuchón clitoriano y bilateral de labios menores de 6 cm.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** En el 2017 se operó una paciente de 18 años, referida por inconformidad con sus genitales externos. La hipertrofia de labios menores se clasifico según Ricci y Pardo en grado III. Procedimiento: Paciente bajo anestesia general y con toda la rutina quirúrgica, se realiza exeresis del tejido redundante de los labios menores según técnica de Trim y capuchón clitoriano bajo la técnica modificada de la herradura de pelosi con láser iodo, síntesis de planos con vicryl rapid 4-0 por puntos separados en 2 planos, comprobación de hemostasia, utilización de cánula de Toledo para liberar anillo constrictivo en ambos labios mayores, realización de liposucción en cara interna de ambos muslos con cánula nro. 3 y lipotransferencia de la misma en los labios mayores. La paciente fue dada de alta sin complicaciones al recuperarse de la anestesia con tratamiento médico ambulatorio.

**RESULTADOS:** La apariencia de los genitales externos mejoro significativamente al realizar en dicha paciente labioplástia, hoodoplástia y lipotransferencia de labios mayores bajo la técnica antes descrita.

**DISCUSIÓN:** El término de labios constrictor fue adaptado y tomado de las llamadas mama tuberosas en cirugía plástica, debido a que presentan ciertas similitudes. En la actualidad no existe ninguna literatura o estudio que defina y explique a fondo la fisiopatología de los labios mayores constrictor por lo que inferimos que en vista de la constitución de estos, este tipo de labios en particular se caracteriza por presentar un anillo constrictivo el cual evita el desarrollo normal del mismo. Caso contrario a la hipertrofia de labios menores, ya que se considera que existe una hipertrofia cuando la distancia desde la base del labio hasta el borde es superior a 4-5 cm, pudiendo alcanzar en algunos casos los 10 cm. En nuestra paciente podemos inferir que la etiología pudiese ser por componente genético, ya que la misma refiere que sus ascendentes presentan la misma condición. Si bien esta patología puede aparecer a cualquier edad, se ha observado una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años. La clínica de presentación es muy variada, suele manifestarse por problemas de irritación local, incomodidad



al caminar o al sentarse, así como problemas con la higiene personal durante la menstruación. Dependiendo del caso, algunas mujeres pueden presentar dispareunia durante el coito o rechazo a la actividad sexual. Aunque el tratamiento debe ser individualizado, existen diferentes técnicas quirúrgicas, todas ellas con buenos resultados estéticos y satisfactorios a corto plazo.

## LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA Y EMBARAZO

*Dra. Nathalia Gómez - Dra. Leilah Cabral - Dra. Rafael Adorno - Dra. Liz Karina González- Dr. Vicente Battaglia*

*HCIPS. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**RESUMEN:** Se produce en las células de la línea mieolide de los leucocitos, se caracteriza por la rápida proliferación de células anormales que se acumulan en la medula osea e interfieren en la producción de globulos rojos normales El diagnostico de una neplasia hematológica durante el embarazo constituye un problema terapéutico. La gravedad pronostica para la madre y el niño, el marco regulatorio legal del aborto y las creencias religiosas plantean situaciones donde las resoluciones nunca son simples. Las leucemias agudas se presentan en 1:100.000 embarazos, siendo la mas frecuente la LMA. Efectos de la terapéutica antineoplásica sobre el feto: Los agentes antineoplásicos actúan sobre las células que se encuentran en rápida división, por lo que su efecto toxico sobre el embrión y feto es esperable. La administración de drogas quimioterapicas a la madre en las dos primeras semanas de embarazo probablemente resulte en la muerte fetal. Existen órganos de crecimiento autolimitado y otros como, el sistema nervioso, el ojo o el tejido hematopoyético que continúan desarrollándose intrauterino a lo largo de la gestación, por lo cual la quimioterapia es potencialmente toxica en estos órganos durante todo el embarazo.

**MANIFESTACIONES CLINICAS:** Toda leucemia se diagnostica con base a su aparición clinica y el resultado del aspirado de la medula osea: anemia, neutropenia(predisposición a infecciones orofaríngeas, pulmonares, cutáneas y perirectales) y trombopenia ( manifestaciones hemorrágicas como purpura, epixtasis, gingivorragias y hemorragias retinianas). También puede aparecer síntomas asociados a infiltración extramedular ( SNC, BAZO, PIEL, MUCOSA ORAL Y ENCIAS). Los factores de mal pronóstico son los siguientes: edad mayor a 60 años, cariotipo desfavorable, leucocitosis mayor a 20.000 cels./mm<sup>3</sup>, si es secundaria a quimioterapia o existe antecedente hematológico previo; y si existe afectación extramedular al diagnostico.

**CASO CLINICO:** Paciente femenina de 26 años de edad gestante de 21 semanas que acude a consultar debido a cuadro de 21 dde en la que la misma constata lesiones eritematosas no pruriginosas que inician en miembros inferiores y progresan en todo el cuerpo, con el correr de los días las lesiones eritematosas confluyen y forman lesión roja violácea se solicita exámenes laboratoriales, en donde se constata

descenso de plaquetas; en evaluación por hematología se decide internación en hcips para mejor dx y tto. Niega sensación febril, dificultad respiratoria, dolor abdominal, palpitations, epixtasis, ginigivorragia, genitorragia, melena. Al examen físico: Palidez marcada. Mamas: pares y simétricas con turgencia conservada. Abdomen: simétrico, globuloso a expensas de utero gravídico, cicatriz umbilical, central e invertida. sin circulación colateral. no doloroso a la palpación superficial ni profunda; sin signos de defensa ni signos de irritación peritoneal, rha(+). Lcf: 130 t: n du; -/10 mf; + referidos por la madre. Especuloscopia; vagina de paredes rugosas, cérvix eutrófico transversal sin leucorrea ni sangrado. Tacto vaginal; cervix posterior cerrado, no doloroso a la movilización. Extremidades: mmss: pares, simétricos con petequias distriuidas, se observa equimosis en region anterior de antebrazo derecho de unos 4cm de diámetro, del lado izquierdo equimosis en numero de 3 de unos 2cm de diámetro en región anterior y posterior, movilidad activa y pasiva conservadas. sin edema. mmii: pares, simétricos, movilidad activa y pasiva conservada. no dolorosas sin signos inflamatorios,no edemas, pulsos pedios palpables. se observan múltiples petequias distribuidas en ambos miembros inferiores el de mayor tamaño de 3cm de diámetro. GLÓBULOS BLANCOS: 8210 \*NEUTRÓFILOS: 63 \*HEMOGLOBINA: 7,4\* HTO: 19,9 \*PLAQUETAS: 80,000. Por los datos clínicos y laboratoriales se diagnostica leucemia mieolide aguda.

**EVOLUCION:** Paciente recibio dos sesiones de quimioterapia de inducción, manteniendo constantemente hemoglobina mayor a 9 y plaquetas mayor a 30.000; ademas de monitoreo constate de salud fetal; debido a que no se logra reducir totalmente la carga leucémica y obtener hematopoyesis normal se presenta caso en reunión clinica multidisciplinaria y se decide interrupción del embarazo a las 28 semanas por medio de maduración cervical. Se decide colocación de prostaglandinas y se da nacimiento por parto vaginal a recién nacido de sexo femenino de 1800 gramos.

**DISCUSION:** Existen dos consideraciones importantes para el manejo de las gestantes que presentan leucemia, por un lado se encuentra la madre que requiere una terapia antineoplásica optima, por el otro, el desarrollo fetal que puede ser potencialmente afectado por la enfermedad o por la teratogenicidad de los agentes citotoxicos; sin embargo independientemente de la edad gestacional, la inmediata inducción de la remisión sigue siendo el primer objetivo del tratamiento, al igual que en la población no embarazada. Si bien el embarazo no parece afectar la historia natural de la leucemia, esta puede complicar el abordaje obstétrico, puesto que la trombocitopenia que la acompaña puede ser peligrosa para la realización de una cesarea o un parto vaginal si no se mantiene un apoyo de plaquetas; asimismo, la anemia grave puede deteriorar el aporte de oxígeno al feto y las infecciones obstétricas pueden ser fatales en caso de una neutropenia.

**CONCLUSION:** Como puede verse, la asociación de cáncer y embarazo es una situación compleja, con un pronóstico desfavorable; en general, se debe prestar atención a los fármacos utilizados y la edad del embarazo; debiendo ser cada paciente examinada individualmente, teniendo en cuenta

tanto la agresividad de la leucemia y de la etapa del embarazo cuando se aplica el tratamiento; debido a la agresividad de la enfermedad la oferta terapéutica es algo que no debe retrasarse. Algunos autores han manifestado que su utilización durante cualquier trimestre de la gestación ocasiona un riesgo significativo para un pronóstico desfavorable; mientras otros han reportado que la mayoría de las muertes en ambarazadas con LMA suceden en pacientes refractarias o que no fueron tratadas oportunamente, en las cuales la supervivencia media es inferior a 2-3 meses, tal como ocurrió en el caso presentado, cuyo desenlace fue una muerte materna indirecta. Finalmente, solo queda recordar la necesidad de mejorar la cobertura de los programas de atención materna, de modo a garantizar, una adecuada atención medica durante la gestación, para así garantizar la salud maternofetal y detectar oportunamente patologías como la presentada.

## LINFANGIOMA QUISTICO

**Gustavo Ortiz-Luis Obregon**

*Hospital Materno Infantil "Reina Sofia". Cruz Roja Paraguaya.*

*Departamento de Ecografía.*

**RESUMEN:** El linfangioma quístico se debe a una anomalía del Sistema Linfático producida por la obstrucción del drenaje de los sacos linfáticos cervicales al sistema venoso yugular. Habitualmente se localiza en la región cervical posterior o posterolateral y contiene múltiples tabiques. Entre 20 y el 40% de los casos se asocia a normalidad cromosómica; el resto de los casos se asocia a diversas aneuploidías o malformaciones. El diagnostico diferencial incluye: edema nuczal, meningocele, encefalocele, teratoma cervical, pseudomembranas, hemangioma y quiste placentario subcorial. Su incidencia es de uno cada 1775 a 6000 nacidos vivos.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 32 años, con 3 gestaciones anteriores, sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude al Servicio de ecografía, en donde se observa a nivel de cuello fetal: imagen multiquística con escasa vascularización que abarca en cuello fetal lado derecho, el tercio superior del tórax lado derecho y la región axilar derecha que mide en promedio 70 x 60 mm. Esto sugirió el diagnostico de linfangioma quístico, además de sugerir complementar con otros estudios para su confirmación y/o diagnósticos diferenciales. En estudios ecográficos sucesivos, la imagen multiquística fue aumentando de tamaño hasta llegar a un promedio de 100 x 72 mm. Tras un estudio de Resonancia magnética, efectuada a las 36 semanas de gestación, ésta concluye: imagen de masa quística multitabizada de contornos netos, bien delimitada, de 120 x 65 x 55 mm, sugiriendo un linfangioma quístico. Dos semanas después de este estudio, se dio nacimiento a un RN vivo, que en la actualidad sigue su tratamiento en el Brasil sin ningún tipo de complicación, con resultados óptimos.

**CONCLUSIÓN:** El grado de severidad (tamaño) del Linfangioma, se asocia al pronóstico fetal; los Linfangiomas graves se asocian a muy mal pronóstico. El tamaño medio es de 11,4 mm de diámetro mayor al diagnostico. En este caso

media inicialmente 70 x 60 mm y creció hasta medir 100 x 72 mm al final de la gestación, se trata pues de un caso excepcional por su gran tamaño, pero presento buena evolución. De entre los nacidos vivos, sólo el 43 % de los casos corresponde a lactantes normales, que no presentan otras alteraciones tras la resolución del linfangioma, así pues, sólo entre el 7 y 9% de los casos sobrevive normalmente; su seguimiento hasta los 4 años muestra crecimiento y desarrollo normales. Este caso supone pues uno de los pocos en los que ninguna otra anomalía afectó al lactante, que tiene un desarrollo completamente normal en los primeros años de vida. Dada la alta asociación a aneuploidía y malformaciones, es aconsejable la realización del cariotipo en todos los casos de Linfangioma quístico diagnosticado. No obstante es discutible la interrupción del embarazo según la aneuploidía y los hallazgos morfológicos. Así, en un caso de Síndrome de Turner sin otras anomalías morfológicas salvo el Linfangioma, es cuestionable la interrupción dada la evolución incierta del intelecto y la normalidad física de esos casos. Por ejemplo, en este caso, la interrupción del embarazo habría supuesto la pérdida de vida humana completamente normal.

## MACROSOMÍA FETAL POR ULTRASONOGRAFÍA Y SU CORRELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES MATERNO-FETALES DURANTE EL PARTO. HOSPITAL REGIONAL DE ENCARNACIÓN - 2015

**Fernando Ferreira Cyncar**

*Facultad de Medicina - UNI. Departamento de Investigación*

**INTRODUCCIÓN:** La macrosomía fetal se define por un peso al nacer mayor a 4000 gramos o un peso superior al percentil 90 de la curva de crecimiento para la edad gestacional. El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto, presentando una alta tasa de morbilidad materna y perinatal.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El siguiente es un estudio descriptivo de tipo observacional, transversal, retrospectivo con componente analítico realizado en el Servicio de Maternidad del HRE desde el 1 de Enero al 30 de Diciembre del 2015, incluyendo a todas las pacientes con diagnóstico de macrosomía fetal que acuden a la institución y tienen la resolución del embarazo en dicho sitio en el periodo de tiempo citado.

**RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:** La frecuencia de macrosomía fetal fue del 6,7%; La diabetes gestacional y el embarazo de post término se destacaron entre los antecedentes maternos; La vía de terminación del parto de elección fue la cesárea. La vía vaginal presentó lesiones vulvo-perineales. Los desgarros de partes blandas y las distocias de hombros fueron las complicaciones maternas durante el parto, en cuanto a la morbilidad de los recién nacidos macrosomicos presentaron sufrimiento fetal agudo e hipoxia perinatal.

**PALABRAS CLAVE:** macrosomía fetal, paridad, control prenatal, patologías maternas asociadas, vía de terminación del parto.

# MALFORMACIÓN DE DANDY WALKER. REPORTE DE UN CASO

**Gustavo Ortiz-Antonio Méndez**

*Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** La malformación de Dandy Walker comprende la triada clásica de dilatación quística del cuarto ventrículo, hipoplasia o aplasia del vermix cerebeloso y aumento de la fosa posterior con elevación del tentorio. Las malformaciones asociadas del SNC o fuera de él aparecen en un 50 a 70% de los casos, las ventriculomegalias y las malformaciones cardíacas son las más comunes. Las anomalías cromosómicas se asocian en un 17,6 a 54% de los casos. El diagnóstico prenatal por ecografía no debe realizarse antes de las 18 semanas, debido a que en este periodo se completa el desarrollo del vermix cerebeloso.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 27 años de edad, nulípara, gestante de 23,2 semanas por ecografía precoz, sin antecedentes personales ni familiares de valor. Porta ecografía de las 15 semanas normal. Acude al servicio para la realización de una ecografía morfológica en donde se constata a nivel cefálico aumento de la cisterna magna, aplasia del vermix cerebeloso y quiste aracnoideo en contacto con fosa posterior hacia el hemisferio derecho por dentro del ventrículo lateral. A nivel cardíaco se visualiza una CIV amplia membranosa con probable doble tracto de salida del ventrículo derecho. Clinodactilia en ambos miembros superiores, en miembros inferiores pie Bot y polidactilia. Ante el hallazgo de feto con malformación de Dandy Walker clásico asociado a otras malformaciones, se sugiere realizar una amniocentesis para estudio de cariotipo.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** La malformación de Dandy Walker es una enfermedad rara, cuya prevalencia es de 1 caso por cada 35.000 nacidos vivos, por lo que representa un reto en el diagnóstico prenatal. La ecografía en 2D sigue siendo la prueba diagnóstica de cribado más habitual en el estudio de la fosa posterior. Es necesario ser cuidadosos en el diagnóstico de estas malformaciones, evitar diagnósticos precoces (fundamentalmente antes de la semana 18) y asesorar correctamente a los padres de acuerdo con los resultados del estudio prenatal.

## MANEJO TERAPÉUTICO DE LA INCOMPETENCIA CERVICAL

**Luis Fernando Lopez - Juan Carlos Ferreira - Patricia Minozzo**

*HGBO. Servicio de ginecología y obstetricia*

**RESUMEN:** Se define Incompetencia Ísmo Cervical o Insuficiencia Ístmica Cervical, como la incapacidad del cuello uterino para conservar las características propias de rigidez necesarias para mantener un embarazo hasta el término, debido a anormalidades estructurales y/o funcionales. La

Etiología: anomalías uterinas congénitas como: Trauma, Infección, Conización y otras cirugías. Tienen en común algunas particularidades que serían una disrupción mecánica del anillo fibroso del orificio cervical interno o déficit en fibras colágenas del estroma. Algunas pacientes no presentan anomalías histológicas o estructurales, en las que se presume que la causa de Incompetencia Ístmico cervical es debida a un desencadenamiento prematuro de los mecanismos normales de dilatación.

**DIAGNOSTICO:** Tener en cuenta los Antecedentes Gineco-obstétricos, peso fetal al nacer, partos distócicos, antecedentes de pérdidas indoloras. Tenemos los Métodos Mecánicos que son pruebas que se realizan pasando una bujía de Hedgar No 8 y la sonda Foley No 16 por el cérvix para reconocer su dilatación. Las Técnicas de Imagen también aportan datos valiosos, porque miden la longitud del cuello uterino haciendo el diagnóstico cuando miden menos de 2,5 cm. El Tratamiento consiste en el cierre mecánico del cérvix. Dependiente de la edad gestacional tenemos Cerclaje profiláctico, de urgencia y de emergencia o 'heroico'. Las Técnicas conocidas: McDonald, de Shirodkar, de Würm, Rebagliati, Cerclaje ístmico cervical transabdominal y el Pesario.

**OBJETIVO:** Describir el tratamiento adecuado y la técnica utilizada para prolongar la gestación en la Incompetencia Cervical en pacientes que acudieron de enero de 2017 a enero 2018.

**RESULTADOS:** En un total de 1.917 pacientes con atención en el HBO, 1.200 dieron la luz en la institución y encontramos 3 pacientes con Cerclaje. Paciente N° 1: 33 años, tercigesta, nulípara, gestante de 21,5 semanas por ecografía del 1er trimestre. Porta ecografía del 2do trimestre con medición de longitud cervical de 26,4 mm, se realiza cerclaje con técnica de McDonald. No presenta complicaciones post procedimiento. Resultado obstétrico: cesárea a las 38 semanas por indicación obstétrica. Paciente N° 2: 24 años, primigesta, nulípara, gestante de 17 semana por ecografía del 1er trimestre. Porta ecografía con medición de longitud cervical de 22 mm. Se realiza cerclaje con técnica de McDonald. Presenta complicaciones: infección urinaria a repetición post procedimiento. Resultado obstétrico: parto vaginal a las 37 semanas. Paciente N° 3: 20 años de edad primigesta, nulípara, gestante de 22,5 semanas por ecografía del 1er trimestre. Porta ecografía del 2do trimestre 25mm. Se realiza cerclaje con técnica de McDonald. No presento complicaciones post procedimiento inmediato. Hasta la fecha cursa con 30 semanas de gestación.

**CONCLUSIÓN:** podemos afirmar que es una patología con baja incidencia que no deja de ser grave en cuantos a abortos producidos en el segundo trimestre y partos prematuros. La incidencia podría aumentar de acuerdo al diagnóstico precoz realizando una anamnesis completa de los antecedentes Gineco - obstétricos y mediciones seriadas de la longitud del cérvix mediante ultrasonografía. Los tratamientos son dependientes de múltiples factores. En el tratamiento, la técnica de McDonald ofrece buena expectativa en cuanto al curso y pronóstico del embarazo.

# MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPATICA. SERVICIO DE MASTOLOGIA HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUA. PERIODO: MARZO 2012 - JULIO DEL 2017

*Fatima Rivoir-Lourdes Diana Baez - Valeria Sanabria-  
Gilberto Aquino- Heraldito Rojas*

*Hospital Nacional De Itaugua. Servicio De Mastologia*

**INTRODUCCIÓN:** La Mastitis Granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria benigna, infrecuente, de etiología desconocida. Puede simular carcinoma mamario, por lo cual su diagnóstico definitivo es histopatológico, requiere la exclusión de malignidad y otros procesos infecciosos crónicos de la mama. Existen informes de su asociación con eritema nudoso, lupus, hiperprolactinemia, al uso de anticonceptivos y, por último, se ha sugerido la existencia de algún organismo infeccioso, aún no diagnosticado. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran la mastitis de células plasmáticas, la granulomatosis de Wegener, la sarcoidosis, la tuberculosis, el carcinoma, y la infección fúngica. La forma de presentación más común es la de una mastitis no puerperal a repetición, asociada a signos inflamatorios cutáneos; eritema, «piel de naranja», retracción del pezón, úlceras, abscesos estériles y orificios fistulosos. No existe consenso acerca del tratamiento para la MGI. En la literatura se pueden encontrar desde la observación clínica hasta cirugías radicales, o el uso de tratamientos inmunosupresores. Los reportes usualmente corresponden a comunicaciones de casos o pequeñas series retrospectivas.

**OBJETIVO:** Identificar las características clínicas (edad, la paridad, la procedencia, comorbilidades asociadas, uso de anticonceptivos hormonales), el motivo de consulta, cantidad de biopsias y tipo de biopsias realizadas, y el tratamiento realizado en las pacientes con el diagnóstico de MGI en el Servicio de Mastología del Hospital Nacional de Itaugua, en el periodo comprendido de Marzo 2012 a Julio 2017 Metodología: Estudio Retrospectivo, descriptivo de corte transversal.

**RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio un total de 16 pacientes presentaron el diagnóstico de MGI, todas ellas del sexo femenino. El rango etario poblacional va de 19 a 50 años con una media de 36,06 años, mediana 36 años y moda 36 años con una desviación estándar de  $\pm 8,07$  años. El 93,75 % presentó gestación y lactancia, el 68,75% utilizaba como método de planificación familiar hormonal. En su mayor parte provenían de Paraguari y Central. El motivo de consulta más frecuente se debió a la presencia de una masa con signos inflamatorios en el 56,25%. El diagnóstico anatomopatológico fue obtenido en forma más frecuente a través de una biopsia insinacional posterior al drenaje de un absceso, la media de drenajes realizados por pacientes para llegar al diagnóstico fue de 2. En cuanto al tratamiento realizado en su mayor parte respondió al debridamiento quirúrgico más tratamiento médico con corticoides (prednisona 1mg/kg) y metotrexate, una sola paciente no precisó tratamiento

médico, y una paciente abandono el tratamiento. El promedio de tiempo de seguimiento de las pacientes es de 20,43 meses.

**PALABRAS CLAVE:** Mastitis Granulomatosa Idiopática, Mastología, patologías benignas de la mama.

## MUJERES PUÉRPERAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS CREENCIAS SOBRE AUTONOMÍA, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

*<sup>I</sup>Arrom Cristina; <sup>II</sup>Arrom Carmen Marina; <sup>I</sup>Ruoti  
María Mónica; <sup>III</sup>Fresco María Del Pilar; <sup>I</sup>Arrom María  
Auxiliadora; <sup>IV</sup>Capurro Marcos; Ruoti Miguel*

*I Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-IICS/UNA / II  
Centro para el Desarrollo de la Investigación Científica CEDIC/Díaz  
Gill, Paraguay / III Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción  
(UCA) / IV Centro Nacional de Adicciones, Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social, Paraguay*

**RESUMEN:** Vincular dichos y creencias populares sobre autonomía, derechos sexuales y reproductivos y violencia de género en mujeres puérperas víctimas de violencia doméstica. Investigación retrospectiva, con fuentes secundarias y muestreo consecutivo. 304 puérperas fueron entrevistadas en hospital público con Escala de Gelles y Straus y listado de 11 dichos populares. Estadística descriptiva y analítica para el análisis. De 15,8% ((48) a 20,4% (62) respondió estar de acuerdo y de 79,6% (242) a 84,2% (256) en desacuerdo con dichos sobre violencia de género. Entre 98% (298) y 78,9% (240) acuerdo y 1,6% (5) a 21,1% (64) en desacuerdo y con autonomía y derechos sexuales, entre otros. 32,3% (99) fue víctima de violencia Psicológica; 9,2% (28) física; 9,2% (28) abuso sexual. Correlación ( $p < 0,000$ ) entre víctimas de violencia psicológica y portar creencias en Quien te quiere te aporrea y ( $p < 0,039$ ) Si a una mujer el marido le golpea, por algo será. Correlación ( $p < 0,000$ ) entre víctimas de violencia física y acuerdos con Quien te quiere te aporrea y ( $p < 0,035$ ) Si a una mujer el marido le golpea, por algo será, entre otros. Mayoría estuvo de acuerdo con dichos sobre autonomía de la mujer y derechos sexuales y en desacuerdo con aquellos de violencia de género. Resalta asociación significativa entre una minoría víctima de violencia de diferentes formas y desacuerdos con autonomía y derechos sexuales y acuerdos con expresiones que legitiman violencia de género.

**PALABRAS CLAVE:** creencias - violencia género- autonomía, derechos sexuales, reproductivos -mujeres puérperas.

## OCLUSIÓN PERCUTÁNEA DE CORDÓN UMBILICAL EN GEMELOS DISCORDANTES

*Sosa Sosa Cristian - Mascareño Pablo - Sosa Sosa Petronilo  
Fundacion Fetosur - Sanatorio Internacional. Medicina Materno Fetal y  
Cirugia Fetal*

**INTRODUCCIÓN:** El embarazo gemelar con feto discordante es aquel que cursa con un feto normal y otro con malformación mayor incompatible con la vida. Puede presentar severas complicaciones, principalmente en casos de placentación monocorial. Un gemelo sano presenta 30% de mortalidad perinatal cuando se acompaña de un anencefálico y hasta 75% de mortalidad cuando se acompaña de un acardio.

**OBJETIVO:** Ocluir el cordón umbilical del feto anómalo (incompatible con la vida) para evitar polihidramnios, RPM, parto pretérmino, insuficiencia cardíaca de alto gasto y/o complicaciones perinatales por exsanguinación del feto sano.

**AMBIENTE:** Unidad de Cirugía Fetal, Fundación Fetosur, Sanatorio Internacional. Ciudad del Este. Paraguay.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Serie de 5 pacientes con embarazo gemelar 2 monocorial-monoamniótico 2 monocorial-biamniótico y 1 bicoral-biamniótico, con feto discordante. 4 casos con gemelos acardios y secuencia de perfusión arterial reversa y 1 caso con feto con múltiples malformaciones. Materiales: equipo de ultrasonido GE® modelo Voluson E-10 y GE® modelo Voluson E-8 con transductor convex multifrecuencial, equipo e instrumental de fetoscopia, pinza de termocoagulación bipolar y torre de videoendoscopia Storz®.

**RESULTADOS:** Sobrevida 3 casos (2 acardio y 1 múltiple malformaciones) + 2 casos de óbito fetal, 1 por exanguineo transfusión del gemelo sano + 1 caso muerte fetal en el momento de la separación. Sobrevida total de 60%

**CONCLUSIONES:** La ligadura umbilical percutánea fetoscópica del cordón umbilical del gemelo discordante o por medio de termocoagulación con pinza bipolar es un método de oclusión funicular efectivo para impedir polihidramnios, rotura prematura de membrana, parto pretérmino, exsanguinación del gemelo sano, insuficiencia cardíaca de alto gasto y mortalidad perinatal asociada.

## **PÓLIPO MIOMATOSO GIGANTE PEDICULADO DE ENDOCERVIX. A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Dr. Negrete, Alejandro, Dr. Hamuy, Luis, Dra. Rodríguez, Cynthia*

*Hospital Materno Infantil "Reina Sofía", Cruz Roja Paraguaya, Asunción, Paraguay*

**INTRODUCCIÓN:** Un pólipo cervical es un tumor usualmente benigno del cuello uterino, son las lesiones cervicales más comunes, afectando hasta un 10% de las mujeres, y la mayoría de ellas se encuentran entre los 40 y 65 años de edad, de este grupo 45 % son posmenopáusicas. La mayoría de los pólipos son menores de 1 centímetro de diámetro, definiéndose como gigantes a los pólipos que tienen un tamaño mayor de 2 o 4 cm, siendo los mayores de 4 cm muy raros.

**CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de una paciente de 49 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, acudió a la consulta en el Hospital Materno Infantil "Reina Sofía", Cruz Roja Paraguaya, por presentar dificultad para orinar

y sensación de pesadez a nivel de hipogastrio de una semana de evolución, al examen físico, a la especuloscopia se observó: sangre en abundante cantidad acompañada de coágulos en canal vaginal más signos de hipotensión, al tacto vaginal un cérvix reblandecido que impresiona retropúbico, cuerpo uterino en retroversión, se tacta tumoración blanda, dolorosa, fácilmente sangrante, de aproximadamente 12 centímetros de diámetro, que impresiona tumor degenerado. La paciente además presenta una disminución de la hemoglobina de 14 g/dl a 8,6 g/dl. Se decide la internación de la paciente, con el diagnóstico de Mioma Cervical vs Mioma Parido, para su estabilización y posterior cirugía. En el acto quirúrgico se decide la histerectomía abdominal total, luego se ingresa a vagina y se constata un pedículo, el cual se pinza, secciona y liga, dicha pieza operatoria unida al pedículo se retira por vía vaginal, culminación de la cirugía con hemostasia satisfactoria y sin complicaciones. Al examinar la pieza operatoria se constata y se realiza el diagnóstico post operatorio de Pólipo Miomatoso Gigante Pediculado de Endocérvix.

**DISCUSIÓN:** Los pólipos cervicales son comunes y representan el 4 a 10 % de todas las lesiones cervicales, sin embargo los pólipos gigantes raramente aparecen. Los pólipos cervicales se consideran la forma más frecuente de tumor benigno de cérvix. Constituyen de un 3 a un 10% de las consultas ginecológicas; presentan máxima incidencia entre la 4° y 5° década de la vida. Entre la sintomatología comúnmente asociada a los pólipos cervicales gigantes reportados, se encuentran en orden de frecuencia: sangrado, leucorrea y otros referidos con menor frecuencia retención urinaria, dolor en región inferior del abdomen, dispareuria y dismenorrea, llamando la atención que solo uno de los reportes describe entre su sintomatología la sensación de masa intravaginal. Nuestra paciente refirió, dificultad para orinar y sensación de pesadez a nivel de hipogastrio, generalmente el tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, van desde los 2 días hasta los 7 años. Los pólipos se pueden detectar durante el examen genital como una masa polipoide que sobresale del introito vaginal o al esfuerzo. Puede ser necesario diferenciarlos de miomas submucosos, pólipos endometriales, carcinoma endocervical, sarcoma, prolapsos, productos de la concepción, rabdomiosarcoma y una variante muy rara como es el pólipo fibroepitelial cervical. En este caso el diagnóstico se realizó mediante examen físico. En cuanto al tratamiento de los pólipos gigantes, este se realiza mediante la polipectomía ya que, aunque suelen ser benignos, deben someterse a examen patológico para descartar malignidad asociada que puede ocurrir hasta en un 1,5% de los casos. La extirpación del pólipo, que si no es completa, suele dar recidivas, y por lo general se produce en 6 a 12 meses después de la escisión. En el caso de los pólipos asintomáticos se debe realizar un seguimiento, ya que con el tiempo se pueden volver sintomáticos. Determinantes socio-económicos, como la falta de educación, el parto domiciliario, desinterés por un control ginecológico periódico y la falta de atención en los servicios primarios de salud, sumado a ello, la escasa importancia que las pacientes le dan en etapas tempranas de la enfermedad, y su discreta sintomatología en etapas avanzadas, contribuyen a



que este tipo de casos, como el presente, cursen con una larga evolución sin busca de ayuda para su tratamiento.

**PALABRAS CLAVES:** Pólipo endocervical.

## **PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN PACIENTE CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESTADIO INICIAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**Vicente Acuña-Carlos Wildberger-Gustavo Britez-Sara Moreno**

*Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Cátedra de Clínica Ginecoobstetrica*

**INTRODUCCIÓN:** A nivel mundial, el cáncer de cuello uterino (CCU), es el cuarto tumor maligno más frecuente en las mujeres<sup>1</sup>. En los países de bajos recursos, es el segundo cáncer más frecuente y la tercera causa de muerte por cáncer<sup>2</sup>. El diagnóstico en los estadios iniciales IA1 y IA2 se basa en el examen microscópico del tejido extirpado que debe incluir toda la lesión. La profundidad de la invasión no debe ser mayor a 5 mm y la extensión horizontal, no debe exceder los 7 mm<sup>3</sup>. En el estadio IA1 la conización es el tratamiento de elección<sup>4</sup>. En el estadio IA2 es necesario realizar una linfadenectomía<sup>5</sup>. El tratamiento recomendado es una histerectomía radical con linfadenectomía pélvica. Si se desea preservar fertilidad, las opciones son: conización cervical con linfadenectomía pélvica laparoscópica o traquelectomía radical abdominal, vaginal o laparoscópica más linfadenectomía pélvica realizada de acuerdo al abordaje quirúrgico<sup>6</sup>. La identificación del ganglio centinela puede ser considerado en el CCU en estadios iniciales<sup>6</sup>.

**CASO:** Paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, con antecedentes ginecoobstetricos: menarca: 18, ritmo 31/7, Gestas: 0. Sin antecedentes patológicos personales de valor. Se realiza estudio de cuello que informa colposcopia con hallazgos anormales consistentes en epitelio acetoblancos denso, mosaico fino, en horas 6 a 11, sin penetración al canal endocervical y citología negativa para lesión intraepitelial. Posteriormente se realiza LEEP, que informa carcinoma in situ con extensión endoglandular con margen ectocervical comprometido, y grado endocervical, que retorna negativo. Por lo que es sometida a conización cuyo resultado es carcinoma escamoso superficialmente invasor de cuello uterino, compromete hora 10 la circunferencia cervical. El tumor infiltra en profundidad hasta 4 mm y 6 mm en extensión en el canal endocervical. No se observa invasión vascular ni linfática. Margenes quirúrgicos libres. Ante dicho hallazgo anatomopatológico se realiza el diagnóstico de CCU estadio IA2 y se completa el tratamiento con linfadenectomía pélvica laparoscópica, siendo todos los ganglios negativos.

**DISCUSIÓN:** La importancia de la cirugía conservadora tiene gran importancia debido al aumento de la incidencia de CCU en pacientes jóvenes sumado a que hoy en día las mujeres retrasan la maternidad. El resultado del tratamiento oncológico conservador no difiere de los tradicionales.

## **PREVALENCIA DE ABORTOS HOSPITAL GENERAL BARRIO OBRERO**

**Mirian Fabiola Aquino - Luis Fernando Lopez - Patricia Minozzo**

*HGBO. Servicio de Ginecología y obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gr. Se divide a este cuadro en dos grandes grupos: 1) abortos espontáneos, los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación; 2) abortos provocados, aquellos en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas, y tardío, a las 12 semanas o más.

**CLASIFICACION CLÍNICA DEL ABORTO:** amenaza de aborto: imminente, inevitable, diferido, en curso Aborto completo e incompleto; aborto infectado. Existen factores Fetales, Maternos, entre los maternos podemos citar: Infecciones, Enfermedades crónicas, Anomalías endocrinas y Drogas, Factores ambientales, Factores inmunitarios, Traumatismo, Defectos uterinos. Conducta clínica y terapéutica Causas generales extra ovulares (lúes, tuberculosis, miomas uterinos, etc.), es lógico suponer que, mientras no se solucione el problema general etiológico, la gestación no podrá seguir su evolución completa y normal. Los síntomas que dominan el cuadro son el dolor y la hemorragia. Para inhibir las contracciones uterinas se utiliza, como medida fundamental, el reposo absoluto; no hay evidencias que demuestren que la terapéutica con progesterona ya sea por boca o vía vaginal sea útil en el manejo de la amenaza de aborto. Cuando, pese al tratamiento instituido, el cuadro progresa y el cuello se dilata en su orificio interno (aborto inevitable), la conducta, variara en las dos circunstancias. Al observar el elevado número en que ocurre en nuestro servicio nos abocamos a la realización del trabajo con la finalidad de determinar la prevalencia en la que ocurre, en que semana de gestación se da con mayor frecuencia y algunos de los factores que favorecen en la aparición del aborto ya sea las infecciones, los traumatismos u otras causas. Para la realización de dicho trabajo tomamos como población a las pacientes que acuden al Hospital General de Barrio Obrero desde el mes de enero a junio utilizando el SIP que se encuentran en el fichero.

**OBJETIVOS:** Determinación de la prevalencia de casos de abortos en HGBO desde el mes de enero a junio de 2017 y de los tratamientos realizados a las pacientes. Encontrar factores de riesgo en las embarazadas que terminan en aborto.

**RESULTADOS:** Un total de 1917 pacientes atendidas en HGBO, se realizaron 1485 procedimientos obstétricos de los cuales 284 fueron evacuaciones uterinas (AMEU: 176, LUI: 108)

**CONCLUSIÓN:** el aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación sea esta espontaneo o provocado, presenta varias etiologías y causas, en nuestro servicio se presentó un elevado número de casos de aborto

en los que la resolución quirúrgica sea LUI o AMEU fue el tratamiento definitivo de dicha patología sin mayores complicaciones. Una mayor conciencia, realizar planificación familiar y adecuados controles prenatales disminuiría el número de abortos espontáneos o provocados en nuestra población de pacientes

## PREVALENCIA DE ANEMIA EN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL GENERAL BARRIO OBRERO DURANTE EL AÑO 2017

*Alice Gayoso - Mirta Zarza*

*Hospital General Barrio Obrero. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

La Anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo y también se ha relacionado con complicaciones en el recién nacido. La OMS define a la anemia durante la gestación cuando la hemoglobina es  $<11\text{g/dL}$  y un hematocrito  $<33\%$ . Constituye uno de los problemas de mayor prevalencia en las mujeres embarazadas y complicaciones perinatales a nivel mundial. La causa más común en los países subdesarrollados es por déficit de hierro.

Las causas están asociadas al propio embarazo, por el aumento en un 50% del volumen de sangre en la gestante, mientras que los glóbulos rojos no se incrementan y su concentración en la sangre permanece disminuida hasta el final de la gestación. Los Factores de riesgos son: multiparidad, periodo intergenésico corto, antecedentes de menstruaciones abundantes, dieta de baja biodisponibilidad de hierro, adolescentes y parasitosis.

El Diagnóstico se realiza con el Interrogatorio, examen físico y estudios de laboratorio (Hg, Índice Hematimétricos, morfología eritrocitaria, pruebas del estado de Hierro).

El Tratamiento debe apuntar a corregir la anemia, almacenar hierro en depósitos y corregir la causa primaria. Según el "Manual Nacional de Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos", indica que si la  $\text{Hb} > 0 = a 11\text{g/dl}$  se indica Hierro  $60\text{mg/día} + \text{Ácido Fólico } 0,4 \text{ mg}$ . Si la  $\text{Hb} < 11\text{g/dl}$ : Hierro  $120 \text{ mg} + \text{Ácido Fólico } 0,4 \text{ mg}$  se indica hasta el parto y seguir tres meses postparto, luego controlar a los 2 meses con nuevo control de hemoglobina.

Indicación de transfusión: En pacientes con anemia es una decisión clínica que debe adoptarse dentro del siguiente contexto:  $\text{Hg} \geq 7 \text{ g/dl}$ : No transfundir, excepto para corregir Hipoxemia en pacientes con Insuficiencia Respiratoria. Con  $\text{Hg} < 7 \text{ g/dl}$ : Transfundir GRC isogrupo-isofactor.

Como Objetivos tenemos la determinación la prevalencia de anemia en las embarazadas que acuden a control prenatal HGBO, de enero a diciembre del 2017 y tratar los casos positivos.

Como Población Total tenemos 1.917 pacientes con atención en HGBO. La Población Enfocada es un total de 1.200. La Prevalencia de embarazadas con Anemia es de 1,56% que corresponde a 30 casos positivos. Dentro de esos casos, tenemos 5

con Anemia Severa, 23 con anemia moderada y 2 con anemia leve. Se concluye que la tasa de prevalencia de embarazadas con Síndrome Anémico que acudieron a control prenatal en el HGBO es de 1,56 %. El mayor porcentaje fue clasificado con anemia moderada. El mayor porcentaje de factores de riesgos presentados en las embarazadas con síndrome anémico es la multiparidad seguido muy de cerca por el periodo intergenésico corto, y un menor porcentaje corresponde a mujeres cuya elección de método anticonceptivo pre gestacional fue DIU. Las complicaciones más frecuentes observadas en las embarazadas con síndrome anémico fueron RPM y APP, ambas en igual porcentaje.

Con este trabajo de investigación se pretende evaluar la prevalencia y los factores asociados al desarrollo de este síndrome, a fin de elaborar protocolos de acción que conlleven a la disminución de la morbimortalidad materna relacionados a este síndrome.

## RABDOMIOSARCOMA BOTRIOIDE DE CÉRVIX UTERINO EN UNA MUJER ADULTA. REPORTE DE UN CASO

*Nicely Arréllaga, Vicente Acuña, María Santos, Mario Vera Corna, Vicente Villalba*

*Hospital Materno-infantil San Pablo. Servicio de Gineco-Oncología*

**INTRODUCCIÓN:** El rabdomiosarcoma botrioide del cérvix uterino es en términos generales una neoplasia poco frecuente, generalmente ocurre en pacientes en la primera y segunda décadas de la vida, rara vez afecta a individuos de mayor edad. Recientemente se ha descrito que esta neoplasia cuando se encuentra localizada al cérvix tiene un pronóstico relativamente favorable, pudiéndose efectuar inclusive un tratamiento quirúrgico conservador. Sin embargo otros artículos mencionan que esto no siempre es así.

**OBJETIVO:** Presentamos un caso de rabdomiosarcoma cervical en una mujer adulta de 35 años de edad que fue un hallazgo incidental.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente de sexo femenino de 35 años de edad, Gestas 0, Para 0, Abortos 0, quien consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor en bajo vientre intermitente de moderada intensidad, sangrado por vía vaginal irregular en escasa cantidad y sensación de cuerpo extraño en vagina. Se constata a la especuloscopia una tumoración tipo polipoidea proveniente del canal endocervical de aproximadamente 5 a 7 cm de longitud de coloración rojiza y escasamente sangrante. El pólipo se eliminó parcialmente por poliectomía. Se realiza toma de biopsia y el diagnóstico anatomopatológico es un RABDOMIOSARCOMA BOTRIOIDE. Un mes después se le realiza Histeroscopia diagnóstica y quirúrgica donde se constata tumoración tipo polipoidea sangrante de 2cm que protruye a través del cérvix, cavidad uterina de tamaño normal, endometrio en fase proliferativa. Se toma muestra de endometrio y endocervix y el reporte anatomopatológico informa RABDOMIOSARCOMA

BOTRIOIDE EN MUCOSA ENDOCERVICAL. Endometrio sin evidencia de proceso neoplásico maligno. Tras la valoración del caso por el comité oncológico multidisciplinar se indica tratamiento quirúrgico inicial. Dos meses después se efectúa anexohisterectomía abdominal total encontrando a la neoplasia limitada al estroma cervical. Se comenta el caso en Comité Oncológico, y se decide someter a la paciente a quimioterapia adyuvante o radioterapia una vez que mejore su condición general.

**CONCLUSIONES:** Aun cuando es muy rara la aparición del Rabdomiosarcoma Botrioide del tracto genital por arriba de los 30 años, esta entidad patológica debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial, tanto clínico como histológico. En nuestro caso esperamos un comportamiento biológico favorable por estar localizada la lesión exclusivamente en el estroma cervico vaginal, sin embargo el tiempo de seguimiento es todavía muy corto. Hasta ahora, el tratamiento no ha sido bien definido y va desde la cirugía conservadora a la radical. Aunque el enfoque de la modalidad combinada ha dado constantes resultados aceptables, se espera una investigación más amplia sobre los casos de sarcoma botrioide del cuello uterino. El conocimiento de una lesión tan poco común y sus implicaciones clínicas es importante para evitar un diagnóstico erróneo. Se deben hacer todos los esfuerzos durante la fase diagnóstica y terapéutica para ofrecer a estos pacientes la mejor posibilidad de supervivencia. Se necesitan más estudios sobre el mejor enfoque, los protocolos de quimioterapia y los resultados en adultos.

**PALABRAS CLAVE:** Rabdomiosarcoma Botrioide, cervix, mujer adulta.

## RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS EN GESTANTES CON ECOGRAFÍA DOPPLER DE LA ARTERIA UMBILICAL PATOLÓGICA.

*Sandra Godoy - Gladys Vázquez*

*Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** la flujometría Doppler de la arteria umbilical permite evaluar el grado de insuficiencia placentaria y es un poderoso factor pronóstico de resultado perinatal adverso en embarazos de alto riesgo. Objetivo: determinar la frecuencia de resultados perinatales adversos en gestantes con ecografía Doppler de la arteria umbilical patológica, realizadas en el Hospital Nacional de Itauguá en los años 2014 al 2017.

**METODOLOGÍA:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el Hospital Nacional, donde se estudiaron 111 gestantes con Doppler de la arteria umbilical patológica y se describieron los resultados perinatales adversos, definiendo como criterio de adversidad: Apgar <7 al quinto minuto, cesárea por alteración del bienestar fetal, internación y muerte perinatal. Se describieron también las morbilidades maternas hipertensivas.

**RESULTADOS:** en 96 (86,5%) recién nacidos se encontró al menos un resultado perinatal adverso. Se registraron 79 (72%) nacimientos prematuros y 77 (74%) casos de RCIU. Se constataron 7 (7%) muertes perinatales, de los cuales 5 habían presentado flujos de fin de diástole ausente o reverso. La patología materna más frecuentemente asociada fue hipertensión: gestacional en 45 (40,5%) y pregestacional en 32 (29%).

**DISCUSIÓN:** los resultados adversos la presencia de al menos uno de los siguientes parámetros al momento del nacimiento: internación del recién nacido, Apgar menor a 7 al 5º minuto, cesárea por distress fetal durante el trabajo de parto y muerte fetal intraútero. Los resultados de la investigación demuestran un alto porcentaje (86,5%) de resultados perinatales desfavorables en presencia de alteración del Doppler umbilical, similares fueron los resultados obtenidos por Rochelson y cols, quienes estudiaron a gestantes complicadas con fetos pequeños para la edad gestacional y Doppler de la AU patológica; se encuentra una mayor incidencia de oligoamnios, cesáreas por distress fetal, internaciones en UCIN, y muertes perinatales (2). Se constatan 72% de nacimientos pre-término, con una media de  $34,7 \pm 3,5$  semanas, en el estudio realizado por Yadav et al, donde se encontró 65% de prematuridad, con una EG media de  $35,2 \pm 1,95$  semanas (7), el 50% de los neonatos nacieron con bajo peso (entre 2499g y 1500g) y el 29% restante nació con pesos menores a 1500g. A su vez, al evaluar la relación entre el peso y la EG, se encuentra un 70% de neonatos pequeños para la EG, con lo cual se considera a este grupo de niños como portadores de RCIU. Estudios previos que también analizaron el peso al nacer, observaron una relación estadísticamente significativa entre el Doppler anormal de la AU y la RCIU ( $p=0,01$ ), así como también entre el mismo Doppler y el bajo peso al nacer, con una media de  $2217 \pm 115$ g al nacer ( $p<0,05$ ); resultados que coinciden con los hallazgos del estudio. (7, 8, 9).

**CONCLUSIÓN:** la frecuencia de resultados perinatales adversos fue de 86,5% en gestantes con Doppler de la arteria umbilical patológica. La mortalidad perinatal aumenta con flujo de fin de diástole ausente o reverso. Se encontró patologías maternas hipertensivas.

**PALABRAS CLAVE:** Doppler, arteria umbilical, resultado perinatal.

## ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO PRE-VIABILIDAD.

*Graciela Beatriz Vera Aldama*

*Hospital Central del IPS. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** La rotura prematura de membranas (rpm), se define como la solución de continuidad de la membrana corioamniótica. Ocurre en un 8 a 10% de las embarazadas y de ello un 20% corresponde a embarazos de pretermino. Se denomina espontánea cuando ocurre antes del inicio del trabajo de parto. Si dicha rotura ocurre antes de las

37 semanas se clasifica como rotura prematura preterminio de membranas ovulares. Según la edad gestacional se subdividen en RPM cerca del término (entre las 34- 36 semanas), RPM lejos del término (entre 24 y 34 semanas) y rpm pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad que varía según la institución u hospital. La RPM pre-viabilidad es una complicación obstétrica infrecuente (1-7/1000 gestaciones) es una complicación obstétrica de manejo complejo, asociado a morbilidad materna y morbimortalidad fetal. El término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo, este periodo junto con la edad gestacional determinan el pronóstico y manejo del embarazo. El manejo, está influenciado por la edad gestacional y la presencia de complicaciones como infección clínica, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto o estado fetal.

**PRESENTACION DEL CASO:** paciente nulípara cesareada anterior gestante de 15 semanas + rotura prematura de membranas de 2hs de evolución, a la especuloscopia se constata pérdida de líquido en moderada cantidad, se realiza ecografía obstétrica que informa amnhydramnios, queda internada con diagnóstico de aborto inevitable. Se decide conducta expectante por sala, se inicia antibioticoterapia, controles laboratoriales y ecográficos, evoluciona favorablemente a embarazo preterminio de 32 semanas.

**DISCUSION:** La RPM previability. Constituye una patología de relevancia clínica y ética. La hospitalización de las pacientes con RPM del segundo trimestre durante todo el periodo de latencia es la conducta recomendada por el riesgo de complicaciones maternas y fetales mayores. Los estudios muestran que la supervivencia aumenta con la edad gestacional de la ruptura de membranas y el peso al nacer. Esto indica que el periodo de latencia es un factor importante en la supervivencia neonatal. Se recomienda manejo expectante en embarazos menores de 34 semanas y activo entre las 34 y 36 semanas, el manejo expectante está cobrando fuerza gracias a los avances en la medicina neonatal, logrando la sobrevida, pese al costo emocional y económico que conlleva. La profilaxis usando antibióticos para prolongar la latencia y una dosis simple de esteroides antenatal puede ayudar a reducir el riesgo de infección y morbilidad neonatal dependiente de la edad gestacional.

**PALABRAS CLAVES:** rotura prematura de membranas, previability fetal, embarazo preterminio, latencia, aborto inevitable, amnhydramnios.

## SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER TIPO II. REPORTE DE UN CASO.

*Nicely Arréllaga-Francisco Añazco-Arminda Cuéllar-Bruna Negrete-Patricia Irala-Vicente Acuña-Mario Vera-Juan Ferreira-Silvio Galeano*

*Hospital Materno-infantil San Pablo. Servicio de Laparoscopia y Ginecología*

**INTRODUCCIÓN:** Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küs-

ter-Hauser, es una anomalía poco frecuente, causada por aplasia de conductos de Müller, se caracteriza por ausencia congénita de vagina, alteraciones uterinas (variedad tipo I), acompañada de alteraciones renales y/o esqueléticas (variedad tipo II), con fenotipo femenino y función ovárica normal. Dentro de los hallazgos anatomopatológicos, se incluyen la ausencia de vagina y alteraciones variables del desarrollo uterino, que abarcan desde la ausencia total de éste, pasando por la existencia de un útero rudimentario en la línea media, hasta, más frecuentemente, cuernos uterinos rudimentarios cercanos a las paredes pélvicas laterales. La forma de presentación más frecuente es la amenorrea primaria, en una joven con un desarrollo puberal normal. Al examen ginecológico, se aprecian genitales externos normales; himen normal; vagina totalmente ausente o hay un fondo de saco corto. Otro motivo de consulta, menos frecuente, es algia pélvica, la cual puede deberse a la existencia de endometrio funcional, con hematometra secundaria (algia pélvica cíclica), o al desarrollo de endometriosis, consecuencia del flujo menstrual retrógrado secundario a la obstrucción del tracto de salida. La repetición de menstruaciones sin salida del flujo al exterior lleva al desarrollo de hematócolpos.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente femenina de 14 años de edad, núbil, acude por presentar amenorrea primaria, dolor pélvico intenso, coincidiendo una vez al mes, sin antecedente de menarquia. Al examen físico encontramos presentes caracteres sexuales secundarios normales, genitales femeninos externos normales, destacaba un desarrollo puberal compatible con estadio Tanner IV, himen intacto, sindactilia en manos y pies. La Ecografía y Resonancia Magnética definen múltiples malformaciones congénitas, alteración de la anatomía uterina visualizándose dos cavidades, cavidad endometrial derecha con imagen compatible con hematometra, agenesia renal izquierda, riñón derecho con anomalía de posición, cuellos uterinos no visualizados. Se obtuvo dosaje hormonal normal y cariotipo 46XX.

**CONCLUSIONES:** La laparoscopia detectó la presencia de un hemi-útero izquierdo con una cavidad rudimentaria derecha (funcional) caracterizado por la ausencia de comunicación con la misma (U4a ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies). Además se identificó la trompa y el ovario del hemi-útero derecho, ausencia de trompa y ovario correspondiente a la cavidad rudimentaria derecha, cuellos uterinos no visualizados (C4 ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies) riñón izquierdo no identificado, focos endometriósicos dispersos en toda la cavidad. Al examen ginecológico, se aprecian genitales externos normales; el himen normal; la vagina representa un fondo de saco corto (V4 ESHRE/ESGE classification Female genital tract anomalies). La presencia de una cavidad funcional en la parte contralateral del hemi-útero, es el único factor clínicamente importante para las complicaciones como la hematometra o el embarazo ectópico en el cuerno rudimentario, por lo que se procedió a la extirpación laparoscópica del mismo. Dentro de las anomalías del desarrollo, las malformaciones genitales, y principalmente las femeninas, tienen una connotación e impacto personal y social especial, producto de la amenaza que representan para el futuro reproductivo, y la ba-

rrera que imponen para llevar una vida sexual normal. Conocer más sobre este síndrome conduciría a lograr diagnósticos más rápidos, tratamientos adecuados, y mejores decisiones terapéuticas.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser; Diagnóstico; Tratamiento.

## SÍNDROME DE OGILVIE POSCESÁREA

**Edith Britz- Rogelio Sosa- Vicente Bataglia**

*Hospital Central De Ips. Servicio De Ginecología Y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Ogilvie o Seudo obstrucción aguda del colon fue descrito en 1948 por Sir Ogilvie. Se caracteriza por una dilatación masiva y aguda del colon, especialmente colon derecho, en ausencia de obstrucción orgánica del intestino; sus complicaciones por excelencia son la isquemia y la perforación, que cuando se establecen pueden tener una mortalidad de hasta el 50%. Si no se trata precozmente puede conducir a la perforación, peritonitis y muerte, generalmente se presenta en enfermos con una condición médica o quirúrgica grave y en pacientes gineco-obstétricas. Presentación del caso: Paciente con síndrome de Ogilvie postcesárea mediata (35 hs) por sospecha de feto macrosómico, presenta cuadro de inicio brusco de 11 hs de evolución aproximadamente con distensión abdominal progresiva con dificultad para la respiración, náuseas que llegan a las vómitos en varias oportunidades al inicio de contenido alimentario en moderada cantidad que luego toman un aspecto líquido y coloración amarilla; que no ceden con la instalación de SNG (sonda nasogástrica), simeticona 200 mg vía oral y realización de enemas evacuadores por retención de gases. A la radiografía simple de abdomen se observa asas intestinales distendidas acompañadas de gran nivel hidroaéreo bilateral y ecográficamente asas intestinales dilatadas con contenido líquido y ausencia de peristaltismo; en la laparotomía exploradora se encuentra líquido serohemático de 100 cc aproximadamente, ciego y colon ascendente muy dilatados sin signos de isquemia; se confecciona cecostomía en fosa iliaca derecha. La paciente evoluciona sin novedad. Discusión: Se postula que existe una alteración en la coordinación de los nervios autonómicos del colon, con una excesiva inhibición del parasimpático o una mayor actividad simpática, también se ha observado que una serie de drogas entre las que se encuentran los bloqueadores de canales del calcio pueden asociarse al síndrome. En las pacientes obstétricas se ha relacionado con la perfusión de oxitocina por su influencia en la motilidad intestinal y la anestesia epidural, los cuales no fueron utilizados en esta paciente. Su diagnóstico junto con la clínica es radiológico. El tratamiento inicial es conservador, siendo la instalación de SNG, alimentación parenteral y/o la descompresión por colonoscopia las medidas indicadas, dejando la cirugía para los casos de fracaso a la terapia médica y para la isquemia o perforación de colon, lo cual fue necesario en la paciente por la evolución tórpida.

**PALABRAS CLAVES:** síndrome de Ogilvie, pseudo obstrucción, cesárea.

## SECUESTRO PULMONAR. INFORME DE CASO

**Laura Pinazo-Juan Galeano-Teresa Osnaghi-Nathalia Toñanez-Joaquin Galeano Monti**

*Hospital de Clinicas-Facultad de Ciencias Medicas. Catedra de Clinica Gineco-Obstetrica*

**INTRODUCCIÓN:** El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, caracterizada por un segmento anormal de tejido broncopulmonar irrigado por una arteria anómala de origen sistémico, sin comunicación con el árbol traqueobronquial. Se puede clasificar en las variedades intralobar y extralobar. La variedad intralobar es la más frecuente. El diagnóstico definitivo de una masa superior fetal solo puede hacerse después del nacimiento, tras una serie de revisiones ultrasonográficas o de imágenes.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 35 años de edad, primípara cesareada anterior, tercigesta, con Diabetes Mellitus Tipo II y Enfermedad de Graves Basedow. En la exploración ecográfica básica realizada en la semana 28 se observa en hemitorax izquierdo una imagen ecogénica con quistes en su interior que mide 34x27 mm, presentando vascularización proveniente de la porción inferior de la aorta torácica, que podría corresponder a un secuestro broncopulmonar, se observa además desplazamiento secundario del corazón hacia adelante, no se descarta otra etiología, líquido amniótico en cantidad aumentada. En la exploración ecográfica realizada en la semana 35 de gestación se observa como persiste la imagen multiquística que mide 43x21 mm. Finalizando la gestación a las 37 semanas y 6 días por vía alta. Hallazgos neonatales Sexo: masculino, 38,5 semanas por Capurro, 3680 g, talla 52 cm, APGAR: 08/09. Posterior al nacimiento se realiza Tomografía de tórax donde se constata en región posteromedial de base pulmonar izquierda una masa de densidad tisular, homogénea, bien delimitada de contornos lisos que mide 3,7x3,2x2,8 cm, que no presenta comunicación evidente con árbol traqueobronquial; en fase arterial se constata vascularización de la misma por una rama que nace directamente de la aorta torácica, próxima a su pasaje por el hiato diafragmático. Se realiza excéresis del segmento lobar inferior (lóbulo afuncionante), hepatizado (símil bazo) de 5 x 3 x 3 cm aproximadamente, con vaso nutricio único, que sale de la aorta diafragmática por encima del diafragma, el cual se encuentra indemne. Dicho fragmento se envía a anatomía patológica, la cual retorna que se constata fragmento compatible con secuestro pulmonar.

**DISCUSIÓN:** El caso presentado ilustra la dificultad diagnóstica en este tipo de lesiones, por lo que se debe conocer cuáles son los posibles diagnósticos diferenciales y sus tratamientos adecuados. Los diagnósticos diferenciales constituyen la malformación adenomatosa quística congénita de forma más frecuente, hernia diafragmática, quiste broncogénico y quiste pericárdico. Existen muy pocas descripciones de casos aislados de masas ecográficas con diagnósticos prenatales de secuestro pulmonar que luego del nacimiento fueron confirmadas y tratadas con éxito por lo que consideramos que la descripción de este caso es de gran valor.



**CONCLUSIÓN:** Tomando en cuenta el caso de referencia se puede inferir que para llegar al diagnóstico acertado de este tipo de lesiones es bastante complejo, ya que dicha patología es una malformación congénita poco usual.

**PALABRAS CLAVES:** Secuestro pulmonar, masa torácica fetal, anomalías congénitas del pulmón.

## SINDROME DE HERLYN WERNER WÜNDERLICH: PRESENTACIÓN DE CASOS

*Vicente Acuña-Josefina Jara-Cynthia Lima-Mabely López-Liz Navarro-Ricardo Ochoa*

*Hospital de Clínicas. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** En 1971 la anomalía caracterizada por una hemi-vagina obstruida y agenesia renal ipsilateral se le denominó Síndrome de Herlyn-Werner. En 1976, se asoció a útero didelfo denominándolo Síndrome Herlyn-Werner-Wunderlich (HWWS) y recientemente: síndrome OHVIRA. Representan a anomalías del conducto de Müller asociados con las del conducto mesonéfrico. Derivadas de la falta de desarrollo, defectos de fusión vertical o lateral, o falta de absorción de los conductos de Müller (paramesonéfrico). Incidencia: 1/200 – 600 mujeres fértiles. Más frecuente lado derecho. Presentación variable: desórdenes en la menstruación, dolor abdominal, masa abdominal, endometriosis, infertilidad o retención urinaria aguda. Diagnóstico tardío; al inicio la menstruación es normal, solo después de varios ciclos menstruales se hace sintomático con dolor abdominal. Anamnesis y examen físico son importantes y se complementa con ultrasonografía (estudio estándar) e incluso resonancia magnética.

**CASOS:** Caso1: Paciente de sexo femenino, 16 años, antecedente de menometrorragia desde el inicio del ciclo menstrual. Menarca: 13 años, sin inicio de relaciones sexuales, lo que dificultó la exploración física. Ecografía ginecológica: Útero bicorne o doble, imagen quística en relación al canal vaginal, sugerente de hematocolpos. Riñón derecho aumentado de tamaño. Riñón izquierdo no visualizado. RMN de pelvis con contraste: visualizándose dos cuerpos uterinos con anatomía zonal normal y un septo vaginal en tercio superior de la vagina con distensión de la hemivagina izquierda sugestivo de útero didelfo asociado a agenesia renal izquierda. Se realiza HSC+ LSC, se constata útero doble, siendo el del lado izquierdo de mayor tamaño. Se visualiza cuello uterino derecho y a nivel del fondo de saco vaginal lateral izquierdo se observa abombamiento correspondiente a cérvix del útero izquierdo, se procede a permeabilización del mismo, con salida de pus y posterior marsupialización. Caso2: Paciente de sexo femenino, 15 años, antecedentes de dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico, asociado a vómitos, por lo que requiere internación. Ecografía abdominal ginecológica: útero unicorne unicollis comunicante con hematometra. Agenesia renal izquierda. Ectasia piélica en riñón derecho. Se realiza HSC+ LSC. Se constata útero doble, útero del lado derecho sin particularidades y una tumoración con fondo ciego

del lado izquierdo, el cual se permeabiliza mediante incisión con bisturí frío, con salida de líquido espeso achocolatado. Pese a la colocación de tutor intrauterino se constató recidiva en el caso y se intervenció por hematocolpos.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico precoz es vital para evitar complicaciones como piosalpinx e infertilidad, además de reintervenciones por recidivas a causa de hematocolpos que se presenta por la existencia de septo vaginal obstructivo vertical. Debido a que este septum produce alteración en el drenaje del material hemático de una de las dos cavidades vaginales, la sangre se colecciona en la hemivagina. Los síntomas se inician cuando la cavidad vaginal es distendida por la acumulación hemática. El tratamiento de elección es quirúrgico, mediante resección y marsupialización de la vagina septada.

**CONCLUSIÓN:** El Síndrome Herlyn-Werner-Wunderlich caracterizado por hemi-vagina obstruida, agenesia renal ipsilateral asociado a útero didelfo es una malformación rara, cuyo diagnóstico precoz incide en el tratamiento. La ecografía es el gold estándar. Requiere de un tratamiento quirúrgico.

## SINDROME METABOLICO Y PATOLOGIA GINECOLOGICA. SERVICIO DE GINECOLOGIA. HCIPS. 2017

*García - Maria Jose. Sarquis - Rocío. Adorno - Rafael. Gonzalez - Liz K. Bataglia - Vicente.*

*HCIPS. Servicio de Ginecología*

**INTRODUCCIÓN:** El SM es una epidemia y problema de salud pública preocupante, debido a la creciente prevalencia de obesidad y estilos de vida poco saludables. Padecerla, está asociada a 5 veces más riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, y 3 veces aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular, con disminución en la supervivencia. Después de la menopausia, su prevalencia aumenta más en relación a un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, por el decremento del tenor estrogénico y su factor protector.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de SM y su asociación a patología ginecológica en pacientes internadas en el Servicio de Ginecología del HCIPS en el año 2017.

**METODOLOGÍA:** Retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

**RESULTADOS:** Fueron internadas 600 pacientes en el Servicio de Ginecología. La edad promedio fue de 50 años. 57 % eran premenopáusicas y 43 % postmenopáusicas. Solo el 18% se encontraba con normopeso 38% padecían sobrepeso y 44% obesidad. Relacionando estado nutricional con estado menopáusico de las pacientes, tanto las pre como las post menopáusicas presentaban en su mayoría IMC mayor a 25, siendo del 80% y 90 % respectivamente. La prevalencia de SM fue diferente según los criterios empleados para diagnóstico. Según NCEP ATP III fue de 23 % y según IDF que tiene en cuenta la obesidad como factor indispensable su prevalencia aumentó siendo del 63 %. Agrupamos a las pacientes con diagnóstico de SM según las patologías ginecológicas por las cuales fueron ingresadas y según

su estado menopáusico y observamos que en las pre menopáusicas 51.7% el diagnóstico ginecológico fue Miomatosis uterina, seguidamente engrosamiento endometrial en 18.9%, pólipos endometriales en 10.3 %, hiperplasia endometrial benigna en 6.8% y cáncer endometrial en un 3.4%, todas estas patologías guardan relación al diagnóstico de SM. En las post menopáusicas se agregó la presencia de sangrados de la post menopausia, en un 35 % de los casos. El porcentaje de cáncer endometrial fue bastante importante siendo del 7,1%.

**DISCUSIÓN:** Este estudio demuestra que la prevalencia del SM en la población estudiada fue elevada, pero los resultados fueron diferentes al utilizar diversos criterios diagnósticos, tal como ocurre en la estadística mundial. Comparando nuestro estudio con uno realizado en Virginia, los resultados fueron similares, en el estudio citado, el diagnóstico de SM según criterios de IDF, en cualquier población estudiada, fue del 70% y en el nuestro fue de 63% una diferencia poco significativa.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de SM en pacientes internadas en el servicio de Ginecología en el año 2017 fue diferente de acuerdo a los criterios empleados para su diagnóstico. Las patologías ginecológicas asociadas al SM fueron patologías en las cuales se ve aumento de estrógeno, lo cual se encuentra relacionado con la obesidad, estos a su vez variaron de acuerdo al estado menopáusico de la paciente, pudiendo ver que en las pre menopáusicas abundan los casos de miomatosis uterina y en las post menopáusicas las hemorragias vaginales.

## TAMOXIFENO Y PATOLOGÍA ENDOMETRIAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL "DR. EMILIO CUBAS". AÑO 2016

*García - Ma. José. Servín - Karina. Navarro - Eliza. Gonzalez - Liz K. Bataglia - Vicente.*

*HCIPS. Servicio de Ginecología*

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente de la mujer. Actualmente es considerada como enfermedad sistémica. Por este nuevo enfoque de la enfermedad neoplásica la quimioterapia y la endocrinoterapia en concreto el uso de tamoxifeno representa uno de los pilares terapéuticos de esta enfermedad. Este fármaco tiene acción antiestrogénica en la mama y estrogénica a nivel endometrial y su empleo está relacionado con un incremento de lesiones endometriales.

**OBJETIVO:** Determinar los hallazgos anatomopatológicos encontrados en pacientes con diagnóstico ecográfico de endometrio engrosado que se encuentran en tratamiento con tamoxifeno como adyuvancia para el cáncer de mama, que fueron ingresadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas" en el año 2016.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Resultados: En el año 2016, fueron internadas en el servicio de Ginecología 32 pacientes con diagnóstico eco-

gráfico de Endometrio engrosado que presentaban diagnóstico previo de cáncer de mama y se encontraban recibiendo tratamiento hormonal con tamoxifeno. El rango etéreo oscilaba entre 32 años a 86 años, promedio 52,4 años. 71,9 % de las pacientes se encontraba en rango menopáusico, 28,1 % pre menopáusicas. Entre las post menopáusicas 60,9 % presentaron diagnóstico de endometrio engrosado como hallazgo casual y 39,1 % presentaron hemorragia de la post menopausia. En las pre menopáusicas 33,3 % presento sangrado uterino anormal y 66,6 % no. Los hallazgos ecográficos fueron en su totalidad Endometrio engrosado, variando la interfase endometrial de 8 a 26 mm. Todas fueron sometidas a histeroscopia diagnóstica los hallazgos encontrados correspondieron a atrofia quística endometrio atrofico engrosamiento focal endometrial. El hallazgo más frecuente pólipos endometriales. Una sola paciente sospecha de lesión de alto grado. En el procedimiento se obtuvieron muestras de tejido endometrial enviados a anatomía patológica, obteniéndose como resultado en el 34,4 % de los casos material endometrial sin atipias, en el 9,4 % endometritis crónica, en el 9,4 % de los casos pólipos atroficos, en el 15,6 % de los casos pólipos endometriales benignos, mientras que en el 18,7 % de los casos se encontró hiperplasia endometrial benigna. No se encontró Neoplasia intraepitelial endometrial ni cáncer de endometrio en las muestras de las pacientes analizadas. 37,5 % de las pacientes se encontraban durante el primer año de uso de tamoxifeno y 21,8 % cursaba su quinto año. No hay relación entre el tiempo de uso del tamoxifeno y la proporción de engrosamiento endometrial, el cual fue variable e independiente al tiempo de uso del mismo. Lo que si pudimos relacionar es el estado menopáusico y el grosor endometrial en el 77,7% de las pacientes que todavía no habían entrado a la menopausia presentaban valores de grosor endometrial por encima de 15 mm, lo cual se considera engrosado para cualquier etapa del ciclo endometrial.

**PALABRAS CLAVE:** tamoxifeno, endometrio, cáncer de mama, ecografía trasvaginal.

## TERATOMA DE OVARIO

**Gustavo Ortiz-Luis Obregon**

*Hospital Materno Infantil "Reina Sofia". Cruz Roja Paraguaya. Departamento de Ecografía*

**INTRODUCCIÓN:** El aumento de volumen de los ovarios es frecuente en las afecciones ginecológicas. Las masas tumorales en hemiabdomen inferior son causa frecuente de consultas ginecológicas; dentro de estas, los tumores de ovario son los más frecuentemente diagnosticados. Hay muchas clases de tumores del ovario, tanto benignos como malignos. Alrededor del 80 % son benignos y la mayoría de ellos aparece en mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 48 años. Los tumores del ovario no son tan frecuentes como los del útero y los de la mama, pero constituyen el tercer grupo de tumores benignos y malignos de la mujer. La experiencia de la clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido, pues si bien

muchos de ellos son claramente benignos, otros en su evolución pueden malignizarse. Alrededor del 75-85 % de los tumores de ovario son en principio benignos. La experiencia de la clínica revela la alta incidencia de tumores de ovario en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Por lo general, cuando es detectado, su tamaño es grande y el ultrasonido puede ayudar a plantear el diagnóstico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 19 años de edad, estudiante de medicina, que acudió al Departamento de Ecografía del Hospital Materno Infantil de la Cruz Roja Paraguaya remitida de otro Servicio por presentar tumoración abdominal de crecimiento brusco. Ultrasonido abdominal ginecológico: útero de tamaño normal. Región Anexial derecha: imagen tumoral mixta con dos áreas quísticas de paredes finas que miden 124 x 83,4 mm y otra de 82,3 x 51,1 mm, ésta presenta dos imágenes nodulares hiperecogénicas de 41,6 x 28,4 mm y de 41 x 25 mm y por último otra imagen quística de 50 x 40 mm que en su interior también presenta una imagen nodular hiperecogénica que mide 49,8 x 33 mm. Esta imagen muestra vascularización en los tabiques con índices medios de resistencia al Doppler Color IR: 0,63, pero no muestra vascularización evidente en las imágenes hiperecogénicas, de origen a determinar. Región anexial Izquierda: mide 55 x 22 mm con imagen folicular mayor de 7,4 mm y en su centro, imagen hiperecogénica que mide 23,7 x 13,4 mm que podría sugerir un Quiste Dermoide. FSD: líquido libre en pequeña cantidad. La paciente fue sometida a intervención quirúrgica. Se realizó laparotomía exploradora. Se realizó una incisión mediana infraumbilical. Se procedió a realizar anexectomía derecha, incisión en cuña del anexo izquierdo. Al segundo día de operada se encontraba con evolución satisfactoria. Fue dada de alta. En la primera consulta de posoperatorio la paciente continuaba asintomática y con evolución normal. El informe de anatomía patológica arrojó los siguientes resultados: (I) Ovario Izquierdo, quistectomía: fragmento de teratoma quístico maduro. Cuerpo luteo hemorrágico. (II) Anexo Derecho, anexectomía: teratoma maduro de 16 cm del ovario derecho. Trompa uterina congestiva y edematosa.

## TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA EN HIDROPS FETAL POR PARVOVIRUS B19. REPORTE DE CASO

*Lorena Sitzmann-Karina Servin-Miguel Ruoti*

*Instituto de Prevision Social. Servicio de Ginecología y Obstetricia*

**INTRODUCCIÓN:** El hidrops fetal es un grave proceso, de elevada mortalidad perinatal, de etiología multifactorial y caracterizado por anasarca generalizada, con o sin acumulación de líquido en las cavidades serosas del organismo fetal, con algún grado de edema cutáneo y, frecuentemente, con placenta edematosa. La incidencia se informa en menos del 1%. La infección no tiene mayor riesgo para la madre y suele ser asintomática. En cambio, el feto está expuesto a desarrollar aplasia de los eritroblastos; si ella es severa provocará una insuficiencia cardíaca secundaria a anemia intensa, pudiendo

conducir a un edema generalizado conocido como hidrops fetal.

**REPORTE DEL CASO:** Nulipara Cesareada Anterior gestante de 25,5 semanas + Serología Parvovirus B19 positivo en Líquido amniótico. Ecografía informa Edema pericraneano, edema nual, ascitis, oligoamnios leve, placentomegalia, Anemia Fetal. Paciente sin antecedentes previos similares. Se repite estudio con hallazgo de VPS ACM 0,44 cm/s. Durante internación paciente presenta picos hipertensivos más cefalea y ROT exaltado, con una proteinuria de 24 hs de 1100, por lo que se le agrega al diagnóstico Preeclampsia severa. Se indica cordocentesis con sangre desleucocitada e irradiada. Se realiza transfusión intrauterina: Intravascular e intraperitoneal fetal, en dicho procedimiento se punza el cordón umbilical a 3 cm de su inserción placentaria, se extrae muestra para estudio en donde se constata hemoglobina de 3 g/dl Hematocrito de 10,8% se realiza cálculo para volumen a transfundir que es de 70cc. Se realiza ecografía de control que informa Gestación única viva de 25,4 semanas. No se observan ascitis, derrame pleural, pericárdico ni edema pericraneal en el momento del estudio placenta posterior heterogénea ILA normal, ACM 1,87 VPS 27,7 cms por segundo. Doppler umbilical normal. Alta médica. La paciente reingresa al servicio con Diagnóstico de Gestante de pretermino 35 semanas por ECO + amenaza de parto prematuro + rotura prematura de membranas. Parto vaginal con RN de sexo masculino peso 1880 gr Apgar 6/8, 35 semanas. Líquido meconial +++. Actualmente al seguimiento paciente sano sin secuelas.

**CONCLUSION:** Resaltamos la importancia de la sospecha diagnóstica en pacientes con cuadro virosico atípico. La anemia del feto es posible corregirla mediante transfusiones intrauterinas, por lo que, si se logra manejarla, tendrá un buen pronóstico. Así mismo la importancia de realizar tratamiento exitoso de esta patología en nuestro servicio mediante esta técnica. Se informan complicaciones maternas, como preeclampsia, parto pretérmino, hemorragia posparto, como se describe en nuestra paciente.

## TROMBOFILIA HEREDITARIA. PREVALENCIA DE MUTACIONES EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES ANALIZADAS EN DIAZ GILL MEDICINA LABORATORIAL S.A.

*Kappeler, BIG\*; Maiz, G\*; Ortiz, X\*; Henning, R\**

*\*Diaz Gill Medicina Laboratorial s.a., Eligio Ayala 1384, Asunción, Paraguay, (5959 21) 217 4000, diagnosticomoleculard@diazgill.com.py*

Las trombofilias hereditarias (TH) son trastornos genéticos que se asocian a un aumento de factores procoagulantes. Se han asociado a malos resultados obstétricos como abortos, y pérdidas fetales tardías, por lo que se las consideran un factor de riesgo en el embarazo. La evaluación diagnóstica detallada de las trombofilias requiere un análisis exhaustivo de los factores de riesgo genéticos. Los individuos portadores de variantes genéticas asociadas a la trombofilia tienen un riesgo significativamente mayor de trombosis en comparación con individuos con una o ninguna variación genética. La mutación del factor V

Leiden G1691A y la mutación de la protrombina G20210A son polimorfismos de nucleótido único (SNP) asociados a las trombofilias frecuentes en el genoma humano. Este estudio tuvo por objetivo la caracterización combinada de estas mutaciones y las variaciones adicionales asociadas a trombofilia como ser, MTHFR C677, MTHFR A1298C y PAI-1 -675 5G/4G. Fueron estudiados 46 muestras de sangre de pacientes mujeres que acudieron al laboratorio Diaz Gill Medicina Laboratorial en el periodo del mes de abril del 2017 a abril de 2018. La purificación y extracción de ADN fue realizada mediante la utilización del kit UltraClean DNA Isolation Kit (Mo Bio), siendo que el estudio molecular para la caracterización genética fue realizado mediante la utilización del Kit GenoType CVD VER 1.0, empleando la técnica Line Probe Assay (LPA). De un total de 46 muestras, en el estudio del factor II se encontró 1 individuo heterocigota con la mutación G20210A, con una prevalencia de 2,17 %. La mutación C677T de la MTHFR se encontró en 11 individuos heterocigotos y 6 individuos homocigotas con una prevalencia de 40 %, siendo que, la mutación A1298C de la MTHFR se encontró en 16 individuos heterocigotos y 1 individuo homocigota, con una prevalencia de 40 %. Y finalmente, la mutación -675 5G/4G del PAI-1 se encontró en 21 individuos heterocigotas y 5 individuos homocigotas, con una prevalencia de 65 %. Estos datos demuestran la identificación y alta prevalencia en la población analizada, de las mutaciones más frecuentemente descritas en la literatura, así como, manifiestan la necesidad de la continuidad de investigaciones que aumenten nuestra comprensión acerca de la etiología de las trombofilias hereditarias, de manera a contar con directrices para guiar la detección y el manejo de estas enfermedades en mujeres.

## **TUBERCULOSIS LARINGEA Y EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DR. EMILIO CUBAS DEL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL 2018**

**Germán Ramos-Vicente Bataglia-Rogelio Sosa**

*Hospital Central Dr. Emilio Cubas del Instituto de Prevision Social. Servicio de Obstetricia*

**INTRODUCCION:** La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica, transmitida por el M. tuberculosis, es la primera causa de muerte por enfermedad transmisible mundialmente. Afecta principalmente los pulmones, pudiendo comprometer cualquier órgano. La tuberculosis laríngea es una enfermedad infrecuente, diagnosticada en la mayormente por el otorrinolaringólogo debido a que el síntoma principal que motiva la consulta es la disfonía. Las gestantes manifiestan síntomas similares a las no gestantes, pero el diagnóstico es difícil, por los síntomas que comparte con el embarazo. El embarazo por no es un factor predisponente para adquirir la infección y la coexistencia aumentan las complicaciones como abortos espontáneos, mortalidad perinatal, pre-eclampsia, bajo

peso al nacer, por lo que el tratamiento rápido y efectivo es vital para preservar la salud de la madre y el feto.

**DESCRIPCION DEL CASO:** Paciente de 24 años, nulípara gestante de 29.3 semanas por FUM Y 29.2 semanas por ecografía sin trabajo de parto + TB pulmonar y extrapulmonar. Con cuadro de 3 meses de evolución con disfonía insidiosa acompañada de dificultad para la deglución, se agrega tos húmeda con expectoración amarillo-verdosa, pérdida de peso de 8 kg en dos meses, se realiza nasofibrobroncoscopia observándose lesión verrucosa pálida de 0.5 cm en aritenoides y cuerda vocal derecha compatible con lesiones granulomatosas por lo que se interna en el servicio. Prueba de BAAR +++. Se indica tratamiento anti bacilar y medidas generales. Presenta escasa mejoría, se produce rotura prematura de membranas a las 35.4 semanas por FUM y 35.3 semanas por ecografía, se decide cesárea de Kerr dándose nacimiento recién nacido masculino, 1900 gramos, 35 semanas, apgar 8/9. Recibe alta médica con mejoría del cuadro y continuando tratamiento anti bacilar.

**CONCLUSION:** La localización laríngea de la TB es infrecuente. El mecanismo de producción es la propagación broncogénica de un foco pulmonar, pero en la mayoría se encuentran sin TB pulmonar, apoyando la hipótesis de reactivación de focos hematógenos o linfáticos en la laringe. Los síntomas son indistinguibles de la laringitis no tuberculosa o del cáncer de laringe. Las manifestaciones clínicas son insidiosas. Los hallazgos endoscópicos son: lesiones eritematosas, granulomatosas, con ulceraciones o imagen única simulando un cáncer. Suele ser unilateral, con afectación de las cuerdas vocales y parálisis de éstas. Se aconseja iniciar el tratamiento con TB pulmonar confirmada, reservando la biopsia para los que no presentan mejoría clínica o por laringoscopia luego de 3 a 4 semanas. El tratamiento en el embarazo no difiere del planteado para el resto de la población con isoniazida, rifampicina y etambutol. La estreptomocina está contraindicada por la ototoxicidad fetal. La respuesta es excelente en un plazo de dos meses en lesiones ulceradas o granulomatosas y más lenta en los casos con lesiones fibróticas. Se debe plantear la sospecha de TB laríngea en pacientes con disfonía, odinofagia y disfagia orofaríngea, más aún si se acompañan de síntomas respiratorios y/o constitucionales, como en este caso, para evitar un retraso en el diagnóstico e iniciar el tratamiento adecuado a la brevedad.

## **UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA EN PACIENTES POSTMENOPAÚSICAS CON DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE ENDOMETRIO ENGROSADO**

**Jazmín Gavilan - Rafael Adorno - Eliza Navarro - Gustavo Ortiz - Vicente Bataglia**

*Hospital Central Instituto De Prevision Social. Servicio de ginecología*

**INTRODUCCIÓN:** El endometrio es la capa interna del útero que tiene la propiedad de descamarse y regenerarse rápidamente en forma cíclica. Este proceso es dependiente de las fluctuaciones hormonales de la mujer. En la post menopausia

el grosor endometrial medido por ultrasonidos es un procedimiento válido para la valoración de patologías que eventualmente podrían afectar al endometrio. El grosor endometrial normal en la post menopausia es hasta 4 mm; y en pacientes con antecedentes de terapia estrogénica sustitutiva hasta 8mm. La ecografía transvaginal es un método que utiliza transductores de alta frecuencia para brindar imágenes de alta resolución. Ofrece información confiable y su realización es sencilla, de bajo costo, inocua y económica. Ante un hallazgo ecográfico de endometrio engrosado se plantea la realización de la histeroscopia; la cual no solo permite la observación directa del endometrio en tiempo real, sino también permite la toma de biopsias del mismo para estudio anatomopatológicos.

**OBJETIVOS:** Describir la utilidad de la ecografía en pacientes postmenopáusicas con diagnóstico ecográfico de endometrio engrosado en el Servicio de Ginecología del Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" del Instituto de Previsión Social en el periodo de marzo 2016 a marzo 2017.

**METODOLOGÍA:** retrospectivo, descriptivo y analítico, de corte trasversal.

**RESULTADOS:** Fueron revisados 845 expedientes de pacientes que fueron sometidas a histeroscopia diagnóstica, de las cuales 108 fueron p e de 38y 82 años con una media de  $55,5 \pm 9,4$  años. La ecografía como método de diagnóstico de pólipos tiene una sensibilidad es 93,40%, especificidad 89,00% con un valor predictivo positivo de 87,70% y valor predictivo negativo de 89,00%.

**CONCLUSIÓN:** La ecografía tiene alta especificidad y sensibilidad como método de diagnóstico de patología endometrial. Los hallazgos histeroscópicos más frecuentes resultaron ser las imágenes sugerentes de pólipos endometriales, seguidas por endometrio de aspecto atrófico e imágenes de aspecto sospechoso para neoplasia endometrial maligna. Entre los hallazgos menos frecuentes encontramos: cavidad normal, pólipo endocervical, sinequias endometriales, mioma submucoso tipo 0 y 1, endometrio polipoide de aspecto hiperplásico, sospecha de endometritis y sinequias endometriales. El rango etario poblacional va de 38 a 82 años con una media es de 55,8 años, mediana 53,5 años y moda 48 años con una desviación estándar de  $\pm 9,4$  años. Casi la mitad de las pacientes presentaron sintomatología previa al procedimiento, hemorragia de la postmenopausia. Entre las patologías de base más asociadas encontramos a la Hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad.

## VELOCIDAD MÁXIMA DEL DUCTUS ARTERIOSO Y SU RELACION CON LA MADURACIÓN PULMONAR FETAL

*Sosa Cristian - Mascareño Pablo - Piris Maria Teresa - Sosa Petronilo*

*Fundacion Fetosur - Sanatorio Internacional. Servicio de Perinatología Y Cirugía Fetal*

**OBJETIVO:** Establecer la relación entre la edad gestacional y la velocidad máxima del ductus arterioso (VmxDA), y determinar si es posible predecir la madurez pulmonar fetal.

**DISEÑO DEL ESTUDIO:** Se realizó un estudio de cohortes, prospectivo, con muestreo no probabilístico donde se tomó como población a pacientes sanos que cumplan los criterios de inclusión. Se valoró la velocidad máxima del ductus arterioso. Se estimaron los valores paramétricos y se evaluó el coeficiente regresión y correlación, sensibilidad y especificidad, con la edad gestacional. Se utilizó un intervalo de confianza del 95%, se obtuvo las diferentes velocidades máximas del ductus arterioso según edad gestacional, y su respectivo error estándar junto con sus desviaciones estándar y se correlacionaron con la edad gestacional, para determinar la posibilidad predecir la madurez pulmonar por flujometría.

**RESULTADOS:** Se evidenció un aumento de la velocidad máxima del ductus arterioso a medida que avanza la edad gestacional. Se encontró dos puntos de inflexión en la curva de la VmxDA a las 28 sem y a las 35 sem. Se obtuvo un coeficiente de correlación de 0,97 con un nivel de probabilidad menor de 0,0001. Los valores de sensibilidad y especificidad para predecir madurez pulmonar fueron de 83,9% y 100% para 95 cm/s y 91,5% y 100% para 98 cm/s, con un VPP del 0,709 y un VPN del 1,0. La variabilidad interobservador fue menor de 5% para la VmxDA.

**CONCLUSIONES:** Existe una relación directa entre la edad gestacional y la velocidad máxima del ductus arterioso, pudiendo ser utilizado como un buen predictor de madurez pulmonar.





