# RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES PRESENTADOS EN EL XXXI CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA REALIZADO DEL 9 AL 12 DE MAYO DE 2018 EN CARTAGENA, COLOMBIA

| | |
|---|---|
| 1.Obstetricia presentación oral | OPO |
| 2.Ginecología presentación oral | GPO |
| 3.Ginecología video | GPV |
| 4.Obstetricia poster | OPP |
| 5.Ginecología póster | GPP |

Carrera 15 No. 98-42 Of 204-205 Bogotá-Colombia
6016622-6018801-6018833 -3204493962
fecolsog@fecolsog.org
www.fecolsog.org

# PRESENTACIONES ORALES

**OPO-0**

## CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA CONTRA OBSTETRAS AFILIADOS A UN FONDO SOLIDARIO PARA AUXILIO DE DEMANDAS JUDICIALES EN COLOMBIA EN EL PERIODO 1999-2014. COHORTE HISTÓRICA.

Autores: Jorge Medina-Parra MD MSc(c)[1], Javier Eslava-Schmalbach MD MSc PhD[2,6,7], Gloria Jiménez MD[3], Luisa Montoya MSc[4], Iban Cediel Carrillo[5], Hernando Gaitán-Duarte MD MSc[6,7]

1. Investigador asociado, Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia.
2. Gerente Centro de Desarrollo Tecnológico. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.
3. Jefe Asesoría Médica. Sociedad Colombiana de Anestesia y reanimación S.C.A.R.E.
4. División de Investigaciones. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS.
5. Abogado Coordinador Jurídico. Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación S.C.A.R.E.
6. Profesor Titular. Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia.
7. Profesor Titular, Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Resumen
Introducción: Los procesos de responsabilidad médica han tenido un aumento sostenido en el mundo, representando una carga para el profesional y el sistema de salud. En obstetricia el problema es aún mayor dada que es una de las especialidades con más acciones medico legales.
Objetivo: Caracterizar los procesos de responsabilidad médica en obstetricia en Colombia, desde las dimensiones del médico, la paciente, la institución, la atención médica provista y el proceso legal.
Materiales y métodos: Cohorte histórica descriptiva de procesos médico legales cerrados entre 1999 y 2014 contra obstetras asociados a un fondo solidario especial para auxilio en caso de demandas. Se excluyeron procesos son información insuficiente. Muestreo aleatorio simple. Tamaño muestral 279 sujetos de un universo de 982 procesos, frecuencia estimada del 50% para el tipo de proceso ético y un margen de error del 5%, Se midieron variables del proceso, obstetra, la institución, la atención médica y la paciente. Se realizó análisis descriptivo
Resultados: Los procesos más frecuentes fueron éticos (44,4 %). La proporción de procesos desfavorables fue del 7.7%, con mayor frecuencia en procesos civiles (31,8%). Hubo mayor prevalencia de procesos en instituciones privadas (60%); y de obstetras hombres (76%). La mayoría de los procesos ocurrió en pacientes en la segunda mitad de la gestación (86%). La acción judicial estuvo relacionada a hechos acaecidos durante la atención del parto en un 74,7% de las pacientes. La causa más frecuente de la acción legal, fue el compromiso del recién nacido (38,9%) seguido por el compromiso del feto (24,7%).
Conclusiones: La frecuencia de resultados desfavorables es del 7.7%, resultado desfavorable más frecuente en los procesos civiles. La atención del parto, la mortalidad fetal y del recién nacido son áreas críticas en la generación de procesos médico legales, en las que se deberán enfocar futuras investigaciones en intervenciones para la disminución del impacto de los procesos en el medico y el sistema de salud.
Palabras Clave: Obstetricia; Medicina Legal; Proceso Legal; Responsabilidad Legal; Reclamos administrativos en el cuidado de la salud.

**OPO-2**

# FACTORES MATERNOS ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN NEONATOS A TÉRMINO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Mahecha-Reyes E. Enfermero, MSCE; Grillo-Ardila C, MD, MSc.
Secretaria de Salud Departamental del Huila. Docente Universidad Surcolombiana Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera 20 No. 5 B-36, Neiva, Huila, Colombia. Telephone +57 8701983
e-mail edmahecha97@gmail.com.

INTRODUCCIÓN: Identificar los factores maternos asociados con la presencia de bajo peso al nacer en neonatos nacidos a término durante el año 2015 y 2016, en una institución de alto nivel de complejidad localizada en la ciudad de Neiva, Colombia
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de Casos y Controles, en una Institución de alto nivel de complejidad localizada en la ciudad de Neiva, Colombia. Población: Mujeres con gestación a término y feto único vivo, que asistieron a la institución participante. Se excluyeron pacientes con enfermedades previas, procedentes de otra región, con embarazo resultado reproducción asistida o con diagnóstico de anomalía fetal o aneuploidía. Se compararon los casos y los controles. Se realizó análisis exploratorio con regresión univariada y se efectuó regresión logística múltiple ajustando por la presencia de variables de confusión. La variable dependiente fue bajo peso al nacer y las variables independientes analizadas fueron características sociodemográficas y clínica maternas. Odds ratios (OR) ajustados y no ajustados junto con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) fueron reportados.

Resultados: Controlando por edad materna, nivel educativo, estrato socioeconómico, estado civil, seguridad social y la presencia de patología materna durante la gestación, se encontró que la ganancia de peso (OR 0.77 IC 95% 0.70 a 0.85) y el inicio del cuidado prenatal (OR 8.20 IC 95% 3.22 a 20.87), constituyen algunos factores asociados a la presencia de bajo peso.
Conclusiones: La ganancia de peso y la ausencia de controles prenatales son factores asociados con la presencia de bajo peso al nacer en neonatos a término y deben ser considerados en la práctica clínica.
Palabras clave**:** Bajo peso al nacer, neonatos a término, estudio de casos y controles.

**OPO-21**

# ALTERACIONES DE LA MOTRICIDAD A LOS SEIS MESES DE EDAD EN LACTANTES EXPUESTOS *IN ÚTERO* AL VIRUS ZIKA, INICIATIVA ZEN –INFORME PRELIMINAR–

**AUTORES:** Díaz-Martínez LA (ladimar@uis.edu.co; 3153785059), Pinilla LS (stellapinilla@gmail.com), Goyeneche GC (cata390@gmail.com), Becerra CH (chbecerra@hotmail.com), Gutiérrez LA (luangusa@hotmail.com), a nombre de los miembros de la Iniciativa ZEN (iniciativa.zen64@uis.edu.co).

**INSTITUCIÓN**: Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Desde el inicio de presentación de casos autóctonos en Colombia y la asociación en la literatura de microcefalia con infección prenatal con el virus Zika (VZ), se ha generado como hipótesis que el VZ genera alteraciones en el neurodesarrollo en niños sin lesiones estructurales. Este informe presenta la valoración motriz a los seis meses de vida de 139 lactantes expuestos *in utero* al VZ pertenecientes a la Iniciativa ZEN (www.clinicaltrials.gov, NCT02943304).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** A Julio/2017 se captaron 262 gestantes con sospecha de VZ; tres fueron pérdida gestacional y 260 nacieron (17 tuvieron muerte neonatal temprana). A febrero 28 de 2018, 5 sobrevivientes tienen < 6 meses y 99 no han sido evaluados. En 139 hijos se aplicaron los módulos de motricidad de la Escala de Desarrollo Infantil de Bayley III. El puntaje se estandariza a percentiles (P) según edad gestacional y cronológica; la motricidad se considera adecuada cuando P≥26, cuestionable P está entre 25.9 y 10.0, y no óptima cuando P<10. La confirmación etiológica de la infección por VZ se hizo por PCR, generando cuatro grupos según el resultado materno y neonatal: confirmado (neonato positivo), probable (positiva la madre, pero negativo o no disponible en el neonato), sospechoso (no disponible en madre y neonato), y descartado (negativa en ambos).

**RESULTADOS:** De 139 lactantes estudiados, la infección por VZ fue confirmada en 15 (10.8%), en 9 (6.5%) descartada, 48 (34.5%) son casos probables y 67 (48.2%) sospechosos. Quince (10.8%) nacieron con microcefalia, 5 del grupo confirmado (33.3%), 5 (7.5%) del sospechoso y uno (11.1%) del descartado. A los seis meses de vida, 26 (18.7%) tenía motricidad no óptima (incluidos los 15 con microcefalia), 21 (15.1%) cuestionable y 92 (66.2%) adecuada. Por grupos de confirmación etiológica, la proporción de pacientes con motricidad no adecuada (cuestionable + no óptima) fue de 8/15 (53.3%) entre confirmados, 10/48 (20.8%) entre probables, 28/37 (41.8%) entre sospechosos y 2/9 (22.2%) entre quienes se descartó infección in útero por VZ (p=0.067).

**CONCLUSIÓN:** A pesar de la debilidad en la confirmación de la infección por VZ en madres e hijos, hay un exceso de lactantes con motricidad no adecuada a los 6 meses de vida, tanto entre quienes se confirmó la infección fetal como entre quienes solo se hizo en la madre, frente a quienes teniendo un cuadro clínico compatible se descartó la infección. Desde esta perspectiva, es fundamental la sospecha de infección por VZ en gestantes con cuadro febril y rash, así como detección precoz de las alteraciones del neurodesarrollo en los lactantes expuestos prenatalmente al VZ, pero sin microcefalia.

**PALABRAS CLAVE:** Infección por el virus Zika, Trastornos del neurodesarrollo, microcefalia.

**OPO-24**

# FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA EN PACIENTES OBSTÉTRICAS QUE INGRESARON A CUATRO UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, BOGOTÁ 2008-2014

Montoya Eliana1; Carrizosa Jorge1; Niño Reinaldo2; Castro Alejandro3; Sánchez Alexander4
1 Universidad Del Rosario, 2 Hospital La Victoria - Instituto Materno Infantil, 3 Clínica De La Mujer, 4 Hospital De La Samaritana

Introducción y Objetivos. Actualmente fallecen 800 mujeres/día por causas relacionadas con el embarazo, 99% en países en desarrollo. De estas muertes 41,4% ocurre en pacientes que ingresaron a unidad de cuidados intensivos (UCI). El síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) por su parte, definido por el compromiso ≥2 órganos tiene una mortalidad asociada hasta 80%. No obstante, no existen estudios en gestantes. El objetivo del estudio fue caracterizar la población e identificar los factores clínicos asociados a SDMO en población obstétrica.
Materiales y métodos. Se realizó un estudio multicéntrico, retrospectivo, analítico, tipo casos y controles con regresión logística en la ciudad de Bogotá entre los años 2008 a 2014.
Resultados. Se obtuvo una muestra total de 846 pacientes, 326 casos y 520 controles; una relación caso-control 1:1,6. Seis pacientes con SDMO fallecieron. La media de edad fue de 27 años (rango 13-46 años). De total 40,8% ingresaron remitidas de otras instituciones, siendo mayor el porcentaje en los casos (45,4% versus 38,0%). 89,5% contaban con algún tipo de aseguramiento (89,9% casos y 89,2% controles). 84,9% eran gestantes y 15,1% estaban en puerperio. El 37,4% tenían una o más cesáreas previas (43,6% casos y 33,5% controles). El momento de hospitalización en relación al parto fue antes (54,3%), durante (21,5%) y después las restantes. El principal diagnóstico fue preeclampsia (70,2%), seguido de hemorragia obstétrica (14,5%) y sepsis (10,5%) para los casos. Al ingreso a UCI 31,7% de las pacientes presento anemia (35,9% casos y 28,9% controles); 18,6% tenían niveles de creatinina mayor a 0,8mg/dl (27,0% casos y 11,6% controles), trombocitopenia 26,4% con una diferencia mayor del doble entre casos y controles (46,8% versus 12,5%), y proteinuria en 24 horas mayor de 300mg/l en 71,5%. En el análisis multivariado encontró asociación de SDMO al diagnóstico de hemorragia (OR 4,76), preeclampsia (OR 2,58) y sepsis (OR 2,83). Los niveles paraclínicos asociados fueron trombocitopenia (OR 3,03), alanino amnio transferasa mayor de 30UI (OR 3,07), y creatinina >0,8mg/dl (OR 2,31). Los otros factores asociados fueron tener antecedente de cesárea (OR 2,20) y edad <15 años (OR 3,77)
Conclusiones. Este es el primer estudio multicéntrico, sobre SDMO que se realiza en nuestro país. La hemorragia obstétrica fue el principal diagnostico asociado a SDMO, seguido de sepsis y preeclampsia; lo que concuerda con otros estudios. Se encontró asociación significativa entre SDMO y adolescencia; así como el antecedente de cesárea, ambos factores de riesgo modificables. La alteración hepática, renal y hematológica identificadas por sus paraclínicos, fueron las principales alteraciones asociadas a SDMO. Para pacientes con SDMO la hemorragia obstétrica es el principal diagnóstico de ingreso a UCI. La gestación adolecente y la cesárea previa son los principales factores modificables desde las políticas públicas e institucionales. Niveles de plaquetas, transaminasas y creatinina ligeramente alterados podrían ser marcadores tempranos de morbimortalidad materna. Se necesitan estudios prospectivos.

**OPO-25**

# FACTORES CONTRIBUTIVOS DE CALIDAD MÁS PREVALENTES EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) EN MUJERES QUE CONSULTARON A INSTITUCIÓN DE SALUD DE TERCER NIVEL DURANTE ENERO 2014 – DICIEMBRE 2016 EN CALI

AUTORES: Jairo Enrique Guerrero Giraldo, Virna Patricia Medina Palmezano, Edgar Iván Ortiz Lizcano Dahiana Marcela Gallo Gordillo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Esta investigación describe la prevalencia de los factores contributivos de calidad comprometidos durante la atención de mujeres con morbilidad materna extrema, a partir del análisis de los casos reportados al sistema de vigilancia, durante el periodo enero 2014 – diciembre 2016 en una institución de alta complejidad en Cali – Colombia, aplicando el Modelo de Seguridad para la Atención de la Emergencia Obstétrica en Instituciones de salud del Ministerio de salud de Colombia. Establecer la prevalencia de la MME de las pacientes, describir las características socio demográficas y clínicas, describir las acciones inseguras priorizadas que lleven a la identificación de los factores que contribuyen en MME y determinar la prevalencia de estos factores contributivos de calidad en las mujeres con MME.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo tipo serie de casos, basado en el análisis de casos reportados de mujeres con criterios de Morbilidad Materna Extrema en una institución de alta complejidad, por el comité de vigilancia institucional en Cali. Se aplicó el instrumento del Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en comité de vigilancia. La información en Excel, se exportó a SPSS versión 20.0. El análisis estadístico según el nivel de medición de las variables incluidas. Variables de medidas en nivel nominal y ordinal se utilizó indicadores de razón, proporción, distribuciones porcentuales y prevalencias. Variables numéricas se describieron con base en las medidas de tendencia central y variabilidad.

RESULTADOS

De 168 casos analizados, el 58,3% cumplieron con los criterios de inclusión de morbilidad materna extrema, la razón MME promedio durante el periodo 24,81 por 1000 nacidos vivos. El 68,3% tenían escolaridad universitaria o profesional, 98% afiliación al sistema de salud, 74,4% planes de salud complementarios, el 81,4% tuvo más de 4 controles prenatales, el 82,7% vivían en Cali. Según el criterio de inclusión de MME el 91,8% falla de órganos, 44,9% manejo instaurado y 15,4% enfermedad especifica. Las falla vascular 63,3%, renal 37,8% y hepáticas 28,6%. En las causas agrupadas, 66,4% trastornos hipertensivos, 16,3% hemorragias obstétricas y 8,2% sepsis.

Se identificaron en 39 casos MME con compromiso de calidad, 25 acciones inseguras en retrasos tipo I y 103 acciones inseguras era retraso IV.

La prevalencia de factores contributivos de calidad fue 39,8%, Los factores contributivos comprometidos fueron relacionados a la tarea y tecnología 100% y al paciente e individuo 15,4%. 100% relacionados con inadecuado uso de flujogramas, no adherencia a guías, 10,4% deficiente conocimiento y entrenamiento en la tarea y 7,7% deficiente conocimiento de derechos en salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

El análisis estandarizado de los casos de la morbilidad materna extrema a nivel institucional, bajo el Modelo de seguridad de la Emergencia Obstétrica en instituciones de salud, permite una adecuada identificación y monitoreo del proceso de atención para intervenir las posibles deficiencias en las barreras de atención y prevenir la ocurrencia de muertes evitables.

PALABRAS CLAVE: Morbilidad materna extrema, factores contributivos, Seguridad del paciente, Calidad en salud, emergencia obstétrica.

**OPO-26**

# CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIACA EN GESTANTES Y DE LOS DESENLACES HOSPITALARIOS MATERNOS, PERINATALES Y NEONATALES

AUTORES: Muñoz E, Gándara J, Velásquez J,
INSTITUCIÓN: Hospital Universitario San Vicente Fundación, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Introducción

La enfermedad cardiaca se presenta en el 0,2 a 4% de las mujeres en gestación en los países industrializados occidentales, el embarazo y el puerperio pueden llevar al deterioro clínico y causar muerte materna y morbimortalidad fetal.

En nuestro medio no hay datos sobre la epidemiología de la enfermedad cardiaca ni de los resultados materno-fetales hospitalarios, este trabajo se busca caracterizar la enfermedad cardiaca en gestantes atendidas en un centro de referencia y definir desenlaces hospitalarios maternos, perinatales y neonatales.

Materiales y métodos

Estudio observacional, analítico de cohorte retrospectivo (enero/10-diciembre/15). Se incluyeron pacientes con cardiopatías congénitas o adquiridas. Se diligenció un formulario para recolección de datos. Se realizó análisis estadístico con STATA 13. Los desenlaces cardiovasculares, neonatales y obstétricos fueron corroborados en grupo multidisciplinario: cardiólogo, neonatóloga y Ginecoobstetra. Se excluyeron pacientes con enfermedad valvular leve o moderada (criterios del American Heart Association/American College of Cardiology 2014), sin estudio ecocardiográfico o sin información del parto. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, perinatales, eventos cardiacos y no cardiacos. Los hallazgos ecocardiográficos de interés: fracción de expulsión (FE), presencia o no de dilatación del ventrículo derecho (VD) y el tipo de cardiopatía encontrada. Se evaluó la indicación cardiaca y/u obstétrica de la cesárea. Los desenlaces hospitalarios se clasificaron según estudio CARPREG (eventos maternos cardiacos y obstétricos, eventos neonatales: parto pretérmino, dificultad respiratoria, ingreso a UCI). Las variables categóricas se resumen en valores absolutos y relativos, y para las variables continuas se realizó el supuesto de normalidad con la prueba de Shapiro-Wilk.

RESULTADOS:

Se incluyeron 104 pacientes, el promedio de edad de 25 ± 6.5 años. La edad gestacional promedio de la primera evaluación por Cardiología fue 32 semanas. 74% en estado funcional NYHA I. Los diagnósticos cardiacos más frecuentes fueron: cardiopatías congénitas (54/104), enfermedad cardiaca valvular (27/104), arritmias (16/104), disfunción ventricular izquierda (5/104). Veinticuatro pacientes tuvieron intervención cardiovascular progestacional. La FE promedio fue de 61%, veinticuatro tenían dilatación del VD. Hubo 1 caso de muerte materna por hipertensión pulmonar severa. Hubo una muerte fetal por malformaciones múltiples (no warfarínicas). 14 pacientes presentaron eventos cardiacos primarios (edema pulmonar, taquiarritmia sostenida, bradicardia severa, muerte cardiaca. 14 presentaron eventos cardiacos secundarios: deterioro de clase funcional mayor a 2 clases NYHA, 3 requirieron una intervención cardiaca emergente. Siete pacientes presentaron aborto espontáneo (6,73%). Los eventos neonatales se presentaron en (38/104). Los eventos obstétricos más frecuentes fueron: trastornos hipertensivos (10/104) y la hemorragia posparto (2/104). 45 pacientes tuvieron parto vaginal y 52 cesárea. La indicación cardiaca para realizar cesárea fue para once pacientes.

CONCLUSIÓN:

Este trabajo, único en Colombia, describe las enfermedades cardiacas más frecuentes en las gestantes y sus complicaciones cardiacas y no cardiacas, que son muy frecuentes. La evaluación tardía por grupo multidisciplinario evidencia la necesidad de un manejo temprano y oportuno en sitios con experiencia para mejorar los desenlaces.

PALABRAS CLAVE:
Enfermedad cardiaca, embarazo.

**OPO-29**

## PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA DE PAREJAS EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CARTAGENA. COLOMBIA

Buelvas-de-la-Rosa C. Monterrosa-Castro A, Arteta-Acosta C.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
INSTITUCIÓN: Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

INTRODUCCIÓN: la Organización Mundial de la Salud define la violencia de pareja como el comportamiento dentro de la relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamiento de control, abarcando tanto a la pareja actual como a la pasada. El objetivo fue estimar la prevalencia y factores asociados a violencia de pareja en gestantes adolescentes

MATERIALES Y METODOS: estudio transversal en gestantes adolescentes (menores de 20 años de edad) que asistieron a control prenatal a la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, estando en el último trimestre del embarazo. Fueron invitadas a participar por médicos generales, llenándose consentimiento informado por las adolescentes y su tutor. Aplicaron un formulario de características sociodemográficas y la "Escala de Violencia e Índice de Severidad (Valdez-Santiago)" que por medio de 19 preguntas evalúa frecuencia y severidad con la cual se realizan actos de violencia contra la mujer, precisando sobre violencia psicológica, sexual y física. Realizó regresión logística no ajustada para determinar variables sociodemográficas que se comportan como factores de riesgo. Análisis con EPI-INFO-7. Estudio con aval de la Universidad de Cartagena. Perteneciente a la línea de investigación: "gestación".

RESULTADOS: 355 adolescentes embarazadas aceptaron participar y diligenciaron el formulario. Informaron violencia de pareja 75 (21.1%) adolescentes. La mediana de edad para las víctimas no fue diferente de las no víctimas: 18.0 [16.0-18.0] y 17.0 [16.0-19.0] respectivamente. El 40% de las víctimas procedía de área rural, comparado con el 51.1% de las no víctimas. No hubo diferencia en los antecedentes obstétricos, la planificación o el intento de interrupción del embarazo ($p>0.05$). De todas las adolescentes estudiadas el 11.8% fue categorizada como "caso de violencia" y 9.3% como "caso severo de violencia". 19.4% expresó haber sido víctima de violencia psicológica, siendo la mitad "caso severo de violencia". 3.1% informó haber sufrido violencia sexual, todas "caso severo de violencia". Violencia física sin armas 11.2% y con armas 2.3%. Fueron factores asociados a protección contra violencia de pareja: convivir con cinco o más personas OR: 0.52 [IC95%:0.29-0.94] y usar planificación familiar antes de embarazarse OR: 0.32 [IC95%:0.16-0.63]. Permanecer en unión libre fue factor asociado a violencia psicológica OR: 2.37 [IC95%:1.16-4.84]. El consumo de alcohol fue un factor de riesgo para la violencia física sin armas OR: 1.48 [IC95%:1.60-3.62].

CONCLUSIONES: Es alta e inaceptable la prevalencia de violencia de pareja en gestantes adolescentes en una comunidad colombiana, los factores de riesgo identificados pueden indicar líneas para implementar acciones de prevención

PALABRAS CLAVE: Embarazo; Violencia doméstica; Adolescentes.

**OPO-31**

# RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA NO SEVERA MANEJADAS CON HOSPITALIZACIÓN EN CASA COMPARADO CON EL MANEJO INTRAHOSPITALARIO, HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI.

AUTORES: Arango-Pineda J (E-mail: joha0418@hotmail.com), Cantor E, Cardona F, Fonseca-Pérez J.
INSTITUCIÓN: Universidad del Valle, Cali, Colombia.

INTRODUCCIÓN: El objetivo del estudio fue evaluar las complicaciones maternas comparando el manejo intrahospitalario con la hospitalización en casa de pacientes con preeclampsia no severa en un hospital de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohortes de pacientes con diagnóstico de preeclampsia no severa, manejadas en el Hospital Universitario del Valle entre enero del 2011 a diciembre del 2015. El diagnóstico se realizó con base en presiones arteriales por encima de 140/90 mmHg, con proteinuria en orina de 24 horas positiva y sin alteración de órgano blanco. La cohorte expuesta fueron pacientes tratadas con manejo hospitalario en casa. La cohorte no expuesta estuvo conformada por mujeres con manejo expectante intrahospitalario hasta la semana 37. El seguimiento de ambos grupos fue por medio de paraclínicos semanales, toma de tensión arterial mínimo dos veces al día, y se documentaron las complicaciones maternas. La variable de resultado fue el desarrollo de hipertensión severa con cifras tensionales mayores o iguales 160/110 mmHg y el porcentaje de embarazos finalizados antes de termino. Se utilizó un modelo de regresión logística para comparar los dos grupos de estudio ajustando por variables confusoras como la edad gestacional y la proteína en orina a las 24 horas. Se obtuvieron los Odds Ratio con su intervalo de confianza al 95%. Este estudio contó con el aval del comité de ética de investigaciones de la Universidad del Valle y del Hospital Universitario del Valle.
RESULTADOS: Se incluyeron 372 embarazos con diagnóstico de preeclampsia no severa, de estas 143 recibieron manejo en casa (grupo 1) y 229 estuvieron hospitalizadas hasta al parto (grupo 2). La mediana de la edad al diagnóstico fue de 24 años (Rango: 14-45), sin diferencias entre los grupos. La edad gestacional al diagnóstico fue de 31.5 semanas (RIQ: 28.0-34.0) para el grupo 1 y de 34.8 semanas (RIQ: 33.0-36.0) para el grupo 2. La proteína a las 24 horas fue mayor las pacientes hospitalizadas (grupo 1: 376.0 mgrs (324.0-448.0); grupo 2: 416.0 mgrs (348.0-589.5), p valor: 0.000). No se encontró diferencia en el porcentaje de hipertensión severa (grupo 1: 27.3%, grupo 2: 21.4%, OR: 1.14 [0.65; 2.00]) y terminación temprana del embarazo (grupo 1: 37.1%, grupo 2: 38.0%, OR: 0.64 [0.38; 1.08]). En el grupo en casa, el 6.3% de los recién nacidos requirieron hospitalización en comparación de un 10.5% del grupo hospitalario (OR: 0.25 [0.09; 0.65]).

CONCLUSIÓN: Se considera que en pacientes con diagnóstico de preeclampsia no severa, no hay diferencias entre las gestantes manejadas con hospitalización en casa con respecto al manejo intrahospitalario; cabe resaltar un mejor resultado en los neonatos de aquellas pacientes manejadas en casa.

PALABRAS CLAVE: ‘preeclampsia’, ‘home care servicies´.

**OPO-32**

# PREVALENCIA DE CUELLO CORTO EN PACIENTES QUE CONSULTAN POR SÍNTOMAS DE AMENAZA DE ABORTO TARDÍO O PARTO PRETÉRMINO ENTRE SEMANA 18 A 34 DE EMBARAZO EN 2 HOSPITALES DE BOGOTA

AUTORES
Rojas-Arias J*, Rincón J, Massey A, Rojas C, Bolaños C, Acuña E
*Email: roarjota@gmail.com, Celular 3012743730
INSTITUCION: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José y Hospital Infantil Universitario de San José. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes retos de la ginecología y obstetricia es lograr impactar sobre el comportamiento creciente del parto pretérmino. Dado que el parto prematuro es el responsable del 75 % de las muertes neonatales en todo el mundo y comprende más de un millón de muertes al año, el reconocimiento de la paciente con factores de riesgo preconcepcionales y aquella que durante la gestación presenta síntomas de parto pretérmino son susceptibles a ser manejadas desde el punto de vista médico y farmacológico y de esta forma disminuir la incidencia de parto pretérmino. El objetivo fue determinar la prevalencia de cuello corto en pacientes que consultan a urgencias por síntomas de amenaza de aborto tardío y amenaza de parto pretérmino entre la semana 18 a 34 de embarazo en los dos hospitales participantes.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes con embarazos únicos, entre 18 a 34 semanas que acudieron al servicio de urgencias por sintomatología de amenaza de aborto tardío y amenaza de parto pretérmino en quienes se realizó cervicometría por el servicio de medicina materno fetal de los respectivos hospitales.

Variables estudiadas: características clínicas, antecedente de aborto, amenaza parto pretérmino, y trabajo de parto pretérmino, cuello corto, infección del tracto genitourinario, trastornos de la placentación y trastornos ovulares. La base de datos se construyó en Excel 2010 y el análisis estadístico de la información se realizó en STATA 13. Las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y de dispersión, y las cualitativas con frecuencias absolutas y relativas.

Desde el punto de vista ético se tuvo en cuenta la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud considerándose una Investigación sin riesgo y los principios establecidos por el Informe Belmont.

RESULTADOS

Se incluyeron 1625 pacientes. La prevalencia de cuello corto en la población de estudio fue de 18.2%. En el grupo de cuello corto el síntoma más frecuente fue dolor pélvico, lumbar y descarga vaginal (91.2%) seguido de la actividad uterina (17.2%), dilatación (14.8%) y borramiento (3.4%). De todas las pacientes con cuello corto la comorbilidad más frecuente fue la infección de tracto genital inferior (vaginosis, vaginitis, infección de vías urinarias) 27 % (80/296), trastornos de la placentación (preeclampsia, hipertensión arterial o restricción de crecimiento intrauterino) 12.4 % (37/296) y alteraciones ovulares de 11.5% (34/296).

CONCLUSIÓN

En las pacientes que consultan con síntomas de aborto tardío y amenaza de parto pretérmino entre la semana 18 a 34 de embarazo se evidenció una prevalencia de cuello corto de un 18.2%, y es probable la asociación con otras patologías como es la infección del tracto genitourinario y trastornos de la placentación. Por esta razón es importante identificar dichas pacientes para realizar intervención temprana por medio de ecografía obstétrica más cervicometría y búsqueda activa de infecciones quienes al ser identificadas

serían candidatas para una intervención médica o farmacológica para disminuir el riesgo de morbimortalidad que acarrea la prematurez.

PALABRAS CLAVE: parto pretérmino, cuello corto, cervicometría.

**OPO-33**

# VALIDACIÓN DE UN MODELO ACTUALIZADO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN COLOMBIA

AUTORES: Rojas-Suarez J. MD. M.Sc*1,2,3 Cuello M.1,3 Estrada D.1,3 Miranda M.1,3 López C MD4 Castro V.4 MD
INSTITUCIÓN:
1 Grupo de investigación cuidado intensivo y obstetricia – GRICIO- Cartagena Colombia
2 Gestión Salud SAS, Cartagena Colombia.
3Universidad de Cartagena, Cartagena Colombia
4 Hospital Divina Misericordia de Magangué.

INTRODUCCIÓN: Las pacientes maternas continúan siendo en la salud pública de Colombia un grupo de interés por las altas tasas de morbi-mortalidad. Desde el año 2013, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha establecido indicadores que evalúan constantemente la calidad del cuidado materno, entre ellas el análisis de la Morbilidad Materna Extrema (MME), que a través de una herramienta de tamizaje donde se buscan criterios que indican la gravedad clínica o posible falla orgánica, permite hacer una detección temprana de mujeres embarazadas con alto riesgo, buscando vigilarlas, tratarlas oportunamente y evitar complicaciones e incluso la muerte. Sin embargo, estos criterios que definen falla orgánica no han sido validados en estudios de cohortes bien diseñados, mujeres embarazadas o en posparto, por lo que no hay evidencia de la validez de esta clasificación en Colombia; debido a ello, no existe la certeza de qué tan adecuado se está dando el uso de los recursos en salud. Por tanto el objetivo de este trabajo es evaluar la validez de los actuales criterios de disfunción orgánica que aplican en Colombia y si los puntos de corte propuestos por el INS discriminan adecuadamente aquellas pacientes con real riesgo de desenlaces adversos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico de cohortes prospectivo de pacientes maternas (embarazadas y hasta 42 días posparto) con diagnóstico de MME atendidas en las clínicas Maternidad Rafael Calvo de Cartagena y Hospital Divina Misericordia de Magangué, desde Abril del 2016 a Enero del 2017. Se utilizó un formato sistematizado de recolección de datos para cada paciente con previa aprobación del comité de ética institucional, evaluándose variables sociodemográficas y desenlaces adversos maternos. El análisis estadístico se realizó con STATA versión 14.0.
RESULTADOS: Se captaron 425 pacientes obstétricas con patologías clasificadas como MME y catalogadas como severas. El promedio de edad fue 24.2 años y la mediana de edad gestacional 35 semanas. El 11% ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de las cuales la falla orgánica con mayor prevalencia fue la vascular con 68%(33). Las variables que más se correlacionan con el ingreso a la UCI son: tensión arterial sistólica (TAS) <90mmHg, creatinina >1.2, Aspartato Aminotransferasa (AST) >70 y transfusiones >3 unidades. El diagnóstico más frecuente fue Preeclampsia Severa, seguido de Sepsis y Síndrome HELLP. Los desenlaces que se presentaron fueron: ingreso a UCI y estancia prolongada en dicho servicio (definida como tiempo en UCI >4 días).
CONCLUSIÓN: Se encontró que las pacientes con trastornos hipertensivos asociados al embarazo que desarrollan MME tienen menos probabilidad de ingresar a UCI que aquellas que presenten MME por hemorragia o infección, excepto si está especificado como HELLP.

PALABRAS CLAVE: morbilidad materna extrema, indicadores de morbimortalidad, mortalidad materna, embarazo.

**OPO-34**

# EVALUACIÓN DE QUICK SOFA Y SIRS EN LA PREDICCIÓN DE DESENLACES ADVERSOS MATERNOS EN EMBARAZADAS CON CUADROS INFECCIOSOS HOSPITALIZADAS EN LA CLÍNICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO.

**Ferrer-Mercado K,** Rojas-Suarez J, Salcedo-Ramos F, Piñeres-Ochoa M.
kellyferrer@yahoo.es - 3002858546
GRICIO Universidad de Cartagena, Cartagena – Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones no obstétricas en gestantes se exacerban como consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo, siendo estas un factor importante de progresión a sepsis y choque séptico. El Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) es una herramienta ampliamente utilizada para pronosticar la severidad en éste grupo de pacientes. Actualmente, se ha propuesto la escala quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) para hacer pronóstico de severidad de la infección, sin embargo esta no ha sido enfocada en la población obstétrica. Por lo cual, este estudio evaluó la utilidad de la escala qSOFA y los criterios de SIRS en la predicción de desenlaces adversos en maternas con cuadros infecciosos.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, tomando como población objeto a todas las pacientes gestantes o puérperas (hasta 42 días pos-parto o post-aborto) hospitalizadas en sala general de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo (CMRC) con infección confirmada o sospechada en el período comprendido entre marzo - agosto de 2017. La información se obtuvo mediante entrevista directa a las pacientes junto con la revisión de la historia clínica sistematizada y el seguimiento clínico realizado hasta el alta médica. Todo esto posterior al aval por parte del comité de ética médica de la CMRC y la firma del consentimiento informado por la paciente. El análisis estadístico se realizó con el software STATA 13 y PRISMv.7.
**RESULTADOS:** Se capturaron un total de 269 pacientes y fueron incluidas al estudio 248 pacientes, las cuales cumplían con los criterios de inclusión. 21 pacientes (8,4%) presentaron qSOFA ≥2 y 91 (36,6%) presentaron SIRS ≥2. La escala qSOFA mostró ser adecuada para valorar SMO (Severe Maternal Outcome) e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) resultando ser estadísticamente significativos ($p = 0.003$ y 0.001 respectivamente). Las pacientes con SIRS ≥ 2 mostraron más riesgo de ingreso a UCI ($p < 0.0001$) y de parto pretérmino ($p= 0.004$) que aquellas con SIRS < 2. Se identificó mayor especificidad para qSOFA ≥ 2 a costa de baja sensibilidad, lo contrario ocurrió con SIRS ≥ 2. Cuando se comparó SIRS vs qSOFA en la evaluación de ingreso a UCI, el primero resulto tener mayor discriminación, lo contrario ocurrió al discriminar SMO donde qSOFA tuvo una mayor área bajo la curva (AUC) que SIRS (0.57; IC 95%, 0.47 - 0.66 y 0.52; IC 95%, 0.41 - 0.62 respectivamente).
**CONCLUSIONES:** La escala qSOFA demostró ser adecuada para valorar SMO, mientras que el SIRS predijo mejor que qSOFA el riesgo de ingreso a UCI en pacientes obstétricas. qSOFA ≥ 2 presentó alta especificidad con baja sensibilidad lo cual limita su utilidad como método de detección temprana de resultados adversos obstétricos, dicha escala podría necesitar ajustes al ser aplicada a gestantes.
**PALABRAS CLAVE:** Infección, embarazo, qSOFA, SIRS.

**OPO-35**

# UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE INFECCION BACTERIANA CON MANIFESTACIÓN SISTÉMICA DURANTE LA GESTACIÓN.

**AUTORES:** Velásquez Jesús[1,2], Zuleta John[1], Portilla Paola[1], Caicedo Katherine[1], Patiño Jennifer[1], Portilla Luisa[1]

**INSTITUCIONES:** [1]Universidad de Antioquia – [2]Hospital Universitario San Vicente Fundación.

**INTRODUCCIÓN:** La sepsis es una de las primeras causas de muerte materna en el País. Su diagnóstico inicial en el embarazo no es fácil, entre otros por los cambios fisiológicos, que se mimetizan con los síntomas y signos de cuadros infecciosos. El retraso en la identificación del síndrome sepsis es el principal factor de riesgo para los desenlaces desfavorables. La procalcitonina (PCT), una prohormona, se eleva rápidamente en infecciones de origen bacteriano (población no gestante). Se pretende evaluar si la PCT puede ser de utilidad en el diagnóstico inicial, en los servicios de urgencias, en gestantes con sospecha de sepsis.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Este estudio prospectivo de corte transversal se realizó entre enero 2015 y octubre 2016, se incluyeron 99 pacientes con sospecha o certeza de infección y 45 pacientes sin infección, que consultaron por primera vez en el servicio de urgencias obstétricas. Criterios de exclusión: trabajo de parto, haber recibido terapia antibiótica en 4 semanas previas, postparto-postaborto, malaria (se eleva normalmente en esta infección). La PTC se tomó al ingreso y a las 48 horas y se procesó mediante la técnica BRAHMS en el laboratorio clínico del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF), un valor mayor 0.05 ng/ml se tomó como referencia para determinar la presencia de infección. La capacidad discriminativa de la PCT se analizó mediante una curva ROC (receiver operating characteristic, teniendo en cuenta Sensibilidad y 1-especificidad. Se contó con la aprobación del comité de ética institucional.

**RESULTADOS:** El sitio de infección más frecuente sospechado al ingreso fue el tracto urinario (62%) y el germen más aislado fue E. Coli en 18% de las pacientes. La mediana de PTC en pacientes con infección bacteriana fue 0,09 ng/ml (RIQ 0,05-0,22), en pacientes con infección no bacteriana 0,05 ng/ml (RIQ 0,05 – 0,07) y en pacientes sanas de 0,05 ng/ml (RIQ 0,25-0,060), con diferencias estadísticamente significativas (P = 0,000). El área bajo la curva ROC de PTC fue de 0.73 (IC 95% 0,648 - 0,826), siendo el punto de corte de concentración de PTC en 0,06 ng/ml el que determinó la sensibilidad y especificidad más alta: 60% y 84% respectivamente para el diagnóstico de sepsis bacteriana. El rango de PTC entre 0,11 y 0,23 (LR de 6 (IC 95% 1,47-24,47)) constituyó el rango en el cual la prueba resultó más favorable para el diagnóstico de sepsis de origen bacteriano.

**CONCLUSIONES:**
PCT es un marcador que se aumenta significativamente en gestantes con infección bacteriana, con adecuada capacidad discriminativa. La PCT complementa de manera más confiable y oportuna los hallazgos clínicos y de laboratorio utilizados de manera tradicional en el enfoque inicial de las gestantes con sepsis en los servicios de urgencias.

**OPO-36**

# FACTORES DE RIESGO PARA LA OCURRENCIA DE COMPLICACIONES CARDIACAS, OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN GESTANTES CON ENFERMEDAD CARDIACA

**AUTORES:** Muñoz Edison[1,2], Gándara Jairo[1,2], Velásquez Jesús[1,2], Fortich Fernando[1,2], Pizarro Ana[2], Senior Juan[1,2].
**INSTITUCION:** [1]Hospital Universitario San Vicente Fundación, [2]Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

**Introducción:**
La enfermedad cardiovascular en el embarazo se presenta en 1-3%. En países industrializados explican el 10-15% de la mortalidad materna. En nuestro medio no hay datos sobre la epidemiología de la enfermedad cardiaca en el embarazo ni de los factores que influyen en los desenlaces. La clasificación de riesgo modificado de OMS es una herramienta clínica que estratifica el riesgo de complicaciones según la cardiopatía, pertinencia de continuar con la gestación y ayuda a planear el seguimiento. Este trabajo busca identificar los factores de riesgo relacionados con los desenlaces adversos.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**
Estudio observacional, analítico, cohorte, (enero/10-diciembre/15). Se incluyeron pacientes con cardiopatías congénitas o adquiridas. Se recolectaron datos de (variables demográficas, clínicas, perinatales, eventos cardiacos y no cardiacos según estudio CARPREG). Se realizó análisis estadístico con STATA 13. Los desenlaces fueron corroborados en grupo multidisciplinario: cardiólogo-neonatóloga-Ginecoobstetra. Se excluyeron pacientes con enfermedad valvular leve-moderada. El desenlace fue un compuesto de eventos cardiacos primarios, obstétricos y neonatales. El análisis univariado se realizó para las variables de riesgo propuestas utilizando chi$^2$, test de Fisher o test de t. Los predictores del análisis univariado ($p<0.25$) se incluyeron en análisis multivariado con un modelo de regresión logística, se determinó su capacidad de discriminación con el área bajo la curva. Se analizó de forma independiente la clasificación de riesgo modificado OMS.

**RESULTADOS:**
Se incluyeron 104 pacientes. Se presentaron eventos cardiacos primarios en 13.5%, el edema pulmonar fue el más frecuente (8.65%). Los eventos obstétricos se observaron en el 14.42% y neonatales en el 36.54%. El 50% tuvieron cesárea (11%, por indicaciones cardiacas). Los siguientes factores tuvieron asociación con desenlaces: estado funcional NYHA (p: 0.019), trastornos hipertensivos del embarazo (p: 0.000), cesárea (p: 0.000), hipoxemia (p: 0.009) y clasificación OMS (p: 0.000). La edad gestacional menor de 27 semanas (p: 0.0001) sólo tuvo relación con desenlaces neonatales. En análisis multivariado solo dos factores mantuvieron asociación con desenlaces: cesárea (OR 2.68 IC 95% 1.05-6.86) y edad gestacional al parto (OR 0.39 IC 95% 0.22-0.67). Al comparar los desenlaces adversos según clasificación de riesgo modificado de OMS entre las categorías 1(bajo riesgo de complicaciones) y 4 (alto riesgo) se encontró para esta última OR 48 (4.32-532), la curva ROC es de 0.75.

**CONCLUSIÓN**
Este estudio, único en Colombia provee información útil para prever desenlaces maternos y neonatales desfavorables en gestantes con enfermedad cardiaca, de fácil uso e interpretación, por lo que la clasificación OMS modificada debe ser la escala de riesgo a utilizar. Se deben desarrollar programas multidisciplinarios para el manejo de esta población vulnerable.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad cardiaca, embarazo, escala OMS-modificada.

**OPO-37**

# LAS MANIFESTACIONES DE SEVERIDAD DE LA PREECLAMPSIA SE ASOCIAN DIRECTAMENTE CON EL AUMENTO DE ACTIVACION DEL COMPLEMENTO

**AUTORES:** Velásquez Jesús, Burwick Richard, Vargas Johana, Silva Jaime, Gutiérrez Jorge, Tolosa Jorge

**INSTITUCIÓN: Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Cedars-Sinai Medical Center Laboratorio-Sanitas, Clínica Universitaria Bolivariana, NACER-UdeA, Oregon Health-Science University, Hospital Universitario San Ignacio, FUNDAREDMATERNA**

**INTRODUCCION:** La activación del complemento, presente en el embarazo normal, puede ser una causa de preeclampsia (etiología multifactorial). El exceso de activación puede mediar el daño renal, hepático y la aparición de trombocitopenia en PE. Es necesario evaluar si el exceso de actividad del complemento, midiendo C5b-9, fracción terminal de activación, se demuestra en gestantes con preeclampsia grave.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se midieron los niveles de C5b-9 en orina y plasma (ng/ml) de mujeres con y sin trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE), en el estudio **COPA** (**CO**mplemento **P**reeclampsia en las **A**méricas), estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en 6 centros y 3 ciudades de Colombia (Bogotá, Cartagena y Medellín; Noviembre/2015-Julio/2016) con aprobación ética. Las pacientes fueron asignadas a uno de cinco grupos: sanas, hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia no grave, preeclampsia grave (criterios ACOG). Para el análisis se realizó pareamiento por edad gestacional (<o> 34 semanas) y por grupo de asignación. El poder de significancia se calculó con 100 pacientes con preeclampsia grave (PEG). C5b-9 medido por técnica de inmunoensayo por ELISA (Human C5b-9 ELISA, BD Biosciences), en un laboratorio central con procedimientos altamente estandarizados. La información fue recolectada por personal previamente entrenado. Los datos se analizaron mediante medianas, prueba de correlación de Spearman y regresión logística.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 352 mujeres. Comparado con las mujeres sanas, los niveles plasmáticos de C5b-9 (pC5b-9) fueron más elevados en todas las mujeres con THAE, más en aquéllas con PEG [mediana (rango IQ), 1626 (1096-2460) vs. 2780 (1646-4240), p= <0.001]. Para las mujeres de menos de 34 semanas, solo hubo elevación significativa de los niveles pC5b-9 en las que cursaron con PEG [mediana (rango IQ), 2974 (1622-4308) vs. 1378 (1096-2440), p = 0,009]. En la orina, los niveles de C5b-9 (uC5b-9) fueron específicamente elevados en PEG, pero no en otros trastornos hipertensivos [mediana (rango IQ), 2.17 (0.59-6.5) vs 10.4 (1.7-44.2), p= <0.001]. Los niveles de uC5b-9 permitieron diferenciar las mujeres con PEG de aquéllas con PE sin gravedad (p=0.001). Las mujeres con niveles de uC5b-9 por encima del cuartil superior (> 8,5 ng/ml) tuvieron mayor probabilidad de tener PEG, incluso después del ajuste multivariado para edad, Índice de Masa Corporal, paridad, etnicidad, presión arterial sistólica, diastólica y proteinuria, [aOR (IC 95%), 4,02 (2,05-7,87), p <0.001]. Se encontró asociación entre niveles de uC5b-9 con la proteinuria (r=0.66, p<0.001), sin embargo, la asociación entre niveles elevados de uC5b- y PEG se mantiene independiente de la proteinuria total.

**CONCLUSIÓN:**
Se demostró por primera vez en el mundo una asociación entre la activación del complemento y la preeclampsia grave que podría ser la etiología en un grupo de mujeres quienes presentan la enfermedad. Estos resultados proveen las bases para estudiar clínicamente el bloqueo del complemento como alternativa terapéutica en PEG.

**OPO-41**

# MORTALIDAD MATERNA ASOCIADA A ENFERMEDAD CARDIACA EN COLOMBIA, UN ESTUDIO POBLACIONAL DE 8 AÑOS

**Autores:** Camilo Bello-Muñoz[1,2], Oscar Lavalle[3], Karen Orellano[1], Jennifer Gonzalez[1], José Rojas-Suarez[1,4]
[1]Grupo de investigación en cuidados intensivos y obstetricia (GRICIO) Universidad de Cartagena.
[2]Clínica Del Prado, Medellín, Colombia.
[3]Clínica Santa Cruz de Bocagrande, Cartagena, Colombia
[4]Clínica Gestión salud IPS, Cartagena, Colombia.

**Introducción:** La enfermedad cardiaca constituye la causa más común de mortalidad materna en países desarrollados. Sin embargo, en Colombia no existen estudios que evalúen esta relación.
El objetivo de este trabajo es determinar la razón de mortalidad materna por enfermedad cardiaca y describir cuales son las etiologías cardiacas más comunes.
**Metodología:** Análisis retrospectivo del registro nacional de mortalidad en Colombia desde el 1 de enero de 2000 al 31 de enero de 2008, incluido en el departamento nacional de estadística (DANE). La muerte materna se definió como aquella que ocurrió durante el embarazo o los primeros 42 días postparto. Las muertes causadas por enfermedad cardiaca se identificaron de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El análisis fue realizado por 4 investigadores. Luego del análisis individual de cada uno de los observadores se hizo una correlación de los datos obtenidos para valoración de la concordancia, en los casos de desacuerdos, los investigadores buscaron consenso. Los casos se incluyeron solamente si existía acuerdo. Una vez identificadas las muertes secundarias a enfermedad cardiaca, se clasificaron en grupos para facilitar su análisis. La evaluación del grado de concordancia interobservador se hizo utilizando el coeficiente KAPPA. Los datos se analizaron utilizando Excel (Microsoft, Richmond, WA) y Stata 13 (StataCorp, College Station, TX, EE.UU.).
**Resultados:** Durante el período de estudio, se reportaron 6.470.533 nacimientos y 5365 muertes maternas constituyendo una razón de mortalidad materna (RMM) de 82.9 por cada 100,000 nacidos vivos. De estas muertes, 151 casos se relacionaron con enfermedad cardiaca, con una tasa de mortalidad materna específica de 2.33 por cada 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de muertes maternas debido a enfermedad cardiaca incluyeron enfermedad valvular (33 casos, o 0,51 por cada 100,000 nacidos vivos), enfermedad isquémica cardiaca (32 casos o 0.49 por cada 100,000 nacidos vivos), cardiomiopatía (29 casos o 0.45 por cada 100.000 nacidos vivos) y enfermedad cardiaca congénita (24 casos o 0.37 por cada 100,000 nacidos vivos). Otras causas incluyeron las arritmias, las enfermedades inflamatorias del corazón y enfermedades cardiacas inespecíficas. El coeficiente de KAPPA de medición del acuerdo entre observadores de las muertes de causa cardiaca fue de 0,65.
**Conclusiones:** Las enfermedades cardiacas son una causa importante de mortalidad a nivel mundial, sin embargo, son menos prevalentes en la población obstétrica en Colombia, siendo la enfermedad valvular la más frecuente. Una estratificación de riesgos adecuada y un asesoramiento preconcepcional óptimo con un equipo multidisciplinario son fundamentales para reducir la mortalidad por esta causa.

**Palabras clave:** cardiopatía – embarazo – mortalidad.

**OPO-42**

## BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO Y POSIBLES FACTORES RELACIONADOS, CALI COLOMBIA 2015. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.

Dr. Claudia Bastidas-Guarín, Dr. Mauricio Hernández-carrillo, Dr. Ángela María Cubides-Munevar, Dr. Diana Milena Martínez- Borrero, Dr. Diana Herrada López

**Introducción:** El bajo peso al nacer (BPN) es un problema de salud pública mundial, con un impacto importante en la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año. En el 90% de los casos ocurre en países en vía de desarrollo con una prevalencia global del 19%. En Suramérica el BPN se estimó en 9.6%. Venezuela presenta el porcentaje más alto de recién nacidos con bajo peso al nacer con una incidencia alrededor del 10.6%, el segundo lugar es ocupado por Colombia con una incidencia del 9%. Los factores sociodemográficos relacionados con el BPN son la edad materna y la condición de la pobreza y se ha encontrado una relación directa con las madres de pocos recursos, bajo nivel educativo, la ocupación de la madre y el acceso a servicios de salud. Estos factores sociodemográficos son de gran impacto en nuestro medio porque inciden en las políticas de salud pública.

**Objetivo:** Describir el bajo peso al nacer a término y los posibles factores de riesgo relacionados, en la población notificada en el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA de Cali Colombia año 2105.

**Método:** Se realizó un estudio transversal. Donde se definió todo caso de recién nacido con bajo peso al nacer, con un peso inferior a 2500 gr como bajo peso al nacer BPN a término, se tomaron todos los registros disponibles de la base de datos de los nacimientos de la secretaria de salud Municipal ocurridos en el año 2015. Se encontraron con bajo peso al nacer a término 689 nacidos vivos y 1378 con peso mayor a 2500 nacidos vivos a término. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas. La comparación de los grupos se realizó utilizando la prueba Chi2 en cualitativas y t-student en cuantitativas. Los factores asociados a BPN a término se determinaron mediante análisis de regresión logística condicionada.
**Resultados:** La incidencia de BPN fue de 8.61%. Al especificar por los nacimientos con BPN a término se obtuvo una incidencia de 2.53% (689 de 27234 nacimientos en total). Los factores de riesgo fueron: sexo masculino (OR = 1.80), embarazo doble (OR = 4.65), Centro poblado (OR = 2.28), Rural disperso (OR = 5.10) y Régimen subsidiado (OR = 1.29).
**Conclusión:** La incidencia de BPN fue igual a la reportada en América Latina (8.6%), según el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública publicado por el Instituto Nacional de Salud en marzo de 2016, y muy similar a la de Colombia (9%). El factor de riesgo más importante para nuestro estudio fue pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, factor intervenible en las embarazadas.
**Palabras clave:** Bajo peso al nacer, Salud Pública / epidemiología, prevalencia, Colombia.

**OPO-47**

# VARIABLES HEMODINÁMICAS Y RIGIDEZ ARTERIAL EN MUJERES EN RIESGO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO. ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO.

**AUTORES:**
Zuluaga-Maldonado D, Henao-Vargas S, Jaimes-Barragán F, Velásquez-Penagos J, Ascuntar-Tello J, y Gallego-Vélez L.
Correo electrónico: duban.zuluaga@udea.edu.co Tel: 3176582520

**INSTITUCIÓN:**
Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF), Universidad de Antioquia, IPS SURA San Diego, Fundared Materna. Medellín, Colombia.

**INTRODUCCIÓN**:
La rigidez arterial es un estado vascular que puede ser medido clínicamente por métodos no invasivos y que ha sido utilizado como predictor de mortalidad cardiovascular en la población general. En la gestación no hay información concluyente, pero se ha sugerido que las variables que determinan la rigidez arterial pueden estar aumentadas tempranamente en las mujeres que desarrollan preeclampsia (PE), la principal causa de morbimortalidad materna.
El objetivo de este estudio es estimar los valores de las variables de rigidez arterial: índice de aumento aórtico (Iax), velocidad de onda de pulso (VOP) y presión sistólica aórtica central (PAC); en cuatro momentos del embarazo del embarazo en gestantes sanas y en aquellas que desarrollan trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE).

**MÉTODOS:**
Reporte preliminar de un estudio de cohorte prospectivo en curso, con mujeres del Valle de Aburrá con gestaciones únicas, mayores de 15 años, con menos de 17 semanas de gestación y sin antecedente de hipertensión. Las variables hemodinámicas se midieron de manera estandarizada con el equipo Arteriograph por enfermeras entrenadas previa toma de consentimiento informado. La determinación del diagnóstico final y los desenlaces al parto los hacen médicos especialistas sin participación en la atención de las pacientes y sin conocimiento de los resultados de las variables hemodinámicas. Se tuvo aprobación del comité de ética y se guardó confidencialidad de la información.

**RESULTADOS:**
De 301 mujeres incluidas 16(5,3%) presentaron hipertensión gestacional; 6(2%) PE precoz-PEP- (5 con criterios de gravedad); y 21(7%) PE tardía-PET- (14 con criterios de gravedad). La mediana de edad fue 27 años (IQR=23-31) y los antecedentes más frecuentes fueron historia familiar de PE (16,3%), enfermedad tiroidea (12,3%) y tabaquismo (8,6%). La frecuencia de parto pretérmino fue del 10,6%, de cesárea un 35,2% y la RCIU se presentó en un 18,6%.
En gestantes sin complicación hipertensiva el Iax disminuye 2% por cada medición, obteniéndose el menor valor entre las semanas 27 y 35 (Iax=3,8). Las gestantes que desarrollaron PEP y PET tienen un cambio mucho menor del Iax conforme avanza la gestación (-0,4% y +0,5%, respectivamente), pero sin significado estadístico. En la medición previa al desarrollo de preeclampsia y previo a la presentación clínica de la enfermedad se aprecia una elevación importante del Iax, alcanzando valores de 12,7 entre

semana 27 – 35 en PEP y de 16,6 entre la semana 36 – 40 en PET. Las variables de VOP y PAC no presentaron cambios significativos durante la gestación en ninguno de los grupos.

**CONCLUSIÓN:**
En este estudio, único en Colombia, se observa que el Iax disminuye conforme avanza la gestación, pero esta reducción es menos importante en las gestantes que desarrollan preeclampsia, en quienes, previo a la aparición de las manifestaciones clínicas de la enfermedad se observa una elevación significativa de este indicador. El comportamiento de las variables de rigidez arterial sugiere que el Iax puede ser una herramienta útil en la predicción de esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:**
Rigidez arterial, preeclampsia, hipertensión gestacional, índice de aumento aórtico.

**OPO-48**

# NIVELES BAJOS DE PROTEÍNA PLASMÁTICA A ASOCIADA AL EMBARAZO EN EL I TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y EL RIESGO DE RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL Y/O PREECLAMPSIA.

**Autor(es):** Gallo, D.M. – 3166179554 - damargago@hotmail.com; Perdomo G.A; Gómez M; Fonseca J.E; Guerrero J; Medina V.P.

**INSTITUCIÓN:** Centro Médico Imbanaco, Cali Valle, Colombia.

**Introducción y Objetivos:** Niveles bajos de proteína plasmática A asociada al embarazo (PAPP-A) en suero materno en el primer trimestre se han relacionado con mayor riesgo de aneuploidías fetales como trisomía 21, 13, 18 y triploidías. En los fetos cromosómicamente normales pero con niveles bajos de PAPP-A entre las 11-13.6 semanas, se ha encontrado asociación con el desarrollo de eventos perinatales adversos, tipo aborto, restricción del crecimiento fetal (RCF), parto pretérmino, preeclampsia (PE) y muerte fetal. El objetivo primario de este estudio fue determinar si existe relación entre los niveles de PAPP-A y restricción de crecimiento fetal y/o preeclampsia. Como objetivo secundario esta describir las características clínicas de la población sujeto de estudio y evaluar la relación entre los niveles de la fracción β libre de la gonadotropina coriónica (β-hCG) y RCF y/o PE.

**Materiales y Métodos:** Es una cohorte retrospectiva de pacientes con embarazos únicos que se sometieron a tamizaje combinado para aneuploidías entre las 11-13,6 semanas de gestación incluyendo medición de sonoluscencia nucal, niveles de β-hCG libre y PAPP-A en una cínica nivel IV de Cali en el período 2016-2017. Los pacientes con aneuploidías, malformaciones y embarazos gemelares fueron excluidos. Los niveles de PAPP-A se expresaron como múltiplos de la mediana (MoM) para la edad gestacional. Aprobación del comité de ética del Centro Médico Imbanaco fue obtenida. Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio; se establecieron categorías de acuerdo a los percentiles del peso al nacimiento en función de la edad gestacional. Se utilizaron tablas de contingencia y la prueba estadística de $Chi^2$ para analizar la asociación entre PAPP-A, RCF y PE. Se estableció a priori un nivel de significancia estadística $\alpha = 0.05$. RCF fue definida como peso por debajo del P10 para la edad gestacional al nacimiento y PE como Tensión arterial ≥ 140/90 en 2 tomas más proteinuria en 24 horas > 300 mg/dl. A las prevalencias obtenidas se le calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC (95%) con base en la distribución binomial exacta.

**Resultados**

De las 335 pacientes del estudio, se observó una prevalencia de PE de 5,1% (IC (95%: 3,0 – 8,0) y RCF de 3.6 (IC (95%): 1,9 – 6,2). Pacientes con PAPP-A < 0.5 MoM presentaron prevalencias significativamente más altas de RCF y PE con relación a pacientes con PAPA-A > 0,5. (p = 0,032). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de β-hCG libre y RCF y/o PE (P= 0.893)

**Conclusiones**

Niveles séricos disminuidos de Proteína plasmática A asociada al embarazo en el I trimestre son predictivos no solo de alteraciones cromosómicas sino también de eventos perinatales adversos como PE y RCF.

**Palabras Clave:** Restricción de crecimiento fetal, preeclampsia, fracción B libre de la gonadotropina coriónica, complicaciones en el embarazo.

**OPO-50**

# PREECLAMPSIA GRAVE, DEFINIENDO UN SUBGRUPO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ASOCIADA A LA ACTIVACIÓN ANORMAL DEL COMPLEMENTO

AUTORES: Catalina M. Valencia[1,2,] Richard M. Burwick[2,3,4,] Yamile I. Bernal[5,] Juliana Trujillo-Otálvaro[6,] Mónica Rincón[2,7,] Carlos Cabas[8]

INSTITUCIÓN: [1]Clínica Colsanitas S.A, Bogotá, Colombia, [2]FUNDARED-MATERNA, Bogotá, Colombia, [3]Oregon Health & Science University, Department of Obstetrics & Gynecology, Division of Maternal Fetal Medicine, Portland, OR, [4]Cedars-Sinai Medical Center, [5]Laboratorio Clínico Sanitas - Clínica Colsanitas S.A.- Grupo de Investigación INPAC, Bogotá, Colombia, [6]Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE, Medellín, Colombia, [7]Oregon Health & Science University, Portland, OR, [8]ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo- Grupo de Investigación Maternidad Segura, Cartagena, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La Etiología y el cuadro clínico de la preeclampsia son heterogéneos, por lo que hallar un biomarcador único para predecir y diagnosticar tempranamente puede ser poco realista dadas las diferentes vías fisiopatológicas involucradas. La activación del complemento, mediada por la fracción terminal C5b-9 (complejo de ataque lítico a las membranas celulares), se encuentra aumentada en la preeclampsia y predispone a la lesión renal, la hemólisis y la trombocitopenia. Nuestra hipótesis es que los niveles urinarios elevados de C5b-9, pueden identificar un subgrupo de mujeres con enfermedad grave asociada a la activación del complemento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El proyecto COPA (COmplemento y Preeclampsia en las Américas), estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en 6 centros y 3 ciudades de Colombia (Bogotá, Cartagena y Medellín; Noviembre /15-Julio /16), con aprobación de los comités de ética. Las participantes fueron asignadas a uno de cinco grupos pareados por edad gestacional (<o> 34 semanas) y por diagnostico (criterios ACOG): 1. Sanas; 2. Hipertensión crónica (HTC); 3. Hipertensión Gestacional (HTG); 4. Preeclampsia (PE) y 5. PE grave (PEG). El poder de significancia de COPA se calculó con 100 pacientes con PEG. Los datos clínicos y las muestras de sangre y orina fueron recolectados por coordinadores entrenados y la fracción C5b-9 fue analizado por técnica de inmunoensayo ELISA (Human C5b-9 ELISA, BD Biosciences). Los datos se analizaron mediante curva ROC (receiver operating characteristic curve), Chi-cuadrado y regresión logística multivariada.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 352 mujeres: sanas (n=59), HTC (n=42), HTG (n=92), PE (58), PEG (n=101). Usando el análisis ROC, se encontró que el C5b-9 urinario tiene una utilidad diagnóstica significativa para PEG, con área bajo la curva = 0.74 (0.67-0.80). El nivel urinario de C5b-9 ≥22 ng/ml fue el punto de corte óptimo para PEG con 96.4% de especificidad, razón de probabilidad positiva de 11.3. Las probabilidades de PEG en aquellas pacientes con C5b-9 urinaria ≥22 ng/ml aumentaron significativamente, y la asociación se mantuvo después del ajuste para los factores de confusión, incluida la proteinuria. Se encontró que el 40% (41/101) de las mujeres con PEG tenían niveles urinarios de C5b-9 ≥22 ng/ml, en comparación con el 12% (7/58) de pacientes con PE no grave (p <0.001) y ninguna (0/134) con HTC o HTG (p <0.001)

**CONCLUSIÓN:** Nuestros datos proporcionan por primera vez una fuerte evidencia de que un subgrupo de mujeres con preeclampsia grave tiene enfermedad asociada a la activación

del complemento, caracterizada por una mayor excreción urinaria de C5b-9. Las mujeres con este subtipo de preeclampsia pueden beneficiarse del bloqueo farmacológico específico del complemento, por lo que se justifica la realización de ensayos clínicos.

**OPO-53**

# IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA NOVEDOSA PARA AUMENTAR EL USO DE MÉTODOS DE LARGA ACCIÓN EN EL POSPARTO INMEDIATO EN HOSPITALES PÚBLICOS

**AUTORES**
Álvarez-Mesa C, Baldwin M, Edna-Estrada F, Moreno-López D, Urrego-Pachón M y Guerrra-Palacio C, L.
Contacto:carolina.alvarez1@udea.edu.co Cel: 3117104156

**INSTITUCIÓN**
Universidad de Antioquia, Medellín/Colombia y Oregon Health and Science University, Portland/ EEUU.

## INTRODUCCIÓN

La continua falta de consejería y acceso a un método de anticoncepción efectivo posparto influye en la calidad de vida de las madres y sus hijos. Estrategias novedosas, y costo-efectivas se deben desarrollar para facilitar el acceso a anticoncepción efectiva. Se evaluaron las proporciones del uso de implantes y dispositivos intrauterinos en el postparto inmediato en 3 centros de salud, comparando la atención convencional vs la consejería médica especializada y el acceso al método de forma gratuita

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención multicéntrico de mujeres en postparto inmediato en 3 Hospitales Públicos: Unidad Hospitalaria Manrique (Manrique UH) y Hospital General (HGM) en Medellín, y la E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo (CMRC) en Cartagena. Para el grupo control se encuestaron 300 pacientes (100 por centro) sobre la preferencia e inicio de anticoncepción previa al alta. Posteriormente, se capacitaron enfermeras y médicos en consejería anticonceptiva especializada e inserción de métodos ARAP (Anticoncepción Reversible de Alta Adherencia); DIU T de Cobre y Jadelle®. El grupo de intervención de 395 pacientes fue reclutado en un segundo momento y se les ofreció consejería especializada y el acceso al método de anticoncepción ARAP preferido de manera gratuita. El seguimiento telefónico se realizó a las 6-8 semanas, 6 meses y un año.

## RESULTADOS

En el grupo base menos del 1% de las mujeres en todos los centros fueron dadas de alta con método ARAP a pesar de que 35% lo deseaba; en intervención fue el 42.3 y 58% respectivamente. A las 6-8semanas el uso de cualquier método/ARAP fue en base 62.4%/7.1% y 78%/58,6%. Intervención a los 6 meses del parto el 93,3% planificaba (44% con ARAP) en intervención mientras que en base 83,9% (sólo 9.1% ARAP). Al año del parto el 20,6% utilizaba ARAP en base vs 47,8% en el grupo intervenido.

## CONCLUSIONES

Al comparar con grupo base, la consejería y el acceso a métodos no sólo aumentó la preferencia por ARAP y el uso de ellos en todos los seguimientos sino también las tasas globales de porcentaje de uso anticoncepción. El uso de ARAP en el posparto inmediato fue significativamente mayor en intervención así como durante el seguimiento a 6-8 semanas, 6 meses y un año. Esta estrategia es altamente efectiva y sugiere que la capacitación del personal y el acceso a métodos se debe garantizar como estrategia de salud pública en Colombia.

**PALABRAS CLAVE:** Consejería médica, prestación de atención en salud, dispositivos anticonceptivos femeninos, dispositivos intrauterinos, salud pública.

**OPO-54**

# ACRETISMO PLACENTARIO, IMPORTANCIA DEL MANEJO INTERDISCIPLINARIO, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COLOMBIANO

**AUTORES:** Nieto A, Echavarría MP, Carvajal JA, Burgos JM, Messa A, Escobar MF
**INSTITUCIÓN:** Fundación Clínica Valle del Lili, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El manejo de pacientes con acretismo placentario (AP) representa un reto para los servicios de salud. Aunque puede tener complicaciones catastróficas, su baja frecuencia de presentación limita el desarrollo de competencias en todos los centros obstétricos. Evaluamos los resultados del manejo de pacientes con AP en un hospital Latinoamericano, con énfasis en el impacto de la inclusión de un modelo interdisciplinario

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio cuasi experimental de antes y después, donde se incluyeron todas las pacientes con sospecha prenatal (por hallazgos ecográficos o en resonancia magnética) o confirmación intra quirúrgica de acretismo placentario atendidos en la Fundación Valle de Lili (FVL) en Cali, Colombia, entre diciembre de 2011 a diciembre de 2017.

**RESULTADOS:** Desde diciembre de 2011 hasta diciembre de 2017, 62 pacientes fueron llevadas a cirugía con sospecha antenatal o intraquirúrgica de AP. Las primeras 30 mujeres (Grupo A), atendidas hasta abril de 2016 y antes de un cambio en el protocolo de manejo, presentaron una mayor estancia hospitalaria, tiempo operatorio, requerimiento de anestesia general y hospitalización del neonato que las 20 pacientes correspondientes al Grupo B y atendidas los últimos 20 meses de la observación. Doce pacientes (Grupo C) con diagnóstico tardío, intraoperatorio y sin aplicación del protocolo institucional, presentaron una mayor volumen de sangre perdida y más frecuente transfusión de glóbulos rojos. De las 50 pacientes (Grupos A y B) sometidas a estudios antenatales por sospecha de AP (ecografía con o sin RMN adicional), el 50% presentaron discordancia entre los hallazgos ecográficos, de resonancia, intra quirúrgicos e histológicos. El tiempo quirúrgico promedio fue 205 minutos (rango 159-272 minutos), con mayores tiempos operatorios en el Grupo A, en relación directa con el tiempo consumido antes del nacimiento fetal. La mediana de la perdida sanguínea fue 2.000 mL y estadísticamente mayor en el grupo C. Se utilizó transfusión de hemocomponentes en el 59 % de las mujeres, con una mediana de 1,5 unidades de Glóbulos rojos empacados (U GRE). En el grupo C sin embargo, se transfundió al 92% de las mujeres, con una mediana de 4 U GRE.

**CONCLUSIÓN:** El desarrollo de equipos inter disciplinarios entrenados en el manejo de mujeres con placentación anormal y la identificación de centros médicos con la disponibilidad inmediata y permanente de los recursos necesarios para responder a las demandas de ésta entidad (sospecha, identificación, manejo y análisis de resultados), son actividades indispensables para la disminución de la morbilidad asociada con acretismo placentario. La adquisición de experticia por el equipo y la institución se relaciona con mejores resultados clínicos.

**Palabras Clave:** Hemorragia postparto; Acretismo placentario.

**OPO-58**

# TABLAS DE HUESOS LARGOS EN FETOS DE LA CIUDAD DE CALI-COLOMBIA.

AUTOR(ES): Briceño Freddy, Gallo Dahiana, Paredes Ricardo, Gómez Meliza, Navas María de los Ángeles, Hernández Mauricio

freddybriceno@gmail.com
Celular: 3155600745

INSTITUCIÓN: Clínica Farallones, Santiago de Cali, Colombia.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVO:
Asegurar la edad gestacional (EG) en cualquier embarazo es uno de los objetivos más importantes en el control prenatal. La medición de huesos largos (HL) en el 2º y 3º trimestre permite datar el embarazo y sospechar patologías como restricción de crecimiento fetal, displasias óseas o aneuploidías cuando la longitud de húmero (LH) y longitud de fémur (LF) están por debajo de lo esperado. En trabajos previos se encontró diferencias en el tamaño fetal de nuestra población con respecto a las tablas publicadas con población de otros países que se utilizan en la práctica diaria. El objetivo primario de este estudio es construir tablas de referencia de los HL en población gestante en la ciudad de Cali Valle, Colombia y comparar las tablas contenidas con las publicadas por Chitty y Altman que tradicionalmente se usan.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio prospectivo, Cross seccional, con la obtención de medidas a 792 fetos de madres con embarazos únicos normales y amenorrea confiable entre las 12 y 40 semanas de gestación confirmada con ecografía del I trimestre que asistieron a ultrasonido en la Clínica Farallones. Se excluyeron fetos con sospecha de malformaciones y patologías maternas que pudieran afectar el crecimiento fetal. Se obtuvo aprobación del Comité de ética de la Clínica Farallones y consentimiento informado de cada paciente.
Las medidas de HL fueron ajustados separadamente a modelos de regresión fraccionales polinomiales cúbicos para estimar el promedio ajustado y la Desviación estándar (DE) ajustada. Se incluyó la variabilidad en los centiles, mediante un modelo de regresión simple de los residuales absolutos escalados como función de la EG. Se construyeron curvas de percentiles del 3-97 para cada medida usando la misma metodología publicada por Chitty y Altman. Para valorar diferencias estadísticas se expresó los percentiles de las medidas en Z scores y se compararon los promedios y los percentiles de ambas curvas.

RESULTADOS: Se construyeron tablas de referencia de HL (Humero, Ulna, Radio, Fémur, Tibia y Fíbula) en una población de la ciudad de Cali creando los percentiles entre el 3 y el 97. Se establecieron las fórmulas de promedio y de DE para cada una de las medidas de los HL y se realizaron comparaciones visuales, mediante curvas de dispersión a través de la EG, y comparaciones estadísticas utilizando los z-scores encontrándose diferencias de hasta de 1,5 DE.

CONCLUSIONES: Las tablas de HL en población colombiana mostraron diferencias con las tablas existentes que fueron elaboradas con población gestante de otros países. Estas diferencias pueden deberse probablemente a nuestra configuración poblacional, pues utilizamos metodologías y análisis estadístico similares. La utilización de tablas propias de

HL permite mayor confiabilidad en la valoración del crecimiento fetal y diagnóstico de sus alteraciones.

PALABRAS CLAVE: tabas de huesos largos fetales, húmero, fémur, ecografía obstétrica.

**OPO-59**

# IMPACTO DEL TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMÁTICO EN EL MANEJO DE PACIENTES CON HIPOPERFUSIÓN POR HEMORRAGIA POSTPARTO MASIVA

**AUTORES:** Escobar MF, Fernández P, Carvajal JA, Nieto A, Miller S, Hurtado D.

**INSTITUCIÓN:** Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El traje antichoque no neumático es una insumo de primera línea para el manejo y estabilización de mujeres con hemorragia postparto en choque hipovolémico al aumentar el retorno venoso y el gasto cardiaco y al controlar mecánicamente el sangrado. Su utilización para el transporte y para el manejo inicial de pacientes con HPP ha sido demostrada en diferentes estudios, asociado a una reducción de la mortalidad del 48% por HPP, especialmente en países de bajos recursos donde las estrategias de manejo son limitadas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional analítico de una cohorte histórica con choque hipovolémico por HPP manejadas sin TANN entre Diciembre del 2011 a Diciembre del 2013, cuyos resultados fueron comparados con un grupo de pacientes manejadas con TANN para la misma indicación entre Diciembre del 2014 hasta diciembre del 2015.

**RESULTADOS:** Entre los años 2011 a 2013 se identificó una cohorte de 77 pacientes que presentaron HPP y choque hipovolémico con hipo perfusión, quienes recibieron manejo estandarizado que no incluía la aplicación del TANN (grupo A). La información de este grupo, fue comparada con una cohorte retrospectiva de 77 pacientes, atendidas entre los años 2014 y 2016 quienes presentaban HPP, IC mayor a 0.9 y alteraciones en la perfusión a quienes se les coloco el TANN como parte del manejo (Grupo B). Las principales causas de HPP identificadas en las 154 pacientes fueron: atonía uterina (96,1%), retención de restos placentarios (9,7%), abruptio de placenta (6,5%) y placenta previa (4,5%), sin diferencias estadísticamente significativas. De las 154 pacientes incluidas en el análisis, el 36.4% requirieron histerectomía abdominal total para lograr el control de la hemorragia, de las cuales el 98,2% corresponden al grupo A y el 1,8% al grupo B, con un valor p: 0,001. El uso de hemocomponentes fue más frecuente en el grupo A ($p<0,001$), al igual que la aplicación de vasoactivos. El promedio de días de hospitalización en la UACO fue menor en el grupo B, alcanzando un valor p estadísticamente significativo. Solo se presentaron dos casos de muerte materna en el grupo B

**CONCLUSIÓN:** El TANN aplicado a pacientes críticamente enfermas y dentro de un protocolo de intervención para el manejo de la HPP, fue asociado a una rápida recuperación de la hipoperfusión, evitando la utilización de procedimientos invasivos, que representan una elevada morbilidad materna y un alto costo. Esto se evidencia cuando los resultados son comparados con pacientes igualmente críticas sin opción de manejo con el TANN para lograr los mismos objetivos clínicos. Su implementación en los protocolos de manejo en todos los niveles de atención debe hacer parte de los procesos de mejoramiento de los servicios obstétricos de los países de medianos y bajos ingresos.

**PALABRAS CLAVE:** Hemorragia Postparto; Choque hipovolémico; TANN (Traje Antichoque No Neumático).

**OPO-60**

# EFECTIVIDAD DEL CERCLAJE DE EMERGENCIA ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

**Gómez MC**, miltoncesargomez@gmail.com, celular 3155485450, Guevara-Chaux CL. Universidad Libre Seccional Cali, Valle del Cauca, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** La incompetencia cervical se considera una patología de baja prevalencia con un 1 % en la población general. Puede aumentar hasta un 8 % con antecedente de perdidas gestacional. El cerclaje cervical es la intervención de elección, sea electivo o de emergencia con resultados variables en las diferentes series, dado que no hay protocolo estándar de las intervenciones, entre ellas antibioticoterapia, uteroinhibidores, progesterona y amniocentesis. En nuestro medio hay escasas publicaciones al respecto. El presente trabajo pretende determinarla eficacia del cerclaje de emergencia medido como la incidencia de recién nacido en casa en la cohorte, así como el tiempo a parto, resultado perinatal y complicaciones maternas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de Cohorte Retrospectiva, 2010 a 2015 en una clínica de tercer nivel, tamaño de muestra el universo de pacientes, excluyendo las paciente con cerclaje electivo, extracción de los datos por formato de encuesta y encuesta telefónica. Variables recolectadas incidencia de recién nacido en casa, incidencia recién nacido entre 28-34 semanas y mayor de 34 semanas, tiempo a parto, uteroinhibición, antibioticoterapia, cervicometría previa, resultados maternos y perinatales, complicaciones. Descripción de las variables con medidas de tendencia central y dispersión, variables dicotómicas o nominales en términos de porcentajes, Análisis bivariable y de correlación. Análisis de sobrevida para las variables uteroinbición y reloj de arena. Regresión de Cox para análisis de factores relacionados con recién nacidos en casa. El presente trabajo se considera de bajo riesgo, aprobado por el comité de ética de la Clínica Versalles.

**RESULTADOS:** Edad promedio 27,4 años IC 95 % ( 24,8 - 29,9 ).Edad gestacional en el momento de la intervención 21,0 IC 95 % (19,3 - 22,2), Tiempo a parto 9,5 semanas IQ (5,0 – 20,7), Recién nacido < 28 semanas 11 ( 38 % ), 28 -34 semanas 8 ( 27 % ) y >34 semanas 10 ( 35 % ). Recién nacido en casa 62 % de la cohorte. El 66 % recibió uteroinhibición. Complicaciones quirúrgicas 17 %. Regresión de Cox recién nacido en casa: Hazard ratio de edad 0,646 IC 95 %( 0 ,477- 0,875) p< 0.005, reloj de arena 0,173 IC 95 %( 0, 043- 0,704) p< 0.014, antecedente de perdidas gestacionales 6,679 IC 95 %( 0,634- 70,348) p< 0.114.

**CONCLUSIONES:** La efectividad general es 62 %, el tiempo a parto coincide con lo descrito en la literatura, el tiempo de intervención promedio de gestación evidencia aun lo tardío del diagnóstico y alta incidencia de parto pretérmino < 34 semanas. El porcentaje de complicaciones intraquirúrgicas es alto (17 %). El incremento de edad, la presencia de reloj de arena en la cervicometría disminuyen la posibilidad de recién nacido en casa, el antecedente de perdida gestacional se asocia positivamente con recién nacido en casa. No se encuentra asociación clínica significativa con el uso de uteroinhibidores, antibioticoterapia, ni en los términos de interacción.

**Palabras Clave:** Cerclaje emergencia, Incompetencia Cervical.

**GPO-1**

# ASOCIACIÓN ENTRE EVENTOS REPORTABLES PREVENIBLES Y RESULTADO ESFAVORABLE EN LOS PROCESOS DE RESPONSABILIDAD MEDICA EN OBSTETRAS APODERADOS POR FEPASDE COLOMBIA 1999 – 2014. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Autores: Hernando Gaitán-Duarte MD MSc[1] Javier Eslava – Smalbach MD MSc PhD[1 2], Luisa Montoya Est. MSc[3] Gloria Jiménez MD[4], Jorge Medina MD MSc (c)[3], Doris Garzón Olivares[6], Mauricio Vasco[7], Liliana Arango[8]

1. Profesor Titular. Departamento de Obstetricia y Ginecología Instituto de Investigaciones Clínicas Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia Hospital Universitario Nacional de Colombia.
2 Profesor Titular. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia Hospital Universitario Nacional de Colombia. Gerente Centro de Desarrollo Tecnológico. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.
3. Instructor Asistente. División de Investigaciones. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS
4. Jefe Asesoría Médica. Sociedad Colombiana de Anestesia y reanimación S.C.A.R.E.
5. Investigador asociado.: Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional de Colombia
6 Profesor Asociado. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia Hospital Universitario Nacional de Colombia.
7. Profesor asociado Pontificia Universidad Bolivariana Medellín. Coordinador del Comité de Obstetricia de la Sociedad Mundial de Anestesiología
8. Ginecóloga y Obstetra, Universidad Nacional de Colombia Asesora de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

RESUMEN

Introducción: Los eventos reportables prevenibles son potenciales causas de procesos de responsabilidad médica, es importante conocer si su ocurrencia incrementa el riesgo de decisiones judiciales o éticas desfavorables

Objetivo: Evaluar la asociación entre la ocurrencia de un evento reportable prevenible y las decisiones judiciales y éticas desfavorables en los procesos de responsabilidad médica contra obstetras.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles. Población: Obstetras vinculados a FEPASDE con procesos judiciales o éticos cerrados entre los años 1999 y 2014 en Colombia. Casos: obstetras que tuvieron una decisión judicial o ética desfavorable en procesos de responsabilidad médica. Controles obstetras que tuvieron una decisión judicial o ética favorable. Tamaño de muestra de 325 sujetos (65 casos y 260 controles). Los casos fueron seleccionados por la detección de los resultados desfavorables y los controles fueron seleccionados de forma aleatoria. Se midieron variables del obstetra, de la institución que prestó el servicio, del proceso, del sujeto que recibió la atención que causó el proceso. Análisis: Se realizó un análisis uni y multivariado por medio de un modelo de regresión logística que incluyó la utilización de un índice de propensión.

**Resultados:** Se incluyeron 64 casos y 258 controles. El índice de propensión (PS por sus siglas en Ingles) incluyó el 92,2% de los datos originales. Se encontró asociación entre la presencia de evento reportable prevenible y una decisión judicial o ética desfavorable (OR=3,6; IC 95%: 1,25 – 10,39). Otros factores asociados a una decisión judicial o ética desfavorable son: institución privada (OR=2,3; IC 95%: 1,14 - 4,51), tipo de proceso civil (OR=14,1; IC 95%: 5,51 – 36,04), ético (OR=3,5; IC 95%: 1,53 – 7,99) y administrativo (OR=4,8; IC 95%: 1,55 – 14,89), diagnóstico del producto - óbito (OR=3,1; IC 95%: 1,64 – 5,94) y el antecedente de otros procesos judiciales en su contra (OR=2,3; IC 95%: 1,27 – 4,06). Las deficiencias en la prevención y en el tratamiento con medicamentos se asociaron a una decisión judicial o ética desfavorable ($p < 0.05$)

Conclusiones: La presencia de eventos reportables prevenibles se asocia a decisión judicial o ética desfavorable en procesos de responsabilidad médica en Colombia. Las

deficiencias en el manejo de la paciente y en funcionamiento del sistema de atención hospitalaria ofrecen oportunidades de intervención para reducir el riesgo tener una decisión judicial o ética desfavorable en procesos de responsabilidad médica.

Palabras Clave: Obstetricia; Proceso Legal; Responsabilidad Legal; Reclamos administrativos en el cuidado de la salud. Errores Médicos.

**GPO-2**

# EFICACIA DEL REPARO DE LA PROCIDENCIA GENITAL COMPLETA EN LA RECUPERACIÓN DE LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE

**Espitia De La Hoz, FJ.**
espitiafranklin@hotmail.com
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

## Resumen

**Introducción**
El prolapso genital es el descenso de los órganos pélvicos hacia o por la abertura vaginal; es una afección común en las mujeres, que les perjudica la calidad de vida, incluyendo la función sexual. El prolapso sintomático es el más común trastorno del piso pélvico por el cual consultan las pacientes, obligando a ser tratadas con cirugía reconstructiva. Son muchos los cuestionarios usados para evaluar la función sexual de las mujeres con prolapso genital, y algunos tienen utilidad para seguir la función sexual una vez operadas.
**Objetivo**
Evaluar la eficacia del reparo de la procidencia genital completa en la recuperación de la sexualidad de las mujeres intervenidas quirúrgicamente.
**Materiales y métodos:**
Se diseñó un estudio clínico prospectivo y abierto. Se reclutaron mujeres con edades comprendidas entre 45 y 87 años a las que se les había diagnosticado procidencia genital completa (prolapso genital Estadio IV), de acuerdo con la clasificación y cuantificación del sistema POP-Q, a las que se les indicó manejo quirúrgico.
Se evaluó la actividad sexual antes y después de la cirugía con el cuestionario PISQ-12.
La muestra fueron 27 mujeres que asistieron a la consulta externa, en la clínica La Sagrada Familia de Armenia. El estudio se hizo entre enero de 2013 y diciembre del 2016.
**Resultados:**
La edad promedio fue de 71.4±5.4 años (rango de 45 a 87 años). El tiempo promedio de seguimiento fue de 24.57 meses (3 a 48 meses), durante el cual no se detectó ningún caso de extrusión, fistulas ni recidiva sintomática del prolapso más allá del grado II. Según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario PISQ-12, la prevalencia de trastornos sexuales, en este grupo de mujeres, antes de la cirugía fue del 92.59% y del 14.81% después. El tiempo promedio para lograr mayores puntuaciones en el PISQ-12 se lograron a los 12 meses de seguimiento. Las posmenopáusicas tempranas mostraron mayor puntuación en el PISQ-12 luego de la cirugía.
**Conclusiones:**
El reparo de la procidencia genital completa ayuda a la recuperación de la sexualidad en las mujeres operadas; a mejor satisfacción de la corrección mayor retorno a la actividad sexual.

**Palabras Clave**: Cirugía; Diafragma Pélvico; Prolapso Uterino; Sexualidad.

**GPO-3**

# EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CLIMATÉRICAS CON PROLAPSO GENITAL TRAS EL USO DEL PESARIO

**Espitia De La Hoz, FJ.**
espitiafranklin@hotmail.com
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

## Resumen

### Introducción

El prolapso de los órganos pélvicos es el descenso de uno o más órganos pélvicos (útero, vagina, vejiga o intestinos) a través de la pared y orificio vaginal, debido al defecto de los tejidos de soporte; está asociado con incontinencia urinaria de esfuerzo entre el 23,19% y 38%. Se agrava al final del día y mejora cuando la mujer se acuesta, afectando de forma adversa la calidad de vida y la función sexual de las mujeres que lo padecen.

### Objetivo

Evaluar la efectividad del pesario sobre la calidad de vida y la función sexual en mujeres climatéricas con prolapso genital grado II o mayor.

### Material y método

Se realizó un estudio analítico, observacional, de corte transversal. Se eligieron mujeres en climaterio que asistieron a consulta por prolapso genital, en la Clínica la Sagrada Familia, Armenia, Quindío, entre enero de 2009 a diciembre de 2016. Se les aplicó dos escalas, la Escala "*Menopause Rating Scale*" (MRS), y el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Ambos cuestionarios fueron realizados, antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso. Ambos cuestionarios fueron realizados, antes de la inserción del pesario y luego de tres meses de uso.

### Resultados

La constituyeron 57 mujeres de 33´177 que consultaron, para un 0,17% tratada con pesario. La edad media fue 52.8±5.4 años, y la edad de la menopausia a los 48,3±4,2 años, destacándose la menopausia natural en la mayoría (89%). El mayor porcentaje de mujeres usuarias del pesario, pertenece al grupo de edad de más de 65 años (84,21%).
La puntuación media global de la Escala "*Menopause Rating Scale*" (MRS), antes de la inserción del pesario fue de 18,8±4,3 puntos, y 10.2±5.4 después de tres meses de uso. La puntuación media total del IFSF, antes de la inserción del pesario fue 16.3±8.3, y 21,7± 8 después de tres meses de uso.

### Conclusión:

El uso de pesarios en mujeres con prolapso genital grado II o mayor, es una terapia eficaz en la disminución de los síntomas vaginales con mejoría en la calidad de vida y la sexualidad.

*Palabras clave:* Calidad de Vida; Climaterio; Menopausia; Orgasmo; Sexualidad.

**GPO-4**

# IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS HEREDADOS EN MUJERES CON MENORRAGIA SIN CAUSA ORGÁNICA ATENDIDAS EN LA FOSCAL (COLOMBIA)

**Autores:** Hinestroza-Lamus S, Osma-Melo C, Osma-Zambrano S. (sergiohinestroz@hotmail.com, 3183607363)

**Institución:** Universidad Autónoma de Bucaramanga- FOSCAL (Colombia).

**Introducción:** Aunque la menorragia es un síntoma ginecológico frecuente, en menos del 50% de las pacientes se logra identificar una causa específica. Recientemente, se ha demostrado que los trastornos hemorrágicos, en especial la enfermedad de von Willebrand (EVW), son prevalentes en estas pacientes. El objetivo del estudio es Identificar los trastornos hemorrágicos heredados en mujeres con menorragia sin causa orgánica y establecer que variables clínicas son predictivas de estos trastornos.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo por la forma secuencial en la aproximación diagnóstica, entre enero a diciembre del 2016. Un total de 38 pacientes consecutivas con diagnóstico de menorragia (menstruación > 7 días o sangrado excesivo > 80 ml por ciclo definido por PBAC > 100) sin causa ginecológica fueron estudiadas. A todas las pacientes se les realizó una ecografía pélvica y evaluación ginecológica. Se diligenció un cuestionario con datos sociodemográficos, médicos y de la historia menstrual junto a una herramienta de tamizaje para trastornos hemorrágicos. Se utilizó igualmente un pictograma (PBAC) para la valoración semiobjetiva de la perdida menstrual. Se estudiaron con hemograma, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, ferritina y el perfil para la EVW. En caso de que los test iniciales fueran negativos, se continuó con la determinación de los factores de coagulación, fibrinógeno, agregometría plaquetaria y el tiempo de lisis de Euglobina.

**Resultados:** Una alteración hemostática se identificó en 12 (32%) pacientes. De estas, 7 (19%) presentaron un trastorno hemorrágico heredado tipo EVW. Las 5 (13%) pacientes restantes presentaron bajo FVW como factor de riesgo para sangrado. Significativamente más mujeres con EVW presentaron menorragia desde la menarquia (71.4% vs 19.3%; p= 0.01), hemorragia postparto (100% vs 26.7%; p= 0.05), y sangrado post quirúrgico (66.6% vs 5.6%; p= 0.04) comparadas con las mujeres sin trastornos hemorrágicos. La frecuencia de síntomas menstruales fue significativamente mayor en mujeres con EVW dado por sensación de “chorro” en la mayoría de sus periodos (100% vs 53.9%; p= 0.02), sangrado menstrual > 8 días (57% vs 11.6%; p= 0.02) y necesidad de un mayor número de toallas higiénicas por ciclo (31 vs 24.5; p=0.04)

**Conclusión:** Los trastornos hemorrágicos heredados se identificaron en una proporción sustancial de mujeres con menorragia sin causa orgánica. Sugerimos que estas pacientes sean estudiadas principalmente para la EVW de forma conjunta por ginecología y hematología.

**Palabras clave:** menorragia, trastornos heredados de la coagulación, enfermedad de von Willebrand.

**GPO-13**

# ¿DEBE SEGUIR SIENDO LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL LA PRIMERA OPCIÓN QUIRURGICA PARA REMOVER EL UTERO EN COLOMBIA? CORTE PROSPECTIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO

**AUTOR(ES): Lalinde-Triviño J (juandavidlalinde@gmail.com, 3007816668), Capmartin-Salinas R**
**INSTITUCIÓN**: Hospital San Ignacio, Bogotá Colombia

**INTRODUCCION**: La mayoría de los ginecólogos en nuestro país son renuentes a realizar histerectomías vaginales sin prolapso cuando se encuentra indicado remover el útero por alguna causa benigna. A través de este estudio se buscara establecer una comparación entre la histerectomía abdominal y vaginal como tratamiento quirúrgico de la patología uterina benigna a partir de la determinación de las ventajas y beneficios tanto para la paciente en términos de impacto en la calidad de vida como para el sistema de salud a través de la medición de costos y efectividad del procedimiento, que justifique o no la implementación rutinaria de la histerectomía por vía vaginal.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio cohorte de casos y controles y prospectivo consistió en un total de 88 pacientes con indicación de histerectomía sin prolapso apical distribuidas en 48 pacientes para el grupo de casos (vaginal) y 40 para el grupo control (abdominal). Se compararon datos demográficos, diagnósticos, tiempo de cirugía, sangrado, complicaciones intra y postquirúrgicas, costo asociado del procedimiento, reintervención, incapacidad e impacto en la calidad de vida.
**RESULTADOS:** Las mujeres de ambos grupos tuvieron similares valores estadísticos para paridad, afección de su calidad de vida y tamaño uterino, sin embargo, las del grupo de control abdominal eran ligeramente más jóvenes (48,08 vs 45,30; P< 0.026). El tiempo quirúrgico promedio ajustado del grupo vaginal Vs abdominal fue menor para el primero (70,95 minutos Vs 87,51 minutos; P< 0.01). En relación con las variables de sangrado intraoperatorio (239 Vs 376 ml; P<0.001), número de días hospitalización (1,36 Vs 2,62; P< 0,000000001), y días totales de incapacidad (17,73 Vs 25,80; P< 0,000000000000001) favorecieron al grupo vaginal. No hubo diferencia significativa para complicaciones intra/postquirúrgicas, o reintervenciones, sin embargo existió una mejor calidad de vida física de las pacientes en el grupo vaginal Vs abdominal (P<0.007), los dos grupos tuvieron mejoría posterior a su cirugía pero el grupo vaginal alcanzo una mejor percepción de su satisfacción en la parte física no así mental, explicado seguramente por un menor dolor posoperatorio que se traduce en un menor tiempo de convalecencia e incapacidad. En cuanto al costo no hubo diferencias estadísticamente significativas al discriminar solamente los procedimientos histerectomía vaginal Vs abdominal (P<0.11).

**CONCLUSIONES:** La histerectomía vaginal sin prolapso o mínimamente invasiva es más costo efectiva para el tratamiento quirúrgico de la patología uterina benigna cuando se le compara con la vía abdominal. Sus bajas tasas de implementación obedecen principalmente a la carencia de entrenamiento en los grupos quirúrgicos lo cual limita su realización en un modelo de salud al cual podría generarle ahorros significativos si se practicara a gran escala. Lo anterior no solo concuerda con las directrices mundiales actuales sino invita a la implementación de rutina en nuestro medio

**PALABRAS CLAVE:** Histerectomía Abdominal, Histerectomía Vaginal, Calidad de Vida.

**GPO-14**

# TIBOLONA VERSUS TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL COMBINADA CON TESTOSTERONA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES EN CLIMATERIO. UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

**Espitia De La Hoz**
espitiafranklin@hotmail.com
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

**Resumen**

**Introducción**

El trastorno del deseo sexual hipoactivo es la deficiencia persistente o recurrente de fantasías, de deseos o pensamientos sexuales, o receptividad a la actividad sexual que causa angustia personal. Tiene una prevalencia de 7-16%, con una creciente prevalencia mundial, en especial después de la menopausia, convirtiéndose en un importante problema de salud pública. Dependiendo del factor primario que comprometa el deseo, así existen opciones farmacológicas de tratamiento. La farmacoterapia puede elegirse cuando el trastorno está relacionado con cambios hormonales (menopausia natural o quirúrgica).

**Objetivo**

Evaluar la eficacia y seguridad de dos terapias hormonales sustitutivas, combinadas con testosterona, en el tratamiento del trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres en climaterio.

**Materiales y métodos:**

Se realizó un ensayo clínico, no aleatorio, no enmascarado. Se reclutaron mujeres en periodo de climaterio que asistieron a consulta por trastorno del deseo sexual (DSH). El diagnóstico se hizo mediante el "Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF). Se asignaron dos grupos aleatorizados: grupo A (51 mujeres sometidas a terapia hormonal con estrógenos conjugados y medroxiprogesterona más testosterona) y grupo B (54 mujeres tratadas con tibolona más testosterona). El estudio fue realizado entre julio de 2015 y diciembre de 2016, en la consulta externa de La Clínica La Sagrada Familia, Armenia.

Las mujeres se sometieron a un período de seguimiento cada 30 días, para evaluar la puntuación del IFSF, así como la posibilidad de reacciones adversas o efectos secundarios de la terapia.

**Resultados:**

Un total de 105 pacientes fueron tomadas en cuenta para esta investigación. La media de edad de las mujeres estudiadas fue de 54±12 años para el grupo A y 57±9 años para el grupo B. La media de duración del tiempo de seguimiento en la población del estudio fue de 11,7 meses (rango 3-18 meses).

En el grupo A la puntuación inicial total del IFSF fue de 25.4±7.3 y al final de 27.1±1.4 puntos, mientras en el grupo B la puntuación inicial total del IFSF fue de 25.5±8.1 puntos y al final de 29.9±1.3 puntos.

Al final del estudio, las mujeres del grupo B, mostraron puntuaciones promedias significativamente más altas en el IFSF (29.9±1.3 puntos), comparadas con los valores promedios en las mujeres del grupo A (27.1±1.4) ($p<0,0001$).

**Conclusiones:**

Se encontró que en el grupo B (mujeres tratadas con tibolona más testosterona) los resultados fueron mejores. Luego de 6 meses de seguimiento, aumentó la puntuación del dominio deseo en el IFSF de forma significativa, con el uso de tibolona más testosterona.

**Palabras Clave**: Climaterio; Disfunciones sexuales; Testosterona.

**GPO-19**

# COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL DORMIR EN MUJERES CLIMATÉRICAS RESIDENTES EN EL URABÁ ANTIOQUEÑO, SEGÚN OLEADAS DE CALOR

Dávila-Ruiz R, Parra-Almeida S, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La reducción estrogénica propia de la menopausia, se asocia a cambios en la regulación de la temperatura corporal con el establecimiento de oleadas de calor (OC), las cuales impactan con distinta severidad la calidad de vida. Además, los disturbios del sueño suelen tener mayor prevalencia en la etapa vital del climaterio. El objetivo fue comparar las características del dormir en mujeres climatéricas afrodescendientes con y sin OC.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), realizado en mujeres afrodescendientes residentes en el municipios del Urabá Antioqueño (Apartadó, Turbo, Carepa y Chigorodó) con edades entre 40-59 años. Se aplicó formulario de características sociodemográficas, escala Menopause Rating Scale (MRS), Escala de Atenas (EA) y el Índice de calidad del sueño de Pittsburg (ICSP). Con la primera pregunta de MRS se estableció la presencia y severidad de OC. Con EA e ICSP se estableció insomnio y las características del dormir. Las mujeres fueron seleccionadas en sus comunidades, participaron anónima y voluntaria, con firma de consentimiento informado. Estudio avalado por comité de ética. Análisis con Epi-Info7. Se realizó regresión logística ajustada, variable dependiente OC y variable independiente los ítems de EA.
**RESULTADOS:** Se estudiaron 461 mujeres, 368 (79.8%) informaron OC, de las cuales 99 (26.9%) tenían intensidad severa. Las mujeres con OC tenían mayor edad, menor número de años de estudio, mayor hábito al café y cigarrillo, más usuarias de terapia hormonal y tuvieron peor puntaje en todos los ítem de MRS, al comparar con mujeres sin OC ($p<0.01$). La prevalencia de insomnio fue 42.6% en mujeres con OC y 24.7% sin OC ($p<0.01$). Las puntuaciones de todos los ítem y total de EA fueron peores entre mujeres con OC ($p<0.01$). Las mujeres con OC fueron peores dormidoras ($p<0.01$), tuvieron peor calidad del sueño ($p<0.04$), más perturbaciones del sueño ($p<0.01$), más uso de medicación para dormir ($p<0.01$) y más alteraciones del funcionamiento diurno ($p<0.01$) que mujeres sin OC. Con regresión logística ajustada se estimó que fueron factores asociados a OC: despertares en la noche 0R:3.6[IC95%:2.2-5.9], despertar más temprano de lo deseado OR:2.8[IC95%:1.6-4.7], sensación de bienestar alterada en el día OR:1.9[IC95%:1.1-2.3], funcionamiento físico/mental durante el día OR:1.8[IC95%:1.0-3.2], somnolencia diurna OR:3.6[IC95%:2.2-6.1], insomnio: OR:3.3[IC95%:1.8-5.8].
**CONCLUSIONES:** Las mujeres afrodescendientes del Urabá antioqueño tuvieron peores características del dormir que otras libres de OC.
**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Grupos étnicos; Climaterio; Sueño.

**GPO-21**

## CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA DE MASAS ANEXIALES: UN ESTUDIO DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

**AUTOR(ES):** Esquivel A (1), Rodríguez NJ (1), Gómez A (2), Buriticá C (1), Rodríguez N (1,2), Sanabria D (1,2).

**INSTITUCIÓN:**

(1) Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá DC, Colombia.

(2) Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá DC, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Las masas anexiales se presentan con una frecuencia superior al 17 % como hallazgos rutinarios en el diagnostico ultrasonográfico ginecológico en nuestro medio; hasta el 10 % pueden ser malignas, por lo cual se necesitan herramientas que permitan valorar estas masas independientemente de la experiencia del operador. Nuestro objetivo en este estudio es evaluar las masas anexiales mediante los modelos de GI-RADS, IOTA reglas simples y IOTA (ADNEX) para determinar la probabilidad de benignidad y malignidad.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** En este estudio retrospectivo de precisión diagnóstica, evaluamos los datos recopilados prospectivamente de pacientes con patología anexial, que se realizaron ecografía transvaginal con ginecólogos expertos en ultrasonido, en un hospital universitario entre enero de 2013 a diciembre 2016. Se determinó la presencia de masas benignas o neoplasia maligna mediante la evaluación subjetiva y el uso de tres modelos de predicción: Gynecologic Imaging Reporting and Data System (GI-RADS), reglas simples basadas en ultrasonido (IOTA reglas simples) y el modelo IOTA ADNEX, con los cuales se evaluaron las características morfológicas de la masa pertinentes para cada modelo. Se estimó la probabilidad de presentación de malignidad a partir de un modelo de regresión logística. La patología fue el estándar de oro de referencia clínica.

**RESULTADOS:** En total, 976 pacientes consecutivas se sometieron a un examen de ultrasonido por una masa anexial. En 244 pacientes (202 premenopáusicas y 42 postmenopáusicas), estaban disponibles resultados de patología institucional 225 (92%) benignos, 19 (8%) malignos.

El área bajo la curva (ABC) del modelo ADNEX para la discriminación entre tumores benignos y malignos fue de 0,96 (IC 95%, 0,93-0,98). El IOTA ADNEX fue superior a los otros dos modelos. El ABC para los otros modelos fueron 0.82 (IC 95%, 0.79-0.84) para GI-RADS y 0.85 (IC 95%, 0.80-0.91) para IOTA reglas simples. ADNEX tuvo la sensibilidad más alta (0,99 (IC 95%, 0,93-1,00)) con una especificidad de (0,71 (IC 95%, 0,69-0,84)) en comparación con los otros modelos. En las pacientes con características como: postmenopausia (OR 2.2 (IC 95% 1.1-2.8)), Ca 125 elevado (OR 2.8 (IC 95% 2.1-3.4)), tumores multiloculares sólidos (OR 2.1 (IC 95% 1.8-2.2)) y tumores con más de 5 lóbulos (OR 2.4 (IC 95% 1.8-2.8)) hubo un aumento de la probabilidad de presentación de masas malignas.

**CONCLUSIONES:** En nuestra población son aplicables todos los modelos para discriminar entre benignidad y malignidad en las masas anexiales. Sin embargo, pudimos determinar que el modelo IOTA ADNEX posee un mayor rendimiento diagnóstico, para discriminar las masas anexiales benignas y malignas. Las condiciones como la postmenopausia, el Ca 125 elevado, los tumores multiloculares sólidos y los tumores con más de 5 lóbulos evidenciaron un aumento en la probabilidad de presentar patología maligna.

**PALABRAS CLAVE**: Masas anéxales, IOTA reglas simples, Modelo IOTA ADNEX, reporte GI-RADS, Ultrasonido Ginecológico.

**GPO-22**

# PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES, EN 12 CIUDADES COLOMBIANAS, 2009 - 2016

**Espitia De La Hoz, FJ.**
espitiafranklin@hotmail.com
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

## Resumen

### Introducción

Una disfunción sexual se define como la dificultad, durante cualquier etapa de la actividad sexual normal, experimentada por un individuo o pareja, durante un mínimo de 6 meses, trastorno que podría afectar negativamente su sexualidad y calidad de vida. La frecuencia de disfunciones sexuales varía según la edad, la presencia de condiciones mórbidas, antecedentes de violencia sexual, problemas interpersonales, etc.; por lo que se considera un fenómeno multifactorial.

### Objetivo

Establecer la prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales, en una población de mujeres sexualmente activas, con edades entre 18 y 72 años, en doce ciudades colombianas, y examinar posibles factores relacionados.

### Material y método

Estudio de corte transversal descriptivo. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años con actividad sexual, en las últimas 6 semanas, y residentes en Colombia. Se excluyeron las mujeres analfabetas, embarazadas o en primeros 6 meses postparto, las enfermas psiquiátricas o con déficit neurológico e historial de cáncer. El estudio se llevó a cabo en centros de atención de doce ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Ibagué, Bucaramanga, Villavicencio, Pereira, Manizales y Armenia) entre junio de 2009 y diciembre de 2016. Se realizó muestreo consecutivo. Se aplicó el "Índice de Función Sexual Femenina" validado en español. Se midieron variables sociodemográficas, antecedentes de salud sexual y reproductiva, frecuencia de disfunción sexual global y por tipo de disfunción evaluada. Se realizó un análisis descriptivo de la información utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativa para los datos. Se hace descripción estratificada por edad 40 años o menos y mayor de 40 años.

### Resultados

De un total de 72,894 mujeres candidatas a ingresar, se analizaron finalmente 50,991 (69,95%) de ellas. La edad promedio fue de 30,9±10,8 años. La prevalencia de disfunción sexual en el grupo estudiado fue del 32,97% (16,812 mujeres). La puntuación del IFSF en las mujeres afectadas fue de 24,07±6,18 puntos. Se presentaron dificultades con el deseo en el 32,97%, con el orgasmo 21,93%, con la excitación 16,86%, con la lubricación 14,79% y dolor 7,56%. La mediana de disfunciones sexuales por mujer fue de 2, que se hizo presente en el 64,16%.

### Conclusión:

En las mujeres colombianas existe una prevalencia de disfunciones sexuales cercana a la tercera parte de la población, caracterizadas principalmente por trastornos del deseo y del

orgasmo. Se requieren intervenciones para establecer un inmediato plan diagnóstico y terapéutico.

**Palabras clave:** Disfunciones Sexuales Fisiológicas; Dispareunia; Mujeres; Orgasmo; Prevalencia.

**GPO-25**

# ESTUDIO DE COSTO EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA REDUCTORA DE RIESGO EN TROMPAS Y OVARIOS EN CASOS CON MUTACIÓN DEL GEN BRCA1 EN COLOMBIA

Autor: González-Mariño MA
Celular 3203460504
e-mail:marioar90@hotmail.com
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

Objetivo
Evaluar mediante un modelo de simulación la utilidad en costo-efectividad de la realización de cirugía reductora de riesgo en trompas y ovarios (SOB) como único procedimiento o con mastectomía bilateral, comparada con la tamización para cáncer de mama y ovario en mujeres con mutación del gen BRCA1 en Colombia.
Material y Métodos
Análisis de costo-efectividad usando el modelo Markov. Se incorporan tres procesos o acciones mutuamente excluyentes: a. evolución de las pacientes con mutación del gen BRCA 1 con pruebas de tamización para cáncer de mama y ovario. b. Evolución de las pacientes con mutación del gen BRCA en quienes se realiza SOB; c. Evolución de las pacientes con mutación del gen BRCA en quienes se realiza SOB y mastectomía bilateral. Se evalúa como desenlace la ganancia en años de supervivencia. El cálculo de los costos de los procedimientos en pesos Colombianos se obtuvo principalmente del cálculo de su valor según tarifas ISS 2001 + 30 %. Se valoró el estudio teniendo en cuenta la perspectiva del sistema de salud. Este estudio no implica la recolección de datos primarios de las pacientes individuales, por lo tanto se considera una investigación sin riesgo según la Resolución Nº 008430 de 1993
Resultados
A partir de lo estimado por el modelo Markov se encuentra una ganancia de 12,8 años con el esquema de seguimiento para cáncer de mama y ovario. Con relación a esta alternativa, la cohorte con SOB y mastectomía bilateral es la de mayor ganancia con 13 años mientras que la SOB gana 4,95 años con respecto al grupo de seguimiento. Estos procedimientos resultan altamente costo-efectivos según los parámetros recomendados por la Organización Mundial de la Salud.
Conclusiones
Al evaluar mediante un modelo matemático la SOB con y sin mastectomía bilateral con la tamización para cáncer de mama y ovario sugerida en las mujeres con mutación del gen BRCA1 para establecer la relación costo-efectividad, se encuentra que las tres opciones son aceptables pero de ellas la de mayor ganancia en la supervivencia es la combinación de SOB con mastectomía bilateral. A pesar de la dificultad de establecer un umbral de costo- efectividad plenamente aceptado para Colombia, los valores encontrados resultan altamente costo efectivos cuando se adoptan las recomendaciones de la Organización mundial de la Salud.
**Palabras clave:** costo efectividad, cáncer de ovario, cáncer de mama, ooforectomía, medicina preventiva (DeCs).

**GPO-29**

# PREVALENCIA DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL, INFECCIÓN POR VPH Y ALTERACIONES EN LA CITOLOGÍA ANAL EN MUJERES CON LEIAG Y CÁNCER IN SITU DE CÉRVIX EN UNA POBLACIÓN DE BOGOTÁ.

**AUTORES: Gómez-Correa S**, Castillo–Zamora M, Amaya-Guio J, Restrepo-Castro O, Puentes E, Sanabria- Serrano D
**INSTITUCIÓN:** Universidad de la Sabana Chía, Cundinamarca, Colombia.

**Introducción**: La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) está implicado en la etiología del cáncer de cuello uterino, vulva, ano y vagina. La asociación de neoplasia intracervical (NIC) y neoplasia intraepitelial anal (NIA) está soportada en publicaciones a nivel mundial. En Colombia no existe información al respecto.
**Métodos**: Se realizó un estudio de corte transversal en mujeres con diagnostico histopatológico de lesión intraepitelial de alto grado en dos instituciones de salud de Bogotá. Se recolectaron datos sociodemográficos, de comportamiento sexual y antecedentes patológicos. Se tomó muestra anal para citología y detección de ADN de VPH y se realizó anoscopia de alta resolución para identificar displasia anal.
**Resultados**: Se incluyeron 119 mujeres con diagnóstico histopatológico de NIC2/3 y Carcinoma In Situ, edad media de 38 años [RIQ 32-44]. Se encontraron cuatro mujeres con citología positiva para ASCUS las restantes fueron negativas para lesión intraepitelial. 14 mujeres (11.7%) tuvieron anoscopia anormal y se les realizo biopsias dirigidas, 8 mujeres (6.7%) presentaron neoplasia intraepitelial anal (7 con NIA bajo Grado y 1 con NIA de Alto Grado). Se encontró infección por VPH anal en 45 mujeres (37,8%), siendo los genotipos identificados: VPH 16, 18 y Otros de alto riesgo (AR). Se exploraron factores de riesgo para la infección por VPH anal evidenciados fueron: número de compañeros sexuales mayor de tres (OR 1.57; IC95% 0.70-3.60), consumo de cigarrillo (OR2.39; IC95 % 0.82 – 6.96), edad del primer hijo 11 [OR 1.07 IC95; % 1.01 – 1.15] y relaciones anales (OR1.38; IC95 % 0.65 – 2,95) y para NIA evidenciados fueron: número de compañeros sexuales mayor a 3 (OR3.61; IC95% 0.53- 84.7), consumo de cigarrillo (OR4.43; IC95% 0.79 – 21.5), edad del primer hijo 3 (OR 1.51; IC 95% 0.21 – 5.25 ), relaciones anales (OR1.69; IC95% 0.37 – 8.9) y VPH anal 4 (OR 1.69 ;IC95% 0.36 – 7.90).
**Conclusión:** El grupo de población estudiada de lesión intracervical tiene una presencia de VPH anal similar a la literatura y hallazgo de neoplasia intraepitelial anal de bajo grado y alto grado.

**Palabras clave:** Neoplasia intraepitelial cervical, neoplasia intraepitelial anal, virus del papiloma humano.

**GPO-33**

# CALCULADORA DE RIESGO QUIRÚRGICO (ACS) APLICADA EN PACIENTES DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA DE PISO PÉLVICO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

Lina María Garnica Rosas M.D[1], Diana Lucía Zarate Velasco[2], Ana María Zárate[3], Roger Capmartin Salinas M.D. MSc[4].

[1] Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
[2] Residente de IV año, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
[3] Estudiante, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
[4] Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

**RESUMEN:**

Antecedentes: La esperanza de vida al nacer en las mujeres colombianas ha aumentado en las últimas décadas, siendo en la actualidad 77 años (DANE 2015). Se espera en los próximos 25 años, aumente 6 años más. A medida que las mujeres llegan a edad avanzada, incrementa la patología de piso pélvico y con ello la demanda de intervenciones quirúrgicas. Dados los cambios fisiológicos de la edad y el incremento en el número de comorbilidades en las pacientes mayores, la cirugía se convierte en un desafío pues se incrementa el riesgo intraoperatorio. Es necesario encontrar una herramienta en la que se pueda determinar objetivamente el riesgo quirúrgico de las pacientes que requieran cirugía ginecológica de piso pélvico para hacer una adecuada valoración riesgo/beneficio de las intervenciones quirúrgicas y con esto disminuir las morbilidades asociadas.

Objetivo: Determinar el riesgo quirúrgico utilizando la calculadora de riesgo quirúrgico del Colegio Americano de Cirujanos en pacientes llevadas a cirugía ginecológica de piso pélvico en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) durante el periodo de tiempo de 2013 a 2016

**Diseño:** Estudio descriptivo retrospectivo de cohorte transversal a partir de una muestra representativa de pacientes con una edad comprendida entre 18 a 80 años en las que se realizó procedimientos de piso pélvico en el Hospital Universitario San Ignacio de enero de 2013 a diciembre de 2016.

**Materiales y método:** Se revisaran las historias clínicas respectivas y se diligenciara un instrumento de recolección. Se utilizara como herramienta principal la Calculadora de Riesgo Quirúrgico, que se encuentra disponible en la siguiente página: http: //riskcalculator.facs.org/, para posteriormente tabularlo en la base de datos respectiva y correlacionarlos con los desenlaces quirúrgicos

**Resultados**: Se incluyó un total de 314 pacientes en edades entre 20-80 años (edad promedio 61 años). El procedimiento más frecuente fue la uretrocolpopexia con cinta TOT y la histerectomía vaginal. Las complicaciones menores más frecuentes fueron la incontinencia urinaria de esfuerzo (n= 1.6%) y hematoma de cúpula (n= 0.6%). El riesgo de complicaciones menores en la población en la que se realizó cirugía de piso pélvico en HUSI del 2013-2016 fue de 27.1%, y de complicaciones mayores 25.2%. Se presentaron

un total de 13 complicaciones, que representan el 3% de las pacientes operadas y 0.9% de estas complicaciones representaron complicaciones mayores.

**Conclusiones:** Las pacientes operadas en cirugía de piso pélvico en el HUSI se encuentran más frecuentemente en edades de 61-79 años, con comorbilidades controladas o leves (Clasificación ASA 2). Las pacientes que tuvieron complicaciones, en su mayoría (80%) fueron clasificadas por la calculadora como pacientes de alto riesgo quirúrgico. Es una herramienta prometedora para el cálculo de riesgo quirúrgico en pacientes de cirugía de piso pélvico.

**Palabras Clave:** Riesgo quirúrgicos, cirugía piso pélvico, incontinencia urinaria, calculadora riesgo quirúrgico, complicaciones intraoperatorias.

**GPO-34**

# COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DEL BUPROPIÓN VERSUS BUSPIRONA EN EL TRATAMIENTO DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN LA MUJER. UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

**Espitia De La Hoz, FJ. Rojas Ramírez, M**
**espitiafranklin@hotmail.com; rojasfac@gmail.com;**
**3127436696; 3117478108**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

## Resumen
### Introducción
La disminución del deseo sexual es la queja sexual más ampliamente reconocida y reportada en ambos sexos; sin embargo, a pesar de ser el trastorno sexual más prevalente en las mujeres (varía entre el 8% y 34.9%), de todas las edades, también es uno de los más difíciles de abordar. Los tratamientos farmacológicos del deseo sexual hipoactivo incluyen productos homeopáticos, hormonales, inhibidores de fosfodiesterasa-5 (PDE-5), psicofármacos, etc. Esta variedad de opciones terapéuticas, se debe a la pobre comprensión de la biología del deseo que aún tenemos.

### Objetivo
Comparar la eficacia del bupropión en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en la mujer versus buspirona.

### Material y método
Ensayo clínico aleatorizado, muestreo por conveniencia, con 87 mujeres con diagnóstico de deseo sexual hipoactivo, evaluado mediante el cuestionario Decreased Sexual Desire Screener*;* distribuidas en 2 grupos. El grupo A (n=42) (edad media de 47,46±4,83 años) recibió tratamiento con bupropión (150 mg diarios) y el grupo con B (n=40) (edad media de 45,78±5,43 años) recibió tratamiento con buspirona (20 mg diarios), durante 6 meses.

### Resultados
Las mujeres con deseo sexual hipoactivo, presente al inicio de la terapia, al finalizar el estudio no registraron aumento estadísticamente significativo en el deseo sexual. La aplicación del Decreased Sexual Desire Screener a los 3 y a los 6 meses mostró que no hubo cambios ni en la frecuencia coital ni en la satisfacción sexual, respecto al inicio del estudio; y no hubo diferencias, estadísticamente significativas, en la comparación entre las evaluaciones de los 3 y los 6 meses, tanto para la frecuencia coital (p=0.648) como para la satisfacción sexual (p=0.696). En el análisis entre grupos no se detectaron diferencias estadísticamente significativas. Resultó estadísticamente significativa la conservación, a lo largo de la investigación, de la disminución en el deseo sexual, en ambos grupos.

### Conclusión:
El tratamiento con bupropión y buspirona en el deseo sexual hipoactivo en la mujer, no constituye una terapéutica eficaz, por lo cual no deben promoverse este tipo de terapias como de primera línea.

**Palabras clave:** Coito; femenino; mujeres; sexualidad; tratamiento farmacológico.

**GPO-44**

# EVALUACIÓN DEL BANQUEO DE ÓVULOS COMO ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DE POBRE PRONÓSTICO EN UN PROGRAMA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

**AUTOR(ES):** Eduardo Castro (1,2) Nicolás Rodríguez (1) Eliana Bonilla (2), Andrés Gutiérrez (1,2), Ricardo Rueda (1,2)
**INSTITUCIÓN:**
(1) Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.
(2) Centro de Reproducción Reprotec. Bogotá, Colombia.
* Correo electrónico: ecastro62@hotmail.com

**INTRODUCCION:** Las pacientes de pobre pronóstico en reproducción asistida representan actualmente el principal problema en el marco de un programa de reproducción asistida por sus pobres resultados en términos de obtención de óvulos y tasas de embarazo.
El banqueo de embriones ha sido postulado como una solución para este tipo de pacientes, sin embargo, sus costos son extremadamente altos. En los últimos años la congelación de óvulos ha demostrado resultados cada vez más prometedores en pacientes que desean preservar su fertilidad. Nuestro objetivo es evaluar el banqueo de óvulos como una estrategia efectiva y con costos razonables para la optimización de resultados en pacientes de pobre pronostico (Baja reserva ovárica y pobre respuesta)
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo tipo cohortes en 107 mujeres, se tomaron los datos de las historias clínicas de las pacientes que asistieron al programa de reproducción asistida del centro de fertilidad entre enero de 2017 y enero de 2018.
Se realizó una comparación entre las mujeres con pobre pronóstico y una cohorte conformada por las pacientes de pronóstico normal tratadas durante el mismo periodo de tiempo. Se comparó el número de óvulos obtenidos y su desarrollo en el laboratorio, incluyendo la tasa de fertilización, la tasa de basculación. Fueron tomadas en cuenta también variables demográficas y clínicas.
**RESULTADOS:** Se incluyeron 33 pacientes en la cohorte con pobre pronóstico y 74 en el grupo control**.** El número de óvulos obtenidos fue de 10.2 (DE 4.7) y 8.6 (DE 3.5) (p= 0,198), el número de óvulos maduros fue de 10.2 (DE 4.7) y 9.4 (DE 3.7) (p= 0,208), la tasa de fertilización fue de 72.8% (DE 23%) y 73.2% (DE 18%) (p= 0,939), la tasa de blastulación fue de 41.9% (DE 33%) y 47.6% (DE 31%) (p= 0,081) respectivamente. La tasa de implantación de los embriones fue del 41.4% en el grupo control y 60.8% en el grupo de banqueo.
**CONCLUSIONES:** Dadas las altas tasas de supervivencia de los embriones congelados, de fertilización y formación de blastocistos, el banqueo de óvulos puede representar una solución efectiva para las pacientes con pobre pronóstico, aumentando la posibilidad de transferir embriones de buena calidad con excelentes tasas de implantación.
**PALABRAS CLAVE**: Banqueo de óvulos, reproducción asistida, pobre pronóstico reproductivo.

**GPO-45**

# EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA CORIFOLITROPINA ALFA VERSUS LAS GONADOTROPINAS EN LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA DE DONANTES DE OVOCITOS

**AUTOR(ES):** Eduardo Castro (1,2) Nicolás Rodríguez (2) Angélica Triana (1) Ricardo Rueda (1,2), Andrés Gutiérrez (1,2)
**INSTITUCIÓN:**
(1) Centro de Reproducción Reprotec. Bogotá, Colombia.
(2) Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.
* Correo electrónico: ecastro62@hotmail.com

**INTRODUCCIÓN:** Los protocolos estándar para la estimulación ovárica (EO) suelen incluir dosis inyectables diarias de gonadotropinas, lo que contribuye a un aumento de los costos de la terapia de reproducción asistida, por esto es importante el desarrollo de estrategias innovadoras, como los protocolos de estimulación ovárica amigables usando medicamentos de acción prolongada; siempre y cuando estos sean rentables y de buena calidad. Nuestro objetivo fue determinar los costos Clínicos de la corifolitropina alfa versus las gonadotropinas en la estimulación ovárica de donantes de ovocitos.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis económico a partir de un modelo de costo-efectividad desde la perspectiva clínica, centrándose en los costos médicos directos durante el tratamiento.
Los datos sobre el uso de los recursos se obtuvieron de los donantes individuales. Para cada mujer, las intervenciones y los medicamentos recibidos durante el protocolo de estimulación ovárica hasta la recolección de ovocitos, la obtención de embriones y el embarazo clínico. Esta evaluación económica está basada en un estudio de eficacia clínica retrospectivo.
El costo unitario de cada gonadotropina se consideró desde el día de inicio de la terapia hasta la obtención de folículos mayores de 18 mm; se realizó un análisis de los costos directos por obtención ovulo maduro, embrión, blastocisto y embarazo clínico.
**RESULTADOS:** El modelo de costo-efectividad en la comparación entre la corifolitropina alfa y las gonadotropinas (FSHr) en la estimulación ovárica controlada, evidencio que el número de ovocitos maduros obtenidos (p 0.021 (IC 95%) 0.011-0.072), el número de embriones, el número de blastocistos (p 0.043 (IC 95%) 0.009-0.096) y la tasa de embarazo clínico (p 0.033 (IC 95%) 0.009-0.068) tenían diferencias estadísticas significativas en sus costos clínicos directos.
**CONCLUSIONES:** Los resultados derivados de la estimulación ovárica controlada con Corifolitropina alfa evidencian costos significativamente menores que el uso de FSHr.
**PALABRAS CLAVE**: Corifolitropina alfa; Ahorro de costes; Rentabilidad; Programa de donantes de óvulos.

**GPO-47**

## CALIDAD DE VIDA EN CLIMATÉRICAS DE DOS ETNIAS COLOMBIANAS: EVALUACIÓN CON ESCALA CERVANTES

Mercado-Lara M, Monterrosa-Castro Á, Duran-Méndez L.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** la evaluación de la calidad de vida y la identificación de la severidad con la cual se presentan los síntomas de la menopausia, hacen parte de la atención sanitaria de las mujeres en climaterio. Se ha señalado que el deterioro de la calidad de vida varía entre distintos grupos poblacionales. El objetivo del estudio fue comparar la calidad de vida de climatéricas colombianas pertenecientes a dos grupos étnicos, utilizando la Escala Cervantes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas], avalado por el comité de ética de la Universidad de Cartagena. Las participantes fueron mujeres hispánicas y afrodescendientes, 40-59 años de edad, residentes en poblaciones del Caribe y Pacífico colombiano. Se identificaron mediante valoración puerta a puerta por encuestadoras, en sus propias unidades de residencia. Se aplicó un formulario de características sociodemográficas y la Escala Cervantes, instrumento específico de 31 preguntas que evalúa síntomas, dominios y calidad de vida en climatéricas. A mayor puntaje, mayor deterioro de síntomas, dominios y de la calidad de vida. Participación anónima, voluntaria, previa firma de consentimiento informado. Investigación sin riesgos y aprobación del comité de ética. Para el análisis de datos se utilizó EPI-INFO 7. Se realizó regresión logística no ajustada y las comparaciones fueron estadísticamente significativas si $p<0,05$

**RESULTADOS:** fueron estudiadas 1894 mujeres, 34,1% afrodescendientes y 65,9% hispánicas, edad 48,7±5,7 y 48,2±5,8, respectivamente. No se observaron diferencias en varias características sociodemográficas como edad, IMC, hábito de fumar, consumo de licor, diabetes, estado menopáusico y edad de última menstruación. Entre las afrodescendientes fue mayor la prevalencia de hipertensión arterial y tenían menos años promedio de estudio. Fue similar la actividad laboral fuera de casa. Las hispánicas tuvieron mayor deterioro psíquico, sexual, relación de pareja y envejecimiento, y menos síntomas vasomotores que afrodescendientes, $p<0,05$. El puntaje de Escala Cervantes 39,2±22,6 afrodescendientes y 43,7±25,0 hispánicas, $p<0,001$. Ser hispánica se asoció a 43% mayor deterioro de la calidad de vida con respecto a afrodescendientes y fue factor asociado a "peor grado de severidad" en tres dominios: menopausia/salud OR: 1,40 [IC95%:1,05-1,85], sexualidad OR: 1,46 [IC95%:1,19-1,80] y relación de pareja OR: 1,36 [IC95%:1,10-1,69].

**CONCLUSIONES:** existen diferencias significativas en síntomas, deterioro de dominios y calidad de vida entre mujeres climatéricas de dos etnias colombianas, hispánicas y afrodescendientes. Estos hallazgos deben ser importantes a la hora de diseñar políticas de atención a grupos étnicos en etapa de climaterio.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida; Climaterio; Grupos Étnicos.

**GPO-52**

# SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA Y SEXUALIDAD: ESTUDIO TRANSVERSAL

**Espitia De La Hoz, FJ. Vásquez Awad, D**
espitiafranklin@hotmail.com
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

**Resumen**
**Introducción**
La vaginitis atrófica / vulvovaginitis atrófica o atrofia vulvovaginal postmenopáusica, hoy síndrome genitourinario de la menopausia, es el resultado de la pérdida de la estimulación de estrógenos en el tejido vaginal y vulvar; lo cual es una condición clínica común en mujeres posmenopáusicas, ya que aproximadamente el 50% de las mujeres en la posmenopausia presentan síntomas relacionados con la atrofia urogenital. Este síndrome es una condición clínica tan diversa en su sintomatología, que además incluye trastornos en la función sexual de las mujeres. Se ha reportado que el 32% de las mujeres con sequedad vaginal, manifiestan pérdida del interés en las relaciones sexuales.
**Objetivo**
Conocer la prevalencia del síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres en climaterio, así como evaluar su impacto en la sexualidad.
**Material y método**
Estudio descriptivo transversal con 558 mujeres climatéricas, divididas en dos grupos: menores y mayores de 55 años. Realizado en tres clínicas de la ciudad de Armenia, Colombia. Se evaluó la presencia de síndrome genitourinario de la menopausia, según los conceptos de la International Society for the Study of Women´s Sexual Health y la North American Menopause Society. Las variables sexuales fueron evaluadas mediante el "Índice de Función Sexual Femenina Abreviado-6". Se verificó la asociación entre las variables estudiadas y el síndrome genitourinario de la menopausia por medio de análisis uni y multivariado. Un valor de $p<0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.
**Resultados**
La prevalencia de síndrome genitourinario de la menopausia, en las mayores de 55 años fue del 62,88%, frente al 39,32% en las menores de 55 años ($p<0.05$). Los síntomas más frecuentes del síndrome, en esta población fueron sequedad vaginal, dispareunia, irritación vaginal, sensibilidad vaginal, sinusorragia, prurito, ardor y disuria. El análisis multivariado evidenció que la edad fue el factor de riesgo más importante para el surgimiento del síndrome ($p<0.001$), así como el tiempo mayor de 10 años de la menopausia, que estuvo presente en un 57,73% de las mujeres mayores de 55 años, en comparación a 34,83% de las menores de 55 años.
**Conclusión:**
La prevalencia del síndrome genitourinario de la menopausia fue mayor en las mujeres de más de 55 años, las cuales tuvieron una mayor proporción de trastornos sexuales y de síntomas urogenitales. El principal factor de riesgo para el aumento de esta prevalencia fue la edad.
**Palabras clave**: Atrofia, dispareunia, menopausia, prevalencia, Síntomas del Sistema Urinario Inferior.

**GPO-53**

## INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES AFRODESCENDIENTES EN CLIMATERIO, RESIDENTES EN EL CARIBE COLOMBIANO

Portela-Buelvas K, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La reducción estrogénica propia de la menopausia, se asocia a diversos cambios tanto de tipo biológico como psicológico. Las alteraciones genitourinarias tienen importancia prevalencia y entre ellas es de singular importancia la incontinencia urinaria (IU), que se caracteriza por pérdida involuntaria o anormal de orina. Es una patología con impacto negativo en la calidad de vida de quienes la padecen. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de IU urinaria en mujeres afrodescendientes en climaterio residentes en el caribe colombiano.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), con análisis de casos y controles, realizado en mujeres afrodescendientes, definidas por autoreconocimiento y nativas de poblaciones rurales caribeñas consideradas asentamiento ancestrales afrocolombianos. Edad 40-59 años, evaluadas en las mismas comunidades y uni9dades residenciales por encuestadoras del área de la salud. Consentimiento firmado, voluntario y anónimo. Se excluyeron embarazadas, las que no comprendieron o se desearon retirar. Se aplicó un formulario de características sociodemográficas, la Escala Cervantes y la escala International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF), para evaluar IU. Tamaño de la muestra estimado según proyección del DANE a 2016. Análisis con Epi-Info7. Se realizó regresión logística ajustada, variable dependiente IU y variable independiente las características sociodemográficas.

**RESULTADOS:** 370 mujeres participaron en el estudio, con edad promedio de 49.12 ± 5.80 años, la mayoría en unión libre (58.92%), número promedio de hijos de 4.02 ± 2.05 e índice de masa corporal promedio de 27.91±5.80 kg/m2. 12.70% de las participantes tenia hipertensión arterial (HTA), 6.22% Diabetes Mellitus y 34.59% tuvo menopausia quirúrgica. Del total de mujeres, 49.46% estaba en postmenopausia y 14 (3.78%) tenían IU según la ICIQ-SF. Al comparar las mujeres con IU con respecto a aquellas sin esta patología, solo hubo diferencia estadísticamente significativa en aquellas con pareja actual, antecedente de trastornos hipertensivos durante el embarazo e HTA actual ($p<0.05$). De las mujeres con IU, el 64.29% manifestó salida de orina una vez a la semana, 64.29% cree que se sale sola muy poca cantidad de orina, el 50% manifestó que a veces le daba miedo hacer esfuerzos porque se le escapa la orina y el 50% nunca sentía picor en la vagina como si estuviera seca. El uso de psicofármacos [OR 9.43 IC95% 2.27-39.15], antecedente de trastornos hipertensivos durante el embarazo [OR 3.88 IC95% 1.31-11.49] y actual HTA [OR 7.90 IC95% 2.63-23.68] se asociaron con mayor presencia de IU; mientras que tener pareja actual se comportó como factor protector [OR 0.30 IC95%0.10-0.90].

**CONCLUSIONES:** Aproximadamente cuatro de cada diez mujeres afrodescendientes en climaterio, del caribe colombiano, presentaban incontinencia urinaria.

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Grupos étnicos; Climaterio; Incontinencia urinaria.

**GPO-55**

# INCIDENCIA DE RETIRO TEMPRANO DE IMPLANTES SUBDÉRMICOS EN IPS CAFAM, 2016 - 2017

María Helena Durán Rodríguez, Lina María Paredes Victorino, Pío Iván Gómez Sánchez, Jorge Andrés Rubio Romero. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

**Resumen**
**Objetivo:** establecer la incidencia y causa del retiro de implantes subdérmicos en mujeres en edad fértil en una institución prestadora de servicios en ciudad de Bogotá desde el año 2016-2017.
**Metodología:** un estudio mixto cuantitativo (cohortes) y cualitativo (hermenéutico fenomenológico). Se realizó una cohorte de seguimiento a 6 meses de todas las mujeres que inicien anticoncepción con implantes subdérmicos de junio a diciembre de 2016. Se hizo seguimiento por seis meses finalizando en junio de 2017. Tamaño de la muestra: como se tomó toda la población en el periodo de estudio, no se requiere cálculo de tamaño muestral. El procesamiento de la información se realizó en la base de datos Excel y posteriormente se exportó al programa Stata 13.
**Resultados:** Se encontró una mediana de la edad de 23 años. La probabilidad de mantener el implante subdérmico a lo largo de 6 meses fue de 91%. Durante el periodo de seguimiento, del total de 1782 mujeres seguidas durante 6 meses, 105 mujeres decidieron hacer el retiro del dispositivo subdérmico (incidencia acumulada es 5.84 %). Las causas más frecuentemente encontradas de retiro fueron cefalea, alteración del ciclo menstrual y aumento de peso. A pesar de 100% de las pacientes recibieron asesoría, se encuentran opiniones divididas sobre la calidad de la misma.
**Conclusiones:** Se encontró una tasa de continuación similar a la descrita en la literatura. Las causas de retiro más frecuentes mencionadas anteriormente no son concordantes en frecuencia con la literatura revisada.
**Palabras clave:** Implante subdérmico, retiro temprano, cohorte, grupos focales.

**GPO-56**

## FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS SEXUALES EN UN GRUPO DE MUJERES MENOPAUSICAS COLOMBIANAS

Durán-Méndez L, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Los trastornos de la sexualidad suelen ser temas poco abordados, pocas mujeres los exponen en la consulta médica y muchos profesionales de la salud pueden tener dificultades para abordar la temática. Los trastornos de la sexualidad influyen en la mala calidad de vida. Son escasos los estudios en mujeres colombianas en etapa de climaterio. El objetivo fue identificar factores de riesgo asociados a trastornos sexuales en un grupo de mujeres menopaúsicas colombianas

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas). De su base de datos se tomaron mujeres con actividad sexual. Se involucraron tres etnias: mestizas, indígenas y negras, captadas en sus viviendas, en zonas periféricas a las ciudades de Barranquilla y Cartagena en el caribe y Cali en el Pacífico. Edad 40-59 años. Se aplicó formulario de características sociodemográficas y el Índice de función sexual femenina-6. [IFFS-6] Instrumento que evalúa función sexual en las últimas cuatro semanas. Se compone de seis preguntas y una explora: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene seis opciones de calificación (0-5). Se asignó a las puntuaciones 1-2: presencia y 3-4-5: ausencia de la alteración. El puntaje total de la escala es la suma de las preguntas. Entre más alto es el puntaje mejor sexualidad. Se define disfunción sexual el puntaje menor a 19. Participación anónima y voluntaria, con firma de consentimiento informado. Estudio avalado por comité de ética. Análisis con Epi-Info7.

**RESULTADOS:** En el 2017 se había aplicado IFFS-6 a 1986 mujeres colombianas. 1445 (72.7%) tenían actividad sexual, en ellas se hizo el estudio. Edad 47.5±5.5 años, IMC 25.3±4.2, hijos 2.9±1.7, años de estudio 9.8±4.7, tazas de café/día 1.6±1.7. El 65.1% con 49 o menos años de edad, 37.4% sobrepeso, 78.6% con 2-5 hijos, 55.2% amas de hogar, 87.8% casadas/unión libre, 94.4% con pareja sexual, 62.9% mestizas, 7.0% usaba terapia hormonal, la cuarta parte no fumaba. 39.5% premenopausia, 26.9% perimenopausia y 33.4% posmenopausia. Prevalencia disfunción sexual: 37.7%. La tercera parte tuvo la alteración de lubricación, 25.8% del orgasmo, 21.2% del deseo, quinta parte de la excitación y 14.2% en la satisfacción. A medida que aumentó la edad mayor deterioro en deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, $p>0.001$. Tener una actividad principal fuera de casa se asoció significativamente como factor protector para todos los trastornos sexuales. Viudez y no pareja sexual, fue factor de riesgo para todos los trastornos, también posmenopausia, especialmente para deseo, OR: 5.02 [3.8-6.5].

**CONCLUSIÓN:** En mujeres colombianas en edad media, se identificaron varios factores (obrera, jubilada, viuda, mestizas, no tener pareja sexual, fumar y tomar café) relacionados con alteración en la sexualidad.

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Climaterio; Sexualidad.

**GPO-57**

# DESCRIPCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO ATENDIDAS EN EL INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA (IDC) LAS AMÉRICAS

**AUTORES**
Hernández-Cardona M, Rendón-Pereira G, García-García H, Hernández C.
isa987@gmail.com, 3014764995.

**INSTITUCIÓN**
Universidad de Antioquia e Instituto de Cancerología Las Américas, Medellín, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

En el mundo, el cáncer epitelial de ovario constituye el 90% de las neoplasias malignas de ovario, con una incidencia de 6.3 casos por 100.000 mujeres y mortalidad de 3.8/100.000. Se presenta con mayor frecuencia entre la sexta y séptima décadas de la vida.

La estadificación de la enfermedad es quirúrgica. El tratamiento consiste en cirugía apropiada, con citorreducción primaria o cirugía clasificatoria, según el estadio de la enfermedad; seguido en la mayoría de los casos por quimioterapia. En pacientes con enfermedad extensa no citorreducible, se puede considerar la quimioterapia neoadyuvante y posteriormente llevar a la paciente a cirugía de intervalo.

El objetivo de esta investigación fue presentar la experiencia de 11 años del IDC Las Américas en el tratamiento de cáncer epitelial de ovario, las características de la población y los resultados oncológicos, describiendo los resultados en cirugías radicales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohorte de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer epitelial de ovario en los diferentes estadios que ingresaron al IDC para cirugía y/o manejo por oncología clínica, entre enero de 2004 y diciembre de 2015. Se utilizó la información contenida en el Sistema de Información para el Seguimiento de Pacientes y la información se consolidó en la base de datos RedCap.

## RESULTADOS

Se identificaron 350 pacientes, con una edad media de 55 años. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma seroso 58% (n=203). El 31%(n=109) se encontraba estadio I, 5.7%(n=20) en estadio II, 55.1% (n=194) en estadio III y 7.7% (n=27) en estadio IV.

Se logró cirugía óptima en el 56.9% (n=199) de los diferentes estadios.

La mediana de seguimiento de los estadios I y II fue de 56 meses y en los estadios III y IV de 26 meses. En las pacientes con estadios III y IV que recibieron neoadyuvancia y cirugía de intervalo, la mediana de seguimiento fue de 30 meses.

## CONCLUSIONES

Las pacientes con cáncer epitelial de ovario se presentan en su mayoría en estadios avanzados. La supervivencia global de las pacientes llevadas a cirugía radical es mejor cuando se compara con cirugías no radicales en estadios III y IV.

**PALABRAS CLAVE** Neoplasias Ováricas, Procedimientos Quirúrgicos, quimioterapia adyuvante, Supervivencia sin Enfermedad.

**GPO-59**

# ANOMALÍA DE EBSTEIN Y PREECLAMPSIA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES: Ospina Ana[1], Oyuela Sarita[1], Velásquez Jesús[1,2], Muñoz Edison[1,2], Gándara Jairo,[1,2] Flórez Juan Pablo[2]

INSTITUCIÓN: [1]Universidad de Antioquia, [2]Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

## INTRODUCCIÓN

La anomalía cardiaca de Ebstein, consiste en la implantación baja de la válvula tricúspide, en el ventrículo derecho, disminuye su tamaño, generando disfunción ventricular y cianosis; incrementado el riesgo de embolia, hipoxemia fetal e insuficiencia cardíaca. El embarazo puede agravar esta condición, más aún si se sobreimpone preeclampsia. Pretendemos presentar el caso de una paciente con dicha anomalía, complicada con preeclampsia, y revisar la literatura relacionada con complicaciones cardiovasculares y obstétricas más frecuentes.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Primigestante de 36 años, con antecedente de cardiopatía congénita no corregida desconocida, clase funcional NYHA I. En la semana 25+4 fue hospitalizada por palpitaciones y cifras tensionales elevadas. La. El ecocardiograma reportó FEVI: 62%, ventrículo derecho dilatado, comunicación interauricular (CIA), flujo de izquierda a derecha, válvula tricúspide con implantación baja e insuficiencia grave (anomalía de Ebstein). La ecografía obstétrica reportó restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) grave, percentil < 3% con flujo diastólico reverso en arteria umbilical. Se confirmó PE por proteinuria en 24 horas de 720 mg. El riesgo OMS modificado fue III. Se explicaron riesgos fetales y maternos, la paciente decidió continuar la gestación. Durante la hospitalización presenta signos de falla cardiaca congestiva, manejada con furosemida. Fue renuente a terminar gestación mientras hubo vitalidad fetal. Después de 20 días, se evidenció muerte fetal. Se indujo parto sin complicaciones (peso fetal 533 gr), presentando resolución de falla cardiaca y control de PA.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda de literatura en PUBMED y EMBASE con los términos: "Ebstein anomaly", "pregnancy", "preeclampsia", "fetal growth restriction", sin restricción de año, ni idioma, se excluyeron artículos con texto incompleto. Dos autores hicieron una selección según el resumen presentado. Se analizaron las complicaciones cardiovasculares, obstétricas y neonatales. Se tomaron las precauciones éticas.

## RESULTADOS

De 167 referencias (1970-2016), se revisaron 17 series de casos y 5 cohortes (179 pacientes). En las series de casos el promedio de edad fue de 25 años y el de la edad gestacional de 25 semanas. En las cohortes el promedio de edad fue de 30 años y gestaciones de tercer trimestre. 14 diagnósticos se realizaron previos a la gestación, 7

durante y uno en el posparto, no se cuenta con información de los demás. 36 mujeres (20%) tenían CIA asociada, 1 Eisenmenger, se reportó cianosis en 25(13%) y preexcitación en 26(14%). 116 partos fueron vaginales, 66 cesáreas y 12 partos instrumentados. Hubo 46 partos pretérmino y 34 abortos. Dos pacientes presentaron preeclampsia y una RCIU. Se obtuvieron 33 neonatos con adecuado peso y 12 con bajo, hubo 5 muertes neonatales y 5 con cardiopatía.

## CONCLUSIONES

La presentación anomalía de Ebstein, PE y RCIU es poco frecuente, este es el tercer caso reportado en la literatura. Por sí sola genera desenlaces cardíacos y obstétricos desfavorables. La PE sobreagregada deteriora la función cardiovascular y puede ser potencialmente letal.

**PALABRAS CLAVE:**
Anomalía de Ebstein, Preeclampsia.

**GPO-63**

# CARCINOMA ENDOMETRIAL EN PÓLIPOS ENDOMETRIALES RESECADOS POR HISTEROSCÓPIA EN EL HOSPITAL DE SAN JOSÉ.

Luis Orlando Puentes, Fernando Polo Nieto, Nelson Fernando Falla Castellanos, Jairo Mendoza Quevedo. Hospital San José Centro, Bogotá, Colombia. orlando-puentes@hotmail.com

## RESUMEN

La prevalencia de pólipos endometriales (PE) es aproximadamente del 24% en la población general y entre el 10 y el 30% en mujeres con hemorragia uterina anormal. Los PE son lesiones de crecimiento rápido, se ha visto que puede transformarse a una neoplasia maligna en cerca del 0,8 al 4,8% de los casos.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de cáncer endometrial en pacientes con PE diagnosticados por histeroscopia, en una institución de tercer nivel durante los años 2005 al 2017.

**Metodología:** Se realizó una serie de casos retrospectiva, se incluyeron pacientes con PE resecados en el Hospital de San José. Se analizaron variables clínicas e histopatológicas, las cuales fueron consignadas y almacenadas en una base de datos. El análisis estadístico se llevó a cabo en el software STATA 13®. Este estudio fue aprobado por un comité de ética de investigación con seres humanos.

**Resultados:** Se analizaron en total 408 historias clínicas de pacientes con PE, de acuerdo al diagnóstico histopatológico la mediana de edad para patología benigna fue de 43 años (RIQ 37-50), para patología premaligna 47 años (RIQ 43-52) y para patología maligna fue de 61 años (RIQ 57-68). En total 9 casos (2,2%) presentaron patología maligna confirmada por diagnóstico histopatológico.

**Conclusión:** La presencia de malignidad en los PE resecados mediante histeroscopia en el hospital de San José entre 2005 a 2017 fue del 2.2%. La edad (mayor a 60 años) y el estado post-menopaúsico se observaron en la mayoría de estas pacientes.

**Palabras clave:** Neoplasias endometriales, endometrio, histeroscopia, factores de riesgo, pólipos.

**GPO-69**

# EFICACIA Y SEGURIDAD DE NADROPARINA VS ENOXAPARINA EN EL MANEJO TROBOPROFILACTICO DE LA PACIENTE POST PARTO

**AUTOR(ES):** Camilo Rodríguez (1) Ricardo Martin (1) Nicolás Rodríguez (1)
**INSTITUCIÓN:** Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Correo electrónico: cerca62@yahoo.es

**INTRODUCCIÓN:** Se estima que una mujer embarazada tiene cinco veces más probabilidad de desarrollar una trombosis venosa que una mujer no embarazada. Sin embargo, eventos como el tromboembolismo venoso y el tromboembolismo pulmonar pueden ocurrir hasta 6 semanas después del post parto.

El instituto nacional de salud de Colombia estima que el tromboembolismo venoso se encuentra entre las principales causas de muestre materna, por ello genera vigilancia epidemiológica en el postparto. Por esto, el tratamiento trombo profiláctico con heparinas de bajo peso molecular está avalado por diferentes guías de manejo clínico. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de la Nadroparina vs la Enoxaparina en el manejo trombo profiláctico de la paciente post parto.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en el Hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá entre julio de 2015 y diciembre de 2017. Se calculó un tamaño muestral con un nivel de significancia al 99% y una razón de riesgo 1.8. La recolección de la muestra fue ajustada porcentualmente para cada grupo de tratamiento según el riesgo trombótico.

Se evaluaron variables demográficas, antecedentes clínicos y obstétricos, así como la estatificación de riesgo trombótico, los días de estancia hospitalaria, los días de medicación trombo profiláctica, la presentación de eventos trombóticos y reacciones adversas a medicación.

**RESULTADOS:** Se revisaron historias clínicas de 2156 pacientes, se incluyeron 1482 posterior al ajuste muestral conforme a la estatificación de riesgo trombótico, se evaluaron 727 pacientes para el grupo de enoxaparina y 755 para el grupo de nadroparina, se reportaron medianas y rangos intercuartílicos (RI). La edad fue de 35 años (RI 31-37) y 35 años (RI 31-38) (p: 0.409), la edad gestacional fue de 38 semanas (RI 37-39) y 38 (37-39) (p: 0.049) respectivamente para cada tratamiento. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los desenlaces de eficacia ni de seguridad de las ambas moléculas.

**CONCLUSIONES:** El uso de la nadroparina es eficaz y seguro en el manejo trombo profiláctico en el post parto, este es el primer estudio que permite comparar dos heparinas de bajo peso molecular en este campo. Los costos derivados de la trombo profilaxis para el sistema de salud pueden disminuir significativamente con el uso de nadroparina.

**PALABRAS CLAVE**: Nadroparina, Enoxaparina, Heparinas de bajo peso molecular.

**GPO-70**

## EVALUACIÓN DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRE IMPLANTATORIO (PGS) EN LA TASA DE IMPLANTACIÓN EMBRIONARIA

**AUTOR(ES):** Eliana Bonilla (1) Eduardo Castro (1,2) Nicolás Rodríguez (2) Ricardo Rueda (1,2), Andrés Gutiérrez (1,2)
**INSTITUCIÓN:** Centro de Reproducción Reprotec. Bogotá, Colombia. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Correo electrónico: coordlaboratorio@reprotectucentro.com

**INTRODUCCIÓN:** Históricamente, durante los tratamientos de Fertilización In Vitro (FIV), los embriones para la transferencia se han seleccionado utilizando parámetros morfológicos y de desarrollo. La introducción del cribado genético preimplantacional (PGS), un método temprano para detectar aneuploidías en embriones preimplantacionales, les permite ser seleccionados primero por su estado cromosómico y segundo por su morfología y estado de desarrollo entre los cromosómicamente normales.

La biopsia de Trophectoderm (TB) ha sido sugerida como la opción más confiable para PGS, y hoy es rutinaria en algunas prácticas clínicas de FIV bajo la estrategia de congelación total, aumentando las tasas de implantación como se ha informado. Sin embargo, los resultados pueden estar influenciados por las características de los pacientes, junto con la experiencia clínica y de laboratorio. En consecuencia, las comparaciones entre diferentes clínicas son difíciles y potencialmente engañosas

Este estudio evalúa el resultado clínico de PGS en transferencia de embriones euploides congelados (SPG) versus transferencias de embriones congelados después de ciclos de congelación total (FET).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Este es un estudio de cohorte retrospectivo llevado a cabo en un centro de reproducción asistida. Se incluyeron los pacientes que se sometieron a la transferencia de embriones congelados con blastocisto de enero a diciembre de 2016. El resultado de 21 ciclos de transferencia de embriones euploides (ET) después de TB y PGS (grupo PGS) se comparó con un grupo control de 25 ciclos FET (grupo FET). Se controlaron variables como edad materna, número de embriones transferidos, día de ET, número de ciclos previos, donación de ovocitos y diagnóstico de infertilidad. Un total de 120 embriones fueron biopsiados y analizados, con un 92% diagnosticado.

Las principales medidas de resultado fueron: tasa de implantación, tasa de embarazo clínico, tasa de aborto espontáneo y tasa de embarazos en curso. Para evaluar la asociación entre cohortes y resultados, se utilizó la prueba de proporciones de Pearson chi2 y la diferencia de tasas estimada (DR), con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Las pruebas estadísticas evaluaron un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$) usando el programa SPSS vs2.

**RESULTADOS:** Los grupos fueron homogéneos para las variables controladas, no hubo diferencias estadísticamente significativas. Las diferencias fueron significativas en las tasas de aborto recurrente (P = 0,046) y el número promedio de abortos espontáneos previos (P = 0,032). IR, CPR y OPR mostraron una mejora significativa en el PGS en comparación con el grupo FET, 62% frente a 43% RD 0,702 (0,35 - 1,42); 67% vs. 56% RD 0,84 (0,39 - 1,79); 57% vs. 48% RD 0,84 (0,37-1.90). Sin embargo, hubo un menor porcentaje de aborto espontáneo en el grupo PGS, aunque no fue estadísticamente significativo

**CONCLUSIONES:** Este estudio sugiere que los embriones de SPG euploide congelado tienen un mayor potencial de implantación y mejor clínica y RPA. Estos hallazgos pueden contribuir a mejorar los resultados clínicos en pacientes con indicaciones seleccionadas, como edad materna avanzada y mayor riesgo de aborto espontáneo.

**PALABRAS CLAVE**: Diagnóstico preimplantatorio, reproducción asistida, biopsia embrionaria.

**GPO-73**

# ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO: EXPERIENCIA EN IBAGUÉ TOLIMA

**AUTOR(ES):** Sánchez-Jiménez Y (yesid.sanchez@yahoo.com, 3108585056), Rodríguez-Caballero D, Sabogal-García A.
**INSTITUCIÓN:** Universidad del Tolima, Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E, Clínica Oncosalud S.A.S, Consultorio Privado de Gineco-Oncología, Ibagué, Tolima, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama triple negativo (CMTN) se caracteriza por la ausencia de expresión del receptor de estrógenos (ER), receptor de progesterona (PR) y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2). El CMTN tiene un curso clínico más agresivo en comparación a otras formas de cáncer de mama, presenta una tasa más elevada de metástasis a distancia y no responde adecuadamente a las terapias disponibles. El objetivo principal del presente estudio es analizar los aspectos clínicos y epidemiológicos del cáncer de mama triple negativo de pacientes tratadas en tres instituciones de salud de Ibagué-Tolima.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo en el que se incluyeron 63 pacientes, que acudieron al servicio de gineco-oncología de tres instituciones prestadoras de salud de Ibagué, entre enero de 2009 y octubre de 2017, quienes fueron diagnosticadas con CMTN. Se respetaron las consideraciones éticas, previa aprobación del comité de bioética de las instituciones participantes. Se correlacionaron características clínicas y epidemiológicas del CMTN usando estadística descriptiva mediante Rho de Spearman, dadas por el grupo etario más afectado, tipo histológico más frecuente, características imagenológicas, estadio clínico más frecuente, principales sitios de metástasis e incidencia de mutaciones BRCA.

**RESULTADOS:** El grupo etario más afectado se encuentra entre 39 y 46 años. El carcinoma ductal invasor se presentó en el 82%. En la mamografía el hallazgo de masa irregular no calcificada se presentó en el 62%. Los estadios clínicos identificados fueron IIB (33%) seguido de IIIB (22%), IIIC (17%), IIIA (15%) y IIA (13%). El 34% delas pacientes presentaron mutación en BRCA1 y el 9% en BRCA2. El 42% presentaron metástasis ganglionar, en el 32% se evidenció enfermedad mestastásica a distancia, siendo el sitio más común el pulmón (18%), seguido de cerebro (13%) y huesos (11%).
El rango de edad entre 35 y 40 años tiene relación positiva moderadamente significativa con la presencia de mutación BRCA1 (valor p=0.45 p <0,05). La categoría BIRADS 4 por mamografía tiene relación positiva moderadamente significativa con las metástasis ganglionares (valor p=0.49 p <0,05). El rango de edad entre 35 y 40 años tiene correlación positiva moderadamente significativa con el estadio clínico IIIB (valor p=0.47 p <0,05). Las metástasis ganglionares tienen relación positiva moderadamente significativa con el estadio IIB (valor p=0.44 p <0,05).

**CONCLUSIONES:** El CMTN presenta el estadio clínico más avanzado al momento del diagnóstico en las mujeres más jóvenes, en este grupo etario se encuentra mayor asociación con la mutación BRC1. Dichos estadios clínicos avanzados se correlacionan con la presencia de metástasis ganglionares, estas a su vez tienen relación con hallazgos mamográficos BIRADS 4. Lo anterior explica la presentación agresiva de este tipo de cáncer de mama y por ende un pronóstico más precario.
**PALABRAS CLAVE:** Cáncer de mama triple negativo.

**GPO-76**

# MANIFESTACIONES MENOPÁUSICOS Y CALIDAD DE VIDA EN CLIMATERICAS AFRODESCENDIENTES DEL URABÁ ANTIOQUEÑO CON OBESIDAD CENTRAL

Dager-Menco A, Parra-Almeida S, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La obesidad es un problema creciente de salud pública, con impacto negativo en varias condiciones humanas. La obesidad central (OC) es una de las maneras de medir obesidad. Todas las acciones médicas, sociales y educativas que permitan identificar el impacto de la OC en los individuos tienen importante validez. Se desconoce la existencia de estudios de OC en afrocolombianas en climaterio. El objetivo fue determinar si la OC es factor de riesgo para síntomas menopáusicos y deterioro severo de la calidad de vida en mujeres en edad media.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), realizado en afrodescendientes nativas y residentes en municipios que hacen parte del Urabá antioqueño (Apartadó, Turbo, Carepa y Chigorodó), con edades entre 40-59 años. Fueron invitadas a participar anónima y voluntariamente en sus propias comunidades por encuestadoras, quienes en visita puerta a puerta, aplicaron formulario de características socio demográficas, la escala Menopause Rating Scale (MRS) en su versión en español y realizaron medición antropométrica. Estudio sin riesgo y avalado por comité de ética. Se definió OC como la presencia de circunferencia abdominal superior a 88 centímetros, la cual fue tomada de pie y a nivel umbilical. A mayor puntuación de ítems, dominios y valor total de la escala MRS, mayor severidad de síntomas, deterioro del dominio y peor calidad de vida. Una puntuación total superior a 16 indica deterioro severo de la calidad de vida. El análisis estadístico se realizó con los paquetes estadísticos Epi–info 7 y MedCalc.

**RESULTADOS:** Fueron estudiadas 461 mujeres, edad 50.2±5.4 años. El índice de masa corporal 27.6±4.5. El 50.5% sobrepeso y 23.9% obesidad. El promedio de la circunferencia abdominal fue 83.0±10.4 cms. El 35.5% premenopáusicas, 15.4% perimenopáusicas y el 49.1% postmenopáusicas. El síntoma menopáusico con mayor severidad fue oleadas de calor seguido de dolores musculo/articulares. El 18.9% tenían mala calidad de vida. El 34.9% tenían OC y no hubo diferencia significativa en cuanto a estado menopaúsico, hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión y uso de terapia hormonal, con respecto a las que no tenían OC. De los síntomas menopaúsicos que evalúa MRS, solo la puntuación del estado de ánimo depresivo y del dominio psicológico (coeficiente de correlación, r=0.1 [0.05-0.23] (p=0.002) fueron significativamente más elevados en las mujeres con OC. No se observó diferencias en la puntuación de la calidad de vida (p=0.2). La OC fue factor de riesgo para deterioro severo de los dominios somático OR: 1.85 [1.03-3.32], psicológico OR: 2.00 [1.08-3.70] y de la calidad de vida: OR: 2.00 [1.24-3.21]

**CONCLUSIONES:** La OC incrementó dos veces el riesgo de deterioro severo del dominio psicológico y de la calidad de vida en mujeres afrodescendientes del Urabá antioqueño.

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Obesidad; Grupos Étnicos.

**GPO-77**

# HORMONA ANTIMULLERIANA COMO MARCADOR DE RESERVA OVÁRICA EN UN CENTRO DE FERTILIDAD

**AUTORES:** *Ávila Jaimes L (laurasusana21@yahoo.com-3103290034); Díaz-Yamal I (idiazyamal@gmail.com); Villabona-Silva P (paquis_87@hotmail.com); Castañeda-Castañeda J (jimmycastañedac@gmail.com); Sotolongo-León R (ramonsotolongo@yahoo.com); Villamil-Pérez J (jevilpe@hotmail.com).*
**INSTITUCIÓN:** Fundación Universitaria Sanitas, Procreación Medicamente Asistida.

**INTRODUCCIÓN:** La infertilidad es una condición médica que afecta del 3% al 15% de las parejas, condicionándolas a requerir un tratamiento de reproducción asistida. La hormona Antimulleriana (AMH) es el principal marcador sérico de reserva ovárica y se encuentra directamente relacionada con la cantidad y calidad de ovocitos. El objetivo del estudio fue establecer la relación entre las concentraciones séricas de AMH con el número de ovocitos capturados en procedimientos de reproducción asistida.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de cohorte retrospectiva, realizado en 102 mujeres con diagnóstico de infertilidad, con indicación de tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad entre los años 2015 al 2017. Se determinó la medición sérica de AMH previo al inicio del tratamiento y se correlaciono con número y calidad de ovocitos recuperados tras la aspiración. De igual forma se determinaron niveles de Hormona folículo estimulante (FSH) y recuento folicular antral (RFA). Las diferencias entre las medianas de niveles hormonales y la presencia de antecedentes se estimaron a través del test de Wilcoxon. Se utilizó el test de Spearman para evaluar la correlación entre los niveles de AMH con la edad de las mujeres, cantidad y calidad de ovocitos.

**RESULTADOS:** Se observó una correlación lineal positiva entre los niveles de AMH y la cantidad de ovocitos en todas las pacientes (rho 0.61, p= <0.001), así como con el recuento folicular antral (rho 0.70, p= <0.001) y la cantidad de ovocitos maduros (rho 0.45, p= <0.0001). La correlación entre los niveles de AMH y la cantidad de ovocitos fue positiva en las pacientes sin SOP Y FOP (rho 0.59, p= <0.001). La correlación entre los niveles de AMH y la edad de las pacientes fue baja (rho 0.08, p=0.39), pero moderada en pacientes mayores de 40 años. No se encontró una asociación entre las pacientes menores de 40 años y los niveles de AMH (1.9 RIQ 1.07-3.32 versus 1.72 RIQ 1.03 – 3.01, p=0.64). En pacientes menores de 40 años, la mediana de ovocitos fue menor en aquellas mujeres con niveles de AMH de 1.2 o menor (Mediana 3 RIQ 2 – 4 versus Mediana 6 RIQ 4 – 9, p=<0.001). En las pacientes mayores de 40 años no se encontraron diferencias (Mediana 3 RIQ 2 – 3 versus Mediana 4 RIQ 2 – 9, p=0.15).

**CONCLUSIÓN:** La AMH es el marcador sérico con más evidencia clínica de correlación con la respuesta ovárica en un tratamiento de fertilidad, sin embargo el valor de la AMH tiene que ser evaluado en el contexto de la edad de la mujer, ya que se demostró que en pacientes mayores de 40 años la correlación entre AMH y cantidad de ovocitos es baja.

**PALABRAS CLAVE:** Anti-Mullerian Hormone, Ovarian Reserve, Oocytes, Fertilization in Vitro, Reproductive Techniques.

**GPO-81**

# HIPERPLASIA SUPRARRENAL NO CLÁSICA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO. ESTUDIO DE COHORTE

Alin Abreu Lomba[1], Claudia González Bermúdez [2], Lina Del Carmen Salazar[2] Ana Bolena Muriel[2], Milton César Gómez [3], Mauricio Hernández-Carrillo[4]. alin.lomba@gmail.com

1. Departamento de Endocrinología, Centro Médico Imbanaco. Docente Universidad libre, Residencia en Ginecología y obstetricia y medicina interna.
2. Residente ginecología y obstetricia, Universidad Libre Cali
3. Coordinador posgrado en Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre de Cali
4. Estadístico y Magister en Epidemiología. Docente Universidad Libre Cali. Grupo GISAP.

## RESUMEN

**Introducción y Objetivos**. La hiperplasia suprarrenal congénita no clásica (NCCAH) es un trastorno autosómica recesiva que afecta la esteroidogénesis suprarrenal, el cual presenta un defecto enzimático en la biosíntesis de los corticoides. El diagnóstico se basa en la determinación de las concentraciones plasmáticas de 17 hidroxiprogesterona alfa (17 OHP) basales y estimuladas con adrenocorticotropina (ACTH), se confirma con el estudio molecular. El tratamiento es aún controvertido, y debe ser individualizado ya que no hay regímenes esteroideos para tratar a los pacientes con NCCAH. Describir las características clínicas y comparar la respuesta al tratamiento en pacientes con NCCAH que asistieron a consulta de Endocrinología en una institución de Salud en la ciudad de Cali.

**Materiales y métodos.** Se realizó un estudio en una cohorte de pacientes que ingresaron desde Enero de 2006 a Diciembre de 2016 con seguimiento de 1 año, recopilando 38 pacientes con diagnósticos NCCAH confirmado con Test de ACTH. Se describieron las características sociodemográficas, clínicas y el comportamiento de paraclínicos a través del tiempo, midiendo la respuesta de 17 OH progesterona, testosterona, y dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) a los 6 y 12 meses posteriores al tratamiento con dexametasona, y Etinilestradiol + acetato de ciproterona. Se realizó análisis univariado para las características, un análisis de varianza para comparar los valores de laboratorio en el tiempo, y una regresión lineal múltiple para realizar ajuste. Se consideró $p < 0,05$ estadísticamente significativa. Se realizó consentimiento informado a cada paciente, se contó con aprobación del comité de ética de la institución.

**Resultados.** De los 38 pacientes incluidos como muestra total, la edad promedio de los participantes fue de 25 años (SD 8,9 años), el IMC promedio fue de 28.3 kg / cm (SD 4,3). En el análisis de varianza encontramos niveles de 17-OH progesterona, una mediana de 15,9 ng / ml (IQR 12-19) al inicio, 1,65 ng / ml (IQR 1,4-3,3) a los 6 meses y 1,1 ng / ml (IQR 0,73-1,7) a los 12 meses. Los niveles totales de testosterona tuvieron una mediana de 103 ng / dl (IQR 79-138) al inicio, 62 ng / dl (IQR 50-77) a los 6 meses y 48 ng / dl (IQR 32-59) a los 12 meses. Los niveles de DHEA-S tuvieron una mediana de 452 mcg / dl (IQR 370-536) al inicio del estudio, 209 mcg / dl (IQR 154-306) a los 6 meses y 144 mcg / dl (IQR 105-208) a los 12 meses, mostrando una disminución en los niveles hormonales después del comienzo del tratamiento, todos estadísticamente significativos ($p <0.05$). Los niveles de testosterona se vieron influenciados por el IMC ($p = 0,04$).

**Conclusiones.** La intervención farmacológica con dexametasona a diferentes dosis, asociado con etinilestradiol más acetato de ciproterona, mostró resultados favorables, al disminuir los niveles séricos de las hormonas medidas, durante todo el período de seguimiento con diferencia estadísticamente significativa. Además, se encontró que los valores de testosterona están influenciados por el IMC, sin encontrar ninguna diferencia con otras variables.

**Palabras Clave:** Hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, 21 hidroxilasa, 17 hidroxiprogesterona, testosterona, dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S), Hiperandrogenismo, Test ACTH.

**GPO-83**

# EXPERIENCIA EDUCACIÓN CON SIMULACIÓN CLÍNICA EN EMERGENCIAS OBSTETRICAS PARA HOSPITALES DE NIVEL I Y II DE COMPLEJIDAD EN CALI

**AUTORES:** Escobar-Vidarte MF, Nieto AJ, Carvajal-Valencia JA, Burgos JM, Messa Adriana, Echavarría MP.

**INSTITUCIÓN:** Fundación Valle del Lili- Universidad Icesi; Cali, Valle del Cauca, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La implementación de programas de simulación clínica en ginecología y obstetricia es una herramienta para adquirir competencias técnicas y no técnicas y mejorar la calidad de la atención obstétrica. El objetivo de este estudio es describir esta experiencia a un grupo interdisciplinario en la atención de emergencias obstétricas en la ciudad de Cali, Colombia.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizaron capacitaciones entre agosto a diciembre del año 2017, dictadas por Gineco-Obstetras especialistas en cuidado intensivo y salud sexual y reproductiva. Los escenarios fueron dotados con simuladores de baja, mediana y alta fidelidad y actores para recrear escenarios de prevención del aborto inseguro, hemorragia postparto, y emergencias obstétricas. En las encuestas de autoevaluación, se calificó la proporción de respuestas correctas en la evolución de conocimientos previos y posteriores al taller según la Escala de valoración Nacional del Ministerio de Educación.

**RESULTADOS:** Se realizaron 14 talleres con un total de 205 asistentes en las instalaciones de la FVL y de los hospitales de la red pública. Según la evaluación, en el taller de prevención del aborto inseguro, 41% de los asistentes obtuvieron desempeño bajo al inicio del mismo y el 29 % paso a desempeño alto. En el taller de complicaciones del parto y puerperio, 78% tuvieron desempeño bajo y el 58% adquirió un conocimiento básico. En hemorragia postparto 92% obtuvieron desempeño bajo y todos pasaron a conocimiento básico o superior. En emergencias obstétricas 79% tuvieron un desempeño bajo y el 50% paso a conocimiento básico.

**CONCLUSIÓN:** Esta es muestra primera experiencia en enseñanza con simulación clínica en la Ciudad de Cali, bajo un mismo protocolo de capacitación de equipos multidisciplinarios en niveles I y II y se propone como un espacio seguro para el desarrollo de destrezas y habilidades técnicas y no técnicas, cuyos resultados finales serán el comportamiento de morbi-mortalidad materna y perinatal en la ciudad.

**PALABRAS CLAVE:** Simulación; Educación médica; Ginecología-Obstetricia.

**GPO-84**

# SENSIBILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PRENATAL PARA DIAGNOSTICAR DEFECTOS CONGÉNITOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO DE BOGOTÁ ENTRE 2012 Y 2016.

Autores: Gabriela Botta1, Angie León2, Ricardo Borda2, Ignacio Zarante1

Instituciones: 1. Instituto de Genética Humana – Pontificia Universidad Javeriana. 2. Departamento de Ginecología y Obstetricia – Hospital Universitario San Ignacio.

Introducción y objetivos: Los defectos congénitos son la primera causa de mortalidad en menores de 1 año en Colombia, siendo las cardiopatías congénitas la más frecuente de todas, estas anomalías entre muchas otras dentro del grupo de las anomalías congénitas mayores, tienen una tasa de diagnóstico prenatal en la literatura cercana al 80%, mientras que en Colombia esta cifra se ha reportado en valores de 30 a 35%. Por medio de este trabajo se pretende analizar una cohorte de casos y controles de 182 recién nacidos en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI) de Bogotá.

Materiales y métodos: La información fue obtenida de la base de datos del ECLAMC (Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) y la base de datos del departamento de Ginecobstetricia (G/O). Se analizaron los casos y controles nacidos en el HUSI, posteriormente se obtuvieron las lecturas de las imágenes diagnósticas pre y postnatales así como el examen físico posnatal. Se comparó la concordancia entre ambos diagnósticos tanto para casos como para controles, catalogándolos como concordantes o no.

Resultados: Se analizó un total de 182 pacientes (94 casos y 88 controles). El peso promedio en los casos fue de 2.816 gr (SD +/- 653 gr) y de 2.829 gr (SD +/- 640 gr) en los controles ($p>0.05$). La vía del parto más frecuente fue la cesárea, 68% en los casos (n=64) y 57% (n=51) en los controles. El defecto más prevalente fueron las cardiopatías congénitas, con una prevalencia de 10,9 x 10.000 nacimientos, dentro de estas 63,6% (n=7) fueron diagnosticadas prenatalmente por ecografía. Las segundas más frecuentes fueron las anomalías del encéfalo, con una prevalencia de 7,9 x 10.000 nacimientos.

Conclusiones: Dentro de la cohorte analizada se encontró una tasa de diagnóstico de todos los defectos congénitos diagnosticables por ecografía de 46% que es cercano al 70% que refiere la literatura. Se deben continuar los esfuerzos para mejorar la sensibilidad de esta herramienta diagnóstica que es fundamental para el manejo de los recién nacidos.

Palabras clave: defectos congénitos, diagnóstico prenatal, ecografía.

**GPO-207**

## IDENTIFICACIÓN DE LA VARIANTE X1 EN EL GEN TSHβ DE MUJERES MEXICANAS GESTANTES CON Y SIN TIROIDEOPATÍA

**Rodríguez Cortés J.***(JEMARCORTES91@GMAIL.COM- +52 5510939742)
**Mendieta Zerón H*. Amaya Chávez A. ** García Fabila M. ***

Facultad de Química Universidad Autónoma del Estado de México- Toluca México *
Facultad de Medicina Universidad Autónoma del Estado de México- Toluca México **

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades tiroideas son patologías que afectan frecuentemente a la mujer embarazada ocasionando complicaciones graves en la gestación. Las variaciones en el gen TSHβ se han visto relacionados con disminuciones en las actividades enzimáticas y presentación de problemas adyacentes a la enfermedad tiroidea; sin embrago sus resultados son conflictivos pues varían de acuerdo con la población estudiada. La investigación actual pretende identificar si la variante X1 en el gen de TSHβ está involucrada en el desarrollo y evolución de la enfermedad tiroidea en gestantes mexicanas. El presente estudio es pionero en cuanto a que identifica experimentalmente por primera vez una variante en el gen que hasta ahora sólo estaba reportada a nivel bioinformático.
MATERIALES Y MÉTODOS: Fue un estudio clínico comparativo, prospectivo transversal realizado en 50 pacientes gestantes del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, de las cuales 29 eran normotiroideas y 21 padecían de alguna enfermedad tiroidea. Se cuantificó la expresión del gen TSHβ por medio de PCR en tiempo real identificando la variable X1 en el gen. RESULTADOS: Se encontró la variable en el 42% de las pacientes del grupo total;( 41% normotiroideas) y 42.8% (con tiroideopatía).
CONCLUSIONES: La expresión de la variante de X1 en TSHβ es 2 veces superior a GAPDH (gen constitutivo control) y casi igual a este en caso de hipotiroidismo, llegando a la conclusión preliminar de que está asociada con la presentación de enfermedad tiroidea.
Palabras Clave: TSHβ, Tiroidieopatía, gestación.

# VIDEOS

**GPV-1**

## HISTERECTOMÍA RADICAL TIPO C1 VIA LAPAROSCÓPICA EN HOSPITAL PÚBLICO DE BOGOTÁ.

Jairo Mendoza Quevedo. Hospital de Kennedy. Bogotá, Colombia. doncairaco@yahoo.com

**Introducción y Objetivos.** Se presenta la experiencia de la histerectomía radical tipo c1 por vía laparoscópica en el hospital occidente de Kennedy paciente de 45 años con alteraciones citolo-colposcópicas de 4 años de evolución.

https://www.youtube.com/watch?v=_h4iVdy4SDU&has_verified=1

**GPV-2**

## SIMPATECTOMÍA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA PARA MANEJO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

Carlos Trejos, Jairo Mendoza, Omar Leonardo Gómez. Hospital de Kennedy. Bogotá, Colombia. ktrejos60@hotmail.com

**Introducción y Objetivos.** Paciente de 29 años con dolor pélvico crónico cíclico y dispareunia profunda. Tiene antecedente de endometriosis estadio ASRM II (del inglés American Society for Reproductive Medicine). Recibió manejo médico con anticonceptivos orales por más de tres años y fulguración laparoscópica de focos endometriósicos. Continúa sintomatología de intensidad severa que afecta su calidad de vida. _x000D_ la neurectomía presacra trata de interrumpir la inervación simpática del útero a nivel del plexo hipogástrico superior.

https://www.youtube.com/watch?v=5xu-a3Yl6Uo

**GPV-3**

# DESCOMPRESIÓN LAPAROSCÓPICA DE NERVIO PUDENDO.

Claudia Patricia Zambrano, José Duván López, Jorge Darío López, Dany Leandro Piedrahita, Juan Diego Villegas.
Unidad de Laparoscopia Ginecológica Avanzada y Dolor Pélvico Algia; Clínica Comfamiliar. Pereira, Colombia.

## Introducción y Objetivos

Neuralgia del pudendo es el dolor neuropático localizado en territorio del pudendo. Incidencia: 1 en 100000 en población general y 4% en pacientes con dolor pélvico.
El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y en criterios de Nantes.
Los bloqueos perineurales del nervio pudendo son diagnósticos y terapéuticos; pueden realizarse por vía transglútea, transperineal y transrectal. Las mejores tasas de éxito del tratamiento son manejo multimodal que incluye, los bloqueos pudendos, modificación estilo de vida, terapia piso pélvico, uso de cojín pudendo y manejo farmacológico con neuromoduladores.
En pacientes que cumplan los criterios de Nantes y que no mejoren o recaigan en síntomas dolorosos luego del manejo conservador se puede ofrecer manejo quirúrgico. Existen 4 aproximaciones quirúrgicas: vía transglútea, vía transisquiorectal, vía transperineal y laparoscópica.

## Materiales y métodos

Se presenta el caso clínico de una paciente de 66 años, con cuadro de 8 años de evolución de dolor inespecífico perirectal/anal y perineal de predominio izquierdo, no irradiado, aumenta con la actividad física y al sentarse en superficies blandas y cede parcialmente con decúbito. El dolor no la despierta en las noches. Consultó múltiples especialistas. Se encontraba en manejo por clínica de dolor, con remisión parcial. EVA de 9-10/10. Recibió "infiltraciones" extrainstitucionales sin mejoría. EMG Y RM normal. Manometría anorrectal con hipotonía de esfínter anal interno y externo. Antecedentes de importancia: intento suicida manejado por psiquiatría. Hipotiroidismo. Histerectomía abdominal total por miomatosis uterina. Examen físico: signos de neuropatía pudendo con Pinprik positivo para las ramas perineal y rectal inferior izquierda y valleix izquierdo positivo.

## Resultados

Con diagnóstico de neuralgia del pudendo izquierda se inició manejo médico, uso de cojín pudendo y se realizaron 3 bloqueos pudendos transglúteos con mejoría de los síntomas. Sin embargo, a los 2 meses presenta reaparición de los síntomas por lo que se decide presentar en junta médico-quirúrgica y se resuelve realizar descompresión laparoscópica del nervio pudendo izquierdo. El procedimiento se realiza de forma ambulatoria sin complicaciones. Al control postoperatorio a los 10 días presenta mejoría del dolor sin evidencia de complicaciones.

## Conclusiones

Este video pretende ilustrar la técnica laparoscópica de descompresión del nervio pudendo como alternativa quirúrgica mínimamente invasiva para manejo de neuralgia del pudendo que no responde al manejo conservador inicial.

**Palabras Clave:** neuralgia pudendo, criterios Nantes, Dolor pélvico.

https://www.youtube.com/watch?v=CNC4NGx2VzA

**GPV-5**

## TRANSPOSICIÓN UTERINA EN PACIENTE PEDIÁTRICA.

Javier Burbano, Pedro Calderón, Lina Trujillo, Diana Santana, Adriana Alméciga, René Pareja. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

### Introducción y Objetivos

Objetivo

Informar el primer caso de autotransplante uterino temporal laparoscópico en una paciente pediátrica con meduloepitelioma presacro para la preservación de la fertilidad según la técnica de Ribeiro et Al.

### Materiales and métodos

Paciente y métodos

El paciente es una niña de ocho años diagnosticada con un meduloepitelioma presacro (OMS, grado IV), sin compromiso metastásico aparente, que inicialmente recibió resección quirúrgica completa de la lesión en 2016. No recibió ningún tratamiento adicional. Ocho meses después, se manejó una recaída inguinal con resección ganglionar inguino-iliaca bilateral, seguida de quimioterapia sistémica con vincristina + ciclofosfamida + doxorrubicina; Se consideró tratamiento con radioterapia de consolidación en el campo pélvico e inguinal. El paciente fue evaluado por un comité multidisciplinario que consideró candidata para autotransplante uterino temporal de acuerdo con la técnica reportada por Ribeiro et al., como una alternativa para preservar la fertilidad y la función hormonal hasta que ocurra la menarquia.

### Resultados

La transposición uterina laparoscópica se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia, el 14 de diciembre de 2017, el tiempo quirúrgico fue de 195 minutos, no ocurrieron complicaciones intra o postoperatorias. La estadía hospitalaria fue de 5 días. El período postoperatorio fue sin importancia. No se observaron alteraciones vasculares en los estudios de resonancia magnética y doppler.

Actualmente, el paciente está recibiendo radioterapia pélvica y la reanastomosis uterina se realizará 4 semanas después del final del tratamiento de radioterapia.

### Conclusión

La técnica de transposición uterina informada por Ribeiro et al., es una opción terapéutica para la preservación de la fertilidad, con baja morbilidad que puede usarse en pacientes pediátricos que se someterán a radioterapia pélvica.

**Palabras Clave:** Autotransplante, Fertilidad, Transposición uterina, Pediátrica.

**GPV-6**

## TÉCNICA DEL COLGAJO: MIOMECTOMÍA HISTEROSCÓPICA EN UN TIEMPO

Carlos Arturo Buitrago Duque, Carolina Meza Paul, Lina Trujillo, Diana Santana. Clínica Soma, Servicio de endoscopia ginecológica. Medellín, Antioquia, Colombia.

**Introducción y Objetivos.** La técnica del Colgajo es una técnica de Miomectomía Histeroscópica en un tiempo desarrollada por el Dr. Carlos Buitrago en Medellín, Colombia, para miomas submucosos. El procedimiento implica una combinación de resección parcial del mioma con resectoscopio y el uso de un instrumento no endoscópico para la enucleación y extracción del mioma._x000D_ La técnica comienza con un pinzamiento generoso del cuello uterino con pinzas de Pozzi, en hora 11 y 1, seguido de histeroscopia con camisa diagnóstica convencional donde se corrobora el diagnóstico y se describe la localización y tamaño de la lesión. A continuación se practica dilatación convencional progresiva del cérvix hasta bujía #10 y se introduce el resectoscopio en este caso Monopolar o Bipolar de 28 Fr. _x000D_ Se inicia la resección con un asa de forma curva sobre el eje central del mioma, socavando el cuerpo del mioma en forma de U. La resección repetida sobre la línea media del mioma modifica sus bordes hasta convertirlos en colgajos largos que permitirán su prensión; en caso de miomas muy profundos, más del 80% intramural, se práctica una resección externa del endometrio alrededor del mioma, para adelgazar el endometrio preparando mejor el colgajo y facilitando su captura. _x000D_ El resectoscopio se retira de la cavidad uterina y se introduce delicadamente una pinza de Foerster pequeña (20 cm. longitud) con la cual se sujeta uno de los colgajos del mioma. Para lograr dicha maniobra se hace uso de la memoria espacial; luego con un movimiento lento y gradual de rotación de 45 grados y tracción sostenida el mioma es enucleado y extraído en una o varias pieza. _x000D_ La pieza quirúrgica extraída presenta un aspecto macroscópico caracterizado por una superficie lisa, regular y brillante, la cual corresponde a la superficie en contacto miometrial del leiomioma; a esta apariencia externa la llamamos “signo de la superficie brillante”. Esta enucleación mecánica garantiza la preservación de la pseudocápsula, tejido al cual hoy en día, ha demostrado contener neurotransmisores y péptidos que intervienen en el proceso de cicatrización. _x000D_ Posteriormente es corroborada la hemostasia bajo visión directa, mediante disminución de la presión intracavitaria, utilizando el resectoscopio con asa, y se practica coagulación selectiva a libre demanda respetando la pseudocápsula._x000D_ Con esta técnica se busca disminuir la cantidad de medio de distensión utilizado y por ende riesgo de intoxicación hídrica, reducir el riesgo de perforación uterina, el sangrado operatorio, el tiempo quirúrgico y adicionalmente conserva la pseudocápsula, concepto fundamental hoy día en el proceso de cicatrización uterina.

https://www.youtube.com/watch?v=rmKKPFl9y_g

**GPV-14**

# MANEJO LAPAROSCOPICO RECAIDA TUMOR BORDERLINE DE OVARIO VARIANTE MICROPAPILAR COMO CARCINOMA SEROSO DE BAJO GRADO EN OBESIDAD MORBIDA

Ángela Viviana Fletcher Prieto, Iván Darío Martin González, Carlos Mario Rondón Pinilla, Julián David Pérez del Basto. Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego (CIOSAD). Bogotá, Colombia. flet09@gmail.com

## Introducción y Objetivos

Paciente de 34 años con obesidad mórbida dado por un índice de masa corporal de 43.5, ECOG 1. Antecedente de salpingooforectomía derecha en marzo de 2015 como cirugía preservadora de fertilidad por tumor borderline de ovario variante micro papilar estadio IC3. Durante seguimiento presenta dolor hipogástrico y se documenta imagenológicamente masa anexial izquierda, lesiones quísticas pélvicas y en mesogastrio bien definidas, sin elevación de ca125.

Es llevada a manejo quirúrgico laparoscópico en agosto de 2017 con hallazgos de compromiso tumoral (masa anexial izquierda, lesiones quísticas lecho anexo derecho, implantes milimétricos peritoneo prevesical y lateral pélvico izquierdo, implante de 6 cm grasa pericolónica sigmoides, implante de 7cm en colon sigmoides, implantes macroscópicos en omento mayor y lesión en espesor de pared abdominal en fosa iliaca izquierda de 7cm). Fue llevada a citorreducción laparoscópica realizándose histerectomía abdominal total + salpingooforectomía izquierda + peritonectomía regional (prevesical y pared pélvica izquierda) + resección lesiones colon sigmoides + omentectomía infracolica + resección lesión pared abdominal fosa iliaca izquierda + liberación de adherencias. Citorreducción completa (R0) sin complicaciones con un tiempo quirúrgico de 358 minutos, sangrado 150cc. Estancia hospitalaria un día. Evolución postquirúrgica adecuada sin complicaciones tardías.

Reporte de patología por patólogo oncólogo indica implantes serosos no invasivos de tipo epitelial en todas las muestras, excepto por implante seroso invasivo a nivel de lesión de colon sigmoides por lo que el diagnóstico final de recaída es un carcinoma seroso de bajo grado. Se realiza inmunohistoquímica donde los receptores tanto de estrógenos como progestágenos son negativos. A pesar de conocerse baja respuesta a la quimioterapia en este grupo histológico, se proporciona manejo adyuvante con quimioterapia sistémica estándar carboplatino + paclitaxel.

El abordaje inicial laparoscópico fue seleccionado para la evaluación de cavidad y confirmar si se trataba de recaída tumoral. Ante los hallazgos descritos y que las lesiones eran bien delimitadas, resecables, con alta probabilidad de no dejar tumor macroscópico residual y considerando una paciente con una obesidad mórbida se decidió realizar la citorreducción vía laparoscópica dado los beneficios de este abordaje. Pese a que esta vía aun no es estándar para estadios avanzados, ha sido descrita en los escenarios de citorreducción primaria, secundaria e intervalo por el grupo italiano, brasileño y chino entre otros. Consideramos este caso valioso y adecuadamente seleccionado ya que logro realizarse una citorreducción completa sin complicaciones en una paciente cuya cirugía abierta pudiera haber presentado mayores complicaciones. Aunque la cirugía mínimamente invasiva en este contexto ha mostrado en los estudios ser factible y segura en términos de resultados peri y postoperatorios aún se requieren estudios con mayor número de

pacientes, seguimiento a largo plazo y mayor fortaleza epidemiológica para confirmar equivalencia con los resultados oncológicos mediante laparotomía.

**Palabras Clave:** Neoplasias ováricas, laparoscopia, obesidad.

https://www.youtube.com/watch?v=_0XatLz08Q4&index=12&t=0s&list=PLdEYYA_7t1qRHwNLi3e7mVu22Kje9YrE6

# POSTERS

**OPP-0**

## RUPTURA UTERINA A LA SEMANA 19 CON ÚTERO BICORNE

Granados Cindy; Montoya Eliana; Castillo María; Suarez Daniel. Universidad del Rosario. Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. Las malformaciones mullerianas son una alteración en el proceso de desarrollo de los genitales internos femeninos que tiene una prevalencia que oscila entre 1 y 7% de la población (1). Según Saravelos et al, la prevalencia en población general es de 6.7%, en población infértil de 7.3 y en población con pérdidas recurrentes de 16.7% (2).

Materiales y métodos. Al Hospital Universitario Mayor, se presentó una paciente de 27 años primigestante con embarazo de 19 semanas 1 día con dolor abdominal agudo en fosa iliaca derecha. Al examen físico presentaba palidez mucocutánea, diaforesis, dolor abdominal sin signos de irritación peritoneal. En la ecografía abdominal se observó feto único vivo, fetocardia de 89 latidos y placenta fundocorporal anterior. Se realizó reanimación inicial y paraclínicos de estudio. Durante la observación presento deterioro clínico, taquicardia, hipotensión y signos de irritación peritoneal. Además de ausencia de fetocardia con evidencia de desprendimiento placentario en ecografía. Se llevó a laparotomía de urgencia. Durante el procedimiento quirúrgico se encontró ruptura uterina del fondo del hemicuerno izquierdo con protrusión de membranas fetales, feto muerto. Hemicuerno derecho sano. Evidencia de cérvix único comunicante a vagina.

Resultados. La incidencia de útero bicorne es de 10-25% (4). Esta malformación se presenta por fusión incompleta del segmento craneal de los conductos de müller durante el desarrollo embrionario (5). La incidencia de embarazos en los cuernos rudimentarios es de 1/40,000 (7). En este caso el segmento uterino tenia conexión con la cavidad vaginal y durante la ecografía control se evidencio un endometrio funcional.

Conclusiones. Este caso es peculiar porque presenta una complicación poco común en una malformación de baja incidencia, a una edad gestacional donde la ruptura uterina es una condición rara que puede ser mortal. El tratamiento es la remoción del cuerno rudimentario o segmento roto, buscando preservar la fertilidad. En este caso, el segmento uterino no removido tenía conexión con la cavidad vaginal y endometrio funcional evidenciado por ecografía, lo que sugiere la viabilidad para una próxima gestación.

**OPP-1**

# LA REALIDAD DE CONVERTIRSE EN MADRE: VIVENCIAS DE UNA ADOLESCENTE

Moreno - Mojica C, OP1 / Hernández - Mancipe L, OP1/ Rincón - Villamil T OP1.
Claudiamaria.moreno@uptc.edu.co 3203142754

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja Boyacá- Colombia.

Introducción: el objetivo del estudio fue conocer y comprender mediante la técnica del relato biográfico el proceso de convertirse en madre adolescente.
Diseño: Investigación cualitativa tipo descriptivo, con diseño de relato biográfico, que se utiliza para describir exhaustivamente la experiencia vivida por una adolescente de 17 años de edad frente a dos gestaciones a temprana edad. La técnica de recolección fue la entrevista cualitativa a profundidad, que fue registrada por medio de grabación y transcrita textualmente; previa firma del consentimiento informado, donde se garantizó privacidad y no hubo interferencia de otros actores. El Método de análisis empleado, fue el enfoque de contenido de textos biográficos de Taylor-Bogdan.
Resultados:
Se obtuvieron ocho categorías, al realizar la triangulación surge la relación entre *"Recordando mi niñez* "y "*Mi primer Amor",* en donde Los estilos parentales determinan los comportamientos que los hijos establecen en el futuro, así adolescentes que tienen padres que no les demuestran su afecto, son hostiles y autoritarios, presentan embarazos a temprana edad como resultado de una situación conflictiva en donde manifiestan tristeza y rencor frente a la inestabilidad familiar, y esperan ser compendiadas y amadas por su pareja . En lo referente a las categorías "*Lo prohibido lo más deseado"*, *"Lo inesperado llego"* y *"Enfrentado la dura realidad"*, se observa la correlación en donde el sentimiento emocional que se genera en los adolescentes estimula emociones caracterizadas por idealización, atracción sexual, y contacto físico, que los lleva a dar inicio a una sexualidad activa sin protección desde la omnipotencia e incredulidad, como conducta que los expone a embarazos no deseados
La categoría "Aprendiendo hacer mama adolescente", "Adopción del rol materno" y "En busca de mis sueños" determinan que aunque muchos de estos embarazos no fueron deseados, las jóvenes lo asumen desde la incertidumbre, soledad, temor, angustia y miedo que genera en proceso de gestación, y los cuidados propios y de su hijo ;de igual forma expresan sentimientos placenteros como amor, ternura y des placenteros como exigencia, cansancio y agobio al estar a cargo del cuidado de su recién nacido; algunas adolescentes sienten la necesidad de continuar con sus estudios , y quienes lo retoman experimentan conflicto entre sus necesidades y las de sus hijos, ante esta situación la madre de la adolescente asume el rol de cuidadora.
Conclusión
Las categorías generadas y analizadas a la luz de la literatura permitieron conocer y comprender el proceso por el cual transita la adolescente para convertirse en madre, desde donde si bien el aspecto fisiológico en un factor de riesgo determinante durante la gestación, son los aspectos psicológicos, sociales y del entorno inmediato los que determinan la calidad de vida de la díada y, por ende, el cuidado integral, holístico y humano que el equipo de salud debe brindar.
Palabras clave: Embarazo, Salud del Adolescente, Enfermería.

**OPP-5**

# INFORME DE CASO: MANEJO CONSERVADOR DEL EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL

**Cely D.M M.D[1], Ardila V.J. M.D[2], Reales S.E. M.D[3], Del Valle E. M.D[3], Sánchez E. D [5]**
[1]Médico Residente Ginecología Y Obstetricia Universidad Militar Nueva Granada
[2]Ginecólogo y Obstetra Hospital Central de la Policía y Docente adscrito a la Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá Colombia
[3]Ginecólogo Y Obstetra Hospital Central de la Policía. Cirugía Mínimamente Invasiva
[4]Ginecólogo Y Obstetra Hospital Central de la Policía- Jefe del servicio de Ginecología Y Obstetricia Hospital Central de la Policía
**Instituciones: Universidad Militar Nueva Granada Bogotá -Colombia Departamento de Ginecología Y Obstetricia - Hospital Central de la Policía Bogotá-Colombia**
**Autor De Contacto: CEL: 3208018712 E-MAIL: marcelacely83@hotmail.com**

**Introducción**: El embarazo ectópico cervical se define como un embarazo que se implanta por debajo del orificio cervical interno y dentro de la mucosa cervical (1); es una rara condición y se presenta en <1% de todos los embarazos ectópicos no tubáricos, con una incidencia entre 1: 2500- 18000 de todos los embarazos ectópicos (2,3). Se presenta un caso de embarazo ectópico cervical manejado por Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de la Policía en la ciudad de Bogotá, Colombia.

**Descripción Del Caso:** Paciente de 24 años, primigestante, que consultó Agosto del 2017, al Hospital Central de la Policía, Bogotá, Colombia, con dolor pélvico suprapúbico, prueba de embarazo casera positiva, sin historia de cirugía ginecológica previa, ni uso de dispositivo intrauterino, ni expuesta a técnicas de reproducción asistida. Examen físico ginecológico cérvix corto posterior cerrado no se documentan masas cervicales, ni sangrado. Ultrasonido transvaginal: Cavidad uterina vacía, longitud cervical de 32 mm, saco gestacional de localización en labio posterior del cérvix de 18.5 mm de diámetro mayor, con embrión vivo en su interior, LCC de 5.9 mm, embriocardia 128 latidos por minuto (LPM), niveles de BHCG al ingreso en 40245 UI/mL. Se hizo diagnóstico de embarazo ectópico cervical no roto de 6 serm y tres días por biometría y embrión vivo. Por el deseo de fertilidad futura de la paciente y estabilidad hemodinámica, se consideró la opción de manejo medico con Metotrexate. Por el riesgo de sangrado se hospitalizó. Se lleva caso a junta médica, ante el riesgo de falla terapéutica, se adicionó al manejo la aplicación de Cloruro de Potasio (KCl) y metrotrexate intracervical intramniótica vía histeroscopia con riesgo latente de histerectomía frente a los hallazgos.

**Resultados:** A los 7 días del procedimiento sin sangrado genital y niveles de BHCG 38.436 IU/mL, sin disminución > 15% y se dio segunda dosis de metotrexate a 50 mg/m2 intramuscular. El seguimiento de los niveles de BHCG en las semanas siguientes fueron así: 19.027 IU/mL – 4940 IU/mL – 1548 IU/mL – 902 IU/mL. Ecografía transvaginal: cavidad vacía, cérvix normal sin cambios vasculares al doppler color, anexos normales.

**Conclusión**: El embarazo ectópico cervical es una patología muy rara y potencialmente mortal; el diagnóstico temprano y la disposición de ayudas diagnosticas como el ultrasonido transvaginal, personal entrenado en ultrasonido, reducen drásticamente complicaciones como la posibilidad de histerectomía. Aun no hay un conceso sobre cual el manejo conservador ideal y dentro de la ventana de posibilidades, se debe individualizar las opciones para cada paciente, teniendo en cuenta preservar útero ante el deseo de una gestación futura.

**Palabras clave**: Embarazo ectópico Cervical. Tratamiento conservador. Histeroscopia.

**OPP-6**

## MANEJO EXPECTANTE DE TUMOR RETROPERITONEAL EN EL EMBARAZO

Santiago Vieira, Isaac Juan, Rafael Aragón, Daniel Upegui. Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: sant_vieira@hotmail.com

Introducción y Objetivos. Los tumores retroperitoneales primarios son extremadamente raros durante el embarazo y se han reportado solo algunos casos. El 80% son tumores malignos, siendo el pilar del tratamiento la resección quirúrgica y diagnóstico definitivo histopatológico. Entre el 1% y 11% son teratomas, tumores benignos derivados de las tres capas de células germinales2,3. A continuación se presenta un caso de un tumor retroperitoneal primario de manejo expectante durante el embarazo.

Materiales y métodos. Presentación del caso Paciente primigestante de 19 años, con embarazo de 19 semanas que consulta por cuadro de 10 días de dolor epigástrico tipo peso y múltiples episodios eméticos alimentarios, sin antecedentes de importancia. Presenta dolor abdominal generalizado a la palpación sin irritación peritoneal y se observa bienestar fetal. Se solicitó ecografía abdominal total evidenciando un tumor solido retroperitoneal derecho con ecogenicidad heterogénea de origen inespecífico. La resonancia magnética simple de abdomen muestra un tumor retroperitoneal quístico, con componente graso de 20 x 13 x 15 cm. que desplaza el riñón hacia anterior, con contenido de la glándula suprarrenal dentro de la misma. Se realiza biopsia guiada por ecografía reportando un teratoma maduro y en junta multidisciplinaria se decide realizar manejo expectante. Se practica cesárea a la semana 38 obteniendo nacido vivo con apgar 8/9/9, talla de 49 cm, peso de 2720 gr y visualización intraquirúrgico de ovarios de aspecto normal. Posterior a su puerperio fisiológico, se realizó resección quirúrgica del tumor retroperitoneal de 25 cm de diámetro mayor, con componente quístico, presencia de tejido graso, óseo y pelos. Con una evolución satisfactoria y egreso hospitalario, se confirma el diagnostico histopatológico definitivo como teratoma quístico maduro retroperitoneal primario.

Resultados. Los tumores retroperitoneales primarios son extremadamente raros y el diagnóstico diferencial entre maligno y benigno no puede ser resuelto con imágenes pre quirúrgicas1. El tratamiento es quirúrgico por el alto porcentaje de malignidad1-5. Algunos casos durante el embarazo se han manejado de forma quirúrgica en I trimestre o se ha interrumpido el embarazo para realizar la resección quirúrgica1,3,4. En nuestro caso se realizó una biopsia guiada por ecografía del tumor retroperitoneal y con reporte histopatológico de tumor benigno la conducta fue expectante y manejo quirúrgico definitivo posterior al parto, de esta manera se evitó el riesgo materno fetal de un procedimiento quirúrgico durante el embarazo.

Conclusiones. Los tumores retroperitoneales son raros durante el embarazo, el manejo quirúrgico definitivo se podría diferir posterior al parto si se tiene un diagnóstico histopatológico previo de tumor benigno.

**OPP-7**

# PROPORCIÓN S/K APLICADA A LA MONITORIA FETAL INTRAPARTO CON REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE EVALUACIÓN CARDIOTOCOGRÁFICA DE 20 A 15 MINUTOS

**Castillo-Zamora M, Cuevas-Marín R, Restrepo O, Rodríguez J, Trejos-Ramírez C (email: ktrejos60@hotmail.com, teléfono 3502446875)**

**Clínica Universidad de la Sabana, Chía, Colombia**

## Introducción

Evaluar el trazado de la monitoria fetal, disminuyendo su tiempo de evaluación de 20 a 15 minutos realizando una aplicación de una nueva metodología diagnóstica fundamentada en la teoría de probabilidad y la entropía.

## Materiales y métodos

Se incluyó 70 gestantes en trabajo de parto, 30 de las cuales tenían monitorias evaluadas como ACOG I, 15 como ACOG II, y 25 como ACOG III, por un obstetra experto. Se evaluó el pH del cordón umbilical al momento del nacimiento. Se calculó la probabilidad de aparición de frecuencias cardiacas (FCF) en rangos de 5 segundos y su relación S/k. Se aplicaron los parámetros diagnósticos preestablecidos para comparar el diagnóstico matemático en 20 y 15 minutos.

## Procedimiento

Se tabularon los valores máximos y mínimos consecutivos de la FCF en intervalos de 10 segundos. Posteriormente, se calculó cuántas veces se repitió cada FCF encontrada en el trazado, luego se sumaron las apariciones de cada una de dichas frecuencias para cada uno de los registros y se realizó el cálculo de la probabilidad. Los valores de la probabilidad se reemplazaron en la Ecuación 2 con el fin de calcular la entropía y la relación S/k.

A continuación se realizó este mismo procedimiento, tomando solamente los primeros 15 minutos de cada trazado.

Se estableció el diagnóstico matemático en 20 y 15 minutos para cada monitoria con base en los parámetros establecidos en el estudio piloto previo. Finalmente se compararon estos valores con el fin de establecer la consistencia de los resultados en 20 y 15 minutos, contrastándolos con la interpretación convencional de la monitoria y con el pH fetal.

## Aspectos éticos

Investigación de riesgo mínimo pues se realizan cálculos físicos y matemáticos en función de reportes de exámenes y paraclínicos no invasivos.

## Resultados

La relación S/k para las monitorias categoría I en 15 minutos está entre 1,6580 y 1,9165; y 1,0348 y 3,1205 para III, mientras que en 20 minutos los valores estuvieron entre 1,6606 y 1,8985 para categoría I, y 1,0253 y 3,1356 para la III.

## Conclusión

La relación S/k de la entropía, diferenció normalidad de enfermedad de manera objetiva y reproducible reduciendo el tiempo de evaluación a 15 minutos de monitorias fetales de pacientes en trabajo de parto. Se confirmó clínicamente un nuevo diagnóstico fisicomatemático preventivo de la monitoria fetal en 15 minutos.

## Palabras clave

Relación S/k, entropía, monitoria fetal.

**OPP-8**

# LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DURANTE EL EMBARAZO

Autores
Cardona Ospina A***, Duque Ortega JG****, Villegas García SM**, Muñoz Acevedo MA*
*Residente de ginecología-obstetricia Universidad CES
** Gineco-Obstetra, Clínica del Prado
***Gineco-Obstetra, especialista en medicina materno fetal, Clínica del Prado
****Médico Internista, subespecialista en hematología
simavigas@yahoo.com teléfono 3113225299

Clínica del Prado y Hospital General Medellín-Colombia

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de leucemia en el embarazo es poco frecuente y difícil.
Los síntomas y signos no específicos, debilidad, fatiga, palidez y disnea atribuidos a la gestación, retardan el diagnóstico.
La anemia y leucocitosis, son hallazgos de laboratorio comunes en gestantes normales y en diagnosticadas con leucemia.
En el embarazo, 90% de las leucemias se clasifican agudas con 61% de leucemia mieloide aguda y 28% leucemia linfoide aguda.
El objetivo de la revisión es reportar un caso clínico de una paciente con leucemia durante el embarazo

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta el reporte de caso de una mujer con leucemia durante el embarazo, evaluada en la Clínica del Prado-HGM en Medellín-Colombia.

## RESULTADOS

Se revisaron artículos de revisión, reportes de casos, diagnóstico y tratamiento.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, G2P1V1 antecedente leucemia linfoblástica aguda tratada en 2015 con quimioterapia régimen pethema lal ar 11, respuesta post-inducción: remisión completa 0.02% de blastos, ingresa a Clínica del prado con embarazo de 35s cuadro clínico de fiebre, palpitaciones, cefalea, astenia, adinamia y tos, realizan paraclínicos: Hemoglobina 9 GB: 15640, N: 9%, (conteo 1407), blastos 12%, plaquetas: 42.000, hemocultivo positivo bacilos gram negativos y ecografía gestacional feto transverso, se inicia manejo con meropenem, posterior reporte de hemocultivo positivo para salmonella, inician ceftriaxona 2 g iv cada 24 horas, suspenden meropenem, valorada por hematología considera recaída temprana de LLA; realizan citometría en periferia clasificación inmunogica LLA recaída y remiten para manejo por hematología y obstetricia. Se termina la gestación por cesárea -feto transverso- recibió transfusión 3 aféresis de plaquetas y 2 ugre, inician quimioterapia, la segunda y tercera línea que son tóxicas para el feto, La paciente desembarazada remiten al Hospital general, confirmando diagnóstico mediante aspirado de medula ósea, reporte leucemia linfoblástica aguda precursores b en recaída, persistente, células aberrantes del 17.64% filadelfia y bcl-abl negativos. Iniciando primer ciclo de reinducción poliquimioterapia, régimen hypercvad impar logrando respuesta parcial, se considera indicación de tercera línea de tratamiento.

## Conclusiones

El diagnóstico de leucemia requiere examen morfológico, inmunofenotipo y citogenético de muestras de médula ósea, realizada con seguridad durante el embarazo.

Los agentes citotóxicos en primer trimestre asociados riesgo de abortos, muerte fetal y malformaciones mayores. La quimioterapia después del período de organogénesis tiene bajo riesgo de anormalidades fetales.
En el segundo y tercer trimestre mencionan restricción del crecimiento intrauterino, no se ha descrito anomalías congénitas; sin embargo se considera que la quimio de segunda y tercera línea es más tóxica para el feto.
Las revisiones de la literatura revelan resultados maternos y fetales exitosos incluso si la leucemia se trata durante gestación.
El embarazo no afecta el curso, el tipo y las tasas de remisión completas de LA.

PALABRAS CLAVE
Leucemia Linfoblástica Aguda, embarazo, Médula Ósea.

**OPP-11**

# EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA, MANEJO EXITOSO DE UN CASO USANDO ASPIRACIÓN ENDOUTERINA GUIADO POR ECOGRAFÍA

**Autores:** Echeverri Tabares N[1], Duran Morales MA[2]. Tissnesh. Betancur L[3], Colonia Toro A[4].
1, 2,3 Residente Ginecoobstetricia Universidad CES, Medellín, Colombia.
4 Ginecoobstetra. Universidad CES, Medellín, Colombia.

**Institución:** Universidad CES

**Introducción:**
El embarazo en cicatriz de cesárea, es una patología con incidencia en ascenso, representando el 6% de embarazos ectópicos en mujeres con cesáreas previas. Su mecanismo de implantación es secundario a la migración del embrión a través de un defecto de cuña del segmento uterino inferior o una fístula microscópica dentro de la cicatriz. Los factores de riesgo son antecedente de curetaje, miomectomía, cesárea, enfermedad pélvica inflamatoria o uso de técnicas de reproducción asistida.
La manifestación clínica cardinal es el sangrado vaginal, con o sin dolor pélvico, teniendo como diagnóstico diferencial el aborto en curso, amenaza de aborto y embarazo ectópico. El método diagnóstico de elección es la ecografía transvaginal asociado a la elevación de niveles de Beta gonadotropina coriónica humana (B-HCG).

El manejo es controversial, con opciones desde el manejo conservador, hasta la necesidad de histerectomía, individualizándolas basado en estabilidad hemodinámica, sangrado grave y deseo de preservar la fertilidad.

Sus complicaciones son sangrado grave, placenta acreta y recurrencia del 30%; en algunos casos se han reportado embarazos que pueden llegar al término, por tal razón se requiere un adecuado seguimiento, diagnóstico y tratamiento oportuno para disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

Nuestro objetivo es dar a conocer el tratamiento exitoso del manejo medico combinado (metotrexate + aspiración y dilatación guiado por ecografía), se realiza una revisión de la literatura respecto a su diagnóstico, manejo y pronóstico, con el fin de divulgar el conocimiento a todas las áreas interesadas.

**Materiales y Métodos:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**Resultados:** 31 años, G5C2A2, embarazo de 6 semanas, con 1 día de sangrado vaginal intermitente, acompañado de dolor abdominal.
Estable Hemodinámicamente, Presión: 131/73 pulso: 103 Temperatura: 36.2, abdomen doloroso, sin irritación peritoneal, tacto vaginal con cuello posterior cerrado, sangrado escaso, sin otros hallazgos clínicos.
Paraclínicos con Hemoglobina: 15.5 Hematocrito: 47 Leucocitos: 11.400 BHCG: 27.075, Ecografía transvaginal reporta saco gestacional de 17x12x13mm, Implantado en cicatriz Uterina, embrión con vitalidad, LCC: 4mm, para 6 semanas +1 días de gestación. Se hospitaliza, con: Metotrexate 1mg/kilo (4 dosis), Acido folínico interdiario (15mg día), control ecográfico al día 10 reporta ausencia de actividad cardiaca, con controles seriados de BHCG (27075 - 36594) se decide evacuación del saco gestacional por aspiración

endouterina guiado por ecografía sin complicaciones.
La patología reporta abundantes restos placentarios sin signos de malignidad. La Paciente evoluciona adecuadamente, se decide alta con control BHCG: 42.8 y ecografía transvaginal normal a las 2 semanas de tratamiento.

**Conclusiones:** El embarazo localizado en cicatriz de cesárea, es un diagnostico a tener en cuenta en toda paciente con antecedente de cicatriz uterina y BHCG positiva, el diagnóstico temprano e intervención oportuna, previenen en gran medida, la morbimortalidad materna asociada con la ruptura uterina y otras complicaciones.

**Palabras Clave:** "embarazo" 'Cicatriz cesárea', "ectópicos inusuales".

**OPP-13**

# CARACTERIZACIÓN DE LOS NACIMIENTOS DEL URABA, 2016. TRANSVERSAL ANALÍTICO.

AUTOR(ES): Arenas-Andrade J[1]; (Jaime.arenasndrade17@gmail.com), teléfono: 3124510779); Colón-Insignares A[2]; Cuervo-Castaño CT[1]; López-Medina DC[1]; Montero-Coronel A[2]; Ruiz-Barboza KJ[1].
INSTITUCIÓN: 1. Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín-Antioquía.
2. ESE Hospital Francisco-Valderrama, Turbo-Antioquía.

INTRODUCCIÓN: caracterización demográfica, clínica y de la atención del parto atendidos en una institución de salud de Urabá.
MATERIALES Y MÉTODOS: cuantitativo, analítico, retrospectivo de 1052 historias clínicas de nacimientos de una institución de salud de Urabá, 1 de enero al 31 de julio del 2016. La información se recolectó en Excel, se analizó en SPSS 23 por medio de frecuencias, medidas de tendencia central, posición y dispersión. Al apagar, talla, semanas de gestación, edad materna y número de controles prenatales se les aplicó prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Pruebas de hipótesis no paramétricas (Kruskal-Wallis y chi cuadrado de Pearson) evaluaron peso al nacer; adaptación neonatal (Apgar 10 minutos) se evaluó con U de Mann Whithney, prueba exacta de Fisher, correlación Spearman. Análisis multivariado se modeló con regresión logística. Significancia $p < 0,05$. Se garantizó la confidencialidad y respeto.
RESULTADOS: 90,4 % (951) provenía del Urabá Antioqueño; 7,7% (81) Urabá chocoano. El 56,8% (597) eran del casco urbano. La mediana de la edad materna fue 22 años (RIC 10). El 51,1% (538) de los nacidos fueron hombres.
El 0,4% (4) de los nacimientos fueron producto de embarazo pretérmino extremo, el 4,6% (48) pretérmino, el 93,7% (986) a término y 1,1% (12) postérmino. El 12,2% (128) < 16 años y 4,4% (46) > 35 años. El 24,5% (258) tuvieron 0-3 controles, el 26,7% (281) 4-5 y el 48,8% (513) ≥ 6 controles.
70,3% (648) de los nacidos tuvo Apgar al minuto ≥ 8 y el 1,1% (11) Apgar ≤ 7 a los 10 minutos. La mediana de la talla de los nacidos fue 50 cm (RIC 2,0). El 0,6% (6) de los nacidos tuvo muy bajo peso (< 1500 gr), el 3,6% (38) bajo peso (1500-2499 gr), el 98,8% (966) peso normal (2500-3999) y el 4% (42) fueron macrosómicos (>4000 gr).
El 69,2% (728) de los nacimientos fueron por parto vértice espontáneo; 72,5% atendidos por médico general, 26,7% (281) ginecoobstetra y 0,8% (8) otro personal de salud. Sin muertes materno-fetales.
Peso al nacer se asoció significativamente con edad materna (p 0,03), procedencia (p 0,01), controles prenatales (p 0,00), edad gestacional (p 0,00), tipo de parto (p 0,04) y talla al nacimiento (p 0,00). 41,1% de las variaciones del peso al nacer son explicadas por talla (p 0,00) y edad gestacional (p 0,00), bajo modelo de regresión logística.
La adaptación neonatal a los 10 minutos presentó correlación lineal positiva con número de controles prenatales (p 0,03) y talla (p 0,01).
Se determinó correlación lineal positiva entre edad materna con controles prenatales (p 0,00); esta última variable se asoció con tipo de parto (t de student p 0,02).
CONCLUSIONES: adecuado control prenatal como pilar fundamental para un resultado positivo; se requiere incentivar ingreso temprano en mujeres jóvenes.
PALABRAS CLAVE: edad-gestacional, control-prenatal, peso-fetal, adaptación-neonatal.

**OPP-14**

## EMBOLISMO SÉPTICO PULMONAR EN EL PUERPERIO

Arboleda-González MA[1] (mariaalejandraarboleda@gmail.com), Tovar-Arboleda PM[1] Camacho-Ojeda LA[2]
[1]Residente Ginecología y Obstetricia Uniremington
[2]Cirugia general, cuidado intensivo Univalle
INSTITUCION: clínica soma Medellín.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:
El embolismo séptico pulmonar es una entidad infrecuente en puerperio con graves complicaciones maternas.
Reportamos un caso de embolismo séptico pulmonar durante el puerperio con bacteriemia por staphylococco aureus meticilinoresistente secundario a infección de sitio operatorio (ISO) posterior a cesárea

MATERIALES Y MÉTODOS
Paciente de 35 años G2 C2, quien 72 horas posterior a cesárea indicada por placenta previa cursa con infección de sitio operatorio profunda asociada a fiebre, disnea hemoptisis, desaturación progresando a insuficiencia respiratoria aguda documentándose bacteriemia por Staphylococco aureus meticilino resistente; y disfunción orgánica múltiple.
La tomografía mostró un parénquima pulmonar con múltiples lesiones nodulares periféricas con cavitaciones, correlacionadas a embolismos sépticos.
Requirió manejo en UCI escalonamiento antibiótico de amplio espectro, (vancomicina, ceftazidime) drenaje de absceso secundario a infección de sitio operatorio profunda.
Fue dada de alta 21 después con afrontamiento de la herida quirúrgica con buena evolución.

RESULTADOS:
Realizamos una búsqueda en bases de datos encontrando 11 revisiones de la literatura y 2 reportes de casos
El embolismo séptico pulmonar se caracteriza por generación de trombos de fibrina que contienen agentes patógenos originarios desde de un foco infeccioso primario generando la obstrucción de los vasos pulmonares depositándose en el parénquima pulmonar, conduciendo a producción de infartos sépticos. Los sitios iniciales de la infección dependen de la población de estudio

En las infecciones de sitio operatorio de origen obstétrico y ginecológico, la fuente de patógenos es flora propia de la piel del paciente, que consiste predominantemente en cocos Gram-positivos. Sin embargo, este tipo de procedimientos plantean un reto único en el que los posibles microorganismos patógenos pueden provenir de la piel o ascender desde la vagina y endocérvix a otros sitios, incluyendo pelvis y la incisión abdominal. La flora vaginal endógena es una mezcla compleja y dinámica de bacterias patógenas y no patógenas con presencia de Gram-positivos y Gram-negativos anaerobios. Por lo tanto, las pacientes con factores de riesgo (IMC>30, tejido celular subcutáneo >2 cm, profilaxis antibiótica inadecuada, diabetes gestacional con hemoglobina glicosilada >6,5,) quienes se llevan a estos procedimientos son más propensas a infecciones de sitio operatorio.

CONCLUSIONES:
El embolismo séptico pulmonar Constituye un desafío diagnóstico dado el amplio rango de manifestaciones clínicas con que se presenta y la diversidad de etiologías que lo provoca.
El Staphylococco aureus meticilinoresistente es un patógeno de rápida propagación, que

puede afectar a pacientes en el puerperio que son sometidas a procedimientos quirúrgicos y que son susceptibles a infecciones de sitio operatorio.
La presencia de bacteriemia, fiebre y manifestaciones respiratorias, junto a lesiones cavitarias en la tomografía de tórax contribuyen al diagnóstico.
El diagnóstico precoz, el tratamiento antibiótico oportuno al momento de la sospecha diagnostica y el drenaje quirúrgico de la infección de sitio operatorio puede conducir a un resultado exitoso y un buen pronóstico materno.

PALABRAS CLAVE
Embolismo séptico pulmonar, staphylococco aureus meticilino resistente, infección de sitio operatorio.

**OPP-15**

# DETERMINACIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS POR GRUPOS DE ROBSON EN EL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR DURANTE LOS AÑOS 2015 Y 2016

**Autores:** Arreaza, M. Bolívar K. Gaitán A. Rodríguez J.
**Contacto: adriga04@hotmail.com Teléfono 3204734441**
**Institución:** Hospital Simón Bolívar, Bogotá D. C: Colombia.

**Introducción:**

En el año 1981 la comisión de expertos del Instituto nacional de salud de Estados Unidos generó una iniciativa en la cual se promovió como objetivo para el año 2000 alcanzar una tasa de cesárea del 15%. En 2001 se crea la Clasificación de Robson; como una herramienta que usa diferentes parámetros para construir grupos de pacientes con indicaciones de cesárea y realizar comparaciones con el fin de mejorar el desenlace perinatal. La OMS sugiere su aplicación desde el año 2015 con el fin de obtener tasas ideales de cesárea menores al 15%. El objetivo de este estudio fue determinar la tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital Simón Bolívar durante los años 2015 y 2016.

**Materiales y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2016 en el Hospital Simón Bolívar Sub Red norte, Institución de tercer nivel de complejidad de alto riesgo obstétrico, adquiriendo el número de partos por vía alta y por vía vaginal de nacidos vivos mayores de 500 gramos. Se utilizó la base de datos institucional y por medio de Excel se clasificó en los 10 grupos de la clasificación de Robson obteniendo cálculo de frecuencias, porcentajes y promedios.

**Resultados**

Se obtuvieron un total de 2680 partos atendidos en el Hospital Simón Bolívar Sub red Norte entre el 1 de enero del año 2015 y el 31 de diciembre del año 2016, utilizando la clasificación de Robson. De los 2680 partos se obtuvo una proporción global de partos vaginales / partos instrumentados: 1818 partos que corresponde a 67.83% y cesáreas 862 correspondiendo un 32.26%.

**Conclusiones**

La determinación de la tasa de cesáreas del Hospital Simón Bolívar, permite evidenciar la que los grupos que contribuyeron a la tasa de cesáreas en el año 2015 son los grupos 5, multíparas con cicatriz uterina previa, 2, mujeres nulíparas con embarazo a término y el grupo 1, mujeres nulíparas con embarazo a término, en los que se pueden tomar medidas en pro de mejorar los desenlaces materno perinatales. La tasa de cesáreas durante los años 2015 y 2016 fue de 32%.

La tasa de cesárea esperada en una país o población requiere el estudio del contexto sociodemográfico, podemos inferir que al tratarse de un hospital de III nivel de atención, la tasa sea superior a la esperada.

Tanto institucionalmente como a nivel nacional, se hace necesario la evaluación utilizando la clasificación de Robson, que desde el 2015 se recomienda como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, que permitan hacer un análisis interinstitucional por nivel de complejidad e interpretar los puntos de mayor riesgo de desenlaces perinatales adversos.

**Palabras clave:** Tasa, Cesárea, Robson.

**OPP-16**

## ANHIDRAMNIOS SECUNDARIO A INGESTA DE DICLOFENAC EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN.

Autores: Zapata-Salcedo R(robertorazs@hotmail.com Teléfono: 3113122109), Rocha-Gamarra J, López-Ramírez V.
Institución: Fundación Hospital Universitario Metropolitano. Barranquilla, Atlántico. Colombia.

Introducción

El uso de antiinflamatorios no esteroideos es común dado la amplia variedad de procesos en los que se requieren, durante la gestación, su uso se ha limitado dado su asociación con efectos secundarios, en el primer trimestre aumenta significativamente el riesgo de aborto (1), durante el tercer trimestre se incluyen complicaciones maternas tales como prolongación del embarazo y hemorragia posparto, en el caso de las complicaciones fetales, se incluyen cierre prematuro del ductus arterioso y disfunción renal con el consecuente oligoamnios (2).

Materiales y métodos

Se reporta el caso de una gestante de 25 años quien consulta a un hospital de III nivel de complejidad, con un embarazo de 34,2 semanas, con feto único, quien se automedica debido a una lumbalgia mecánica en la semana 31, tres dosis consecutivas de diclofenaco 75 mg intramusculares. La paciente no tiene otro antecedente de riesgo, ni otra patología durante su gestación. Dado su antecedente se realiza seguimiento ecográfico encontrando una ecografía inicial con un embarazo de 32,3 semanas, crecimiento normal, doppler feto placentario normal, ILA 8, adicionalmente se realiza ecocardiografía fetal que concluye una evaluación cardiaca anatómica y funcional normal. Es citada a control ecográfico, el cual se realiza 13 días después, encontrando un feto único, podálico, crecimiento fetal normal, doppler feto placentario normal y anhidramnios. Se decide terminar el embarazo vía alta, obteniendo producto vivo, peso: 2200gr, apgar: 7/10, 8/10 el cual tuvo una evolución satisfactoria. Se descartaron otras causas de oligoamnios. Se realiza revisión de la literatura publicada en las bases de datos: Medline vía PubMed, Lilacs y SciELO mediante los términos: “Oligohydramnios”, “NSAIDs”, con límites de año de 1994 a 2018, en inglés y español.

Resultados

Se obtuvieron 55 publicaciones; 15 Reportes de caso y revisiones de literatura, 40 reportes de casos, la mayoría de estudios incluían la indometacina. El uso de AINES durante el tercer trimestre se relaciona con la presencia de oligoamnios, la inhibición de la síntesis de prostaglandinas ocasiona una disminución de la perfusión renal fetal con la consecuente oliguria, en la mayoría de casos reversible, sin embargo, se encontraron casos de no reversibilidad e incluso aquellos que llevaron a disfunción renal en el recién nacido (3,4).

Conclusión:

El caso presentado ilustra una de las posibles complicaciones asociadas al uso de antiinflamatorios durante el tercer trimestre de la gestación, como lo es el oligoamnios. El uso de AINES debe realizarse con prudencia dada la información existente sobre posibles complicaciones, las cuales incluyen de tipo cardiovascular como el cierre prematuro o constricción del ductus arterioso, con subsecuente hipertensión pulmonar e ingurgitación tricuspidea, y como en el caso presentado complicaciones renales, en el caso de ser administrados, debe considerarse la realización de seguimiento ecográfico estricto para la detección temprana de alteraciones (4).

Palabras clave: Oligohidramnios, AINES.

**OPP-17**

# DIAGNÓSTICO PRENATAL DE MOSAICO DE TRISOMÍA 12.

**Autores: Zapata-Salcedo R (robertorazs@hotmail.com Teléfono: 3113122109), Bautista-Vargas S, López-Ramírez V.**
**Institución: Hospital Erasmo Meoz, Cúcuta, Norte de Santander. Colombia.**

## Introducción

La trisomía 12 es un defecto que se manifiesta por un espectro desde fenotipo normal, hasta defectos cardíacos graves y síndrome de Potter, adicionalmente se puede encontrar la presencia de manifestaciones fenotípicas como hipertelorismo, epicanto, implantación baja de las orejas, puente nasal largo, fisura palpebral corta, filtrum largo, entre otras**.**
Los mosaicos son el resultado de un error en la división celular o a nivel de la segregación como duplicaciones, reorganizaciones cromosómicas, no disyunciones entre otras, que conllevan a la generación de una segunda línea celular dando como resultado un cariotipo en mosaico**.**
En el presente estudio se reporta un caso de diagnóstico prenatal de mosaico de trisomía 12.

## Materiales y métodos

Se reporta el caso de una gestante de 36 años quien consulta a un hospital de III nivel de complejidad, con un embarazo de 22 semanas, con feto único, con diagnóstico de mosaico de trisomía 12 con cariotipo femenino de 47 cromosomas y una trisomía. A las 37 semanas, Se obtiene un recién nacido de sexo femenino, con peso y talla adecuada con bradicardia severa, cianosis, y hallazgos morfológicos como facies con frente amplia, hendiduras dirigidas hacia abajo, puente nasal ancho, nariz pequeña, columnela pequeña y filtrum aplanado.
El recién nacido requiere manejo por cirugía cardiovascular para colocación de marcapasos ventricular y corrección de los defectos por válvulas cardíacas displásicas e incompetencia del foramen oval, por lo que se envía a centro de referencia donde esperando el procedimiento fallece. Se realiza revisión de la literatura publicada en las bases de datos: Medline vía PubMed, Lilacs y SciELO mediante los términos: “Trisomy”, “Prenatal Diagnosis “Trisomy 12” con límites de año de 1994 a 2017, en inglés y español.

## Resultados

Se obtuvieron 21 publicaciones; siete Reportes de caso y revisiones de literatura, catorce reportes de caso. El diagnóstico se basa en la ecografía para determinar el crecimiento fetal y las anormalidades macroscópicas así como las anomalías intracardiacas, entre las que se encontraron: Arteria umbilical única y cardiopatía tipo ventrículo izquierdo hipoplásico, con respecto al tratamiento prenatal, es poco lo que podemos hacer y se limita al seguimiento ecográfico.
El tratamiento de las grandes complicaciones cardiacas solo se podrán resolver por parte de cirugía cardiovascular una vez se produzca el nacimiento.

## Conclusión:

Como resultado de la investigación realizada concluimos que la trisomía 12 es una cromosopatía muy rara existiendo solo 43 casos publicados en la literatura y una incidencia de alrededor de menos del 0,2% de los nacimientos espontáneos pese a esto , tiene un gran impacto y alto porcentaje de morbimortalidad Perinatal**,** es un hallazgo comúnmente encontrado en las amniocentesis permitiendo con esto realizar un seguimiento estricto lo

que constituye los Pilares fundamentales en el abordaje de esta patología**.** Esto debido seguramente a la falta de oportunidad en el acceso a la realización de estudios invasivos tanto a la gestante como a sus padres.

**Palabras clave**: Mosaico, ecografía, ventrículo izquierdo hipoplásico, amniocentesis.

**OPP-18**

# DIAGNÓSTICO PRENATAL DE GEMELOS SIAMESES BICÉFALOS MONOCARDIOS PARAPAGOS.

**Autores: Zapata-Salcedo R (robertorazs@hotmail.com Teléfono: 3113122109), Bautista-Vargas S, López-Ramírez V.**

**Institución: Hospital Erasmo Meoz, Cúcuta, Norte de Santander. Colombia.**

**Introducción:** Los gemelos siameses son casos de baja incidencia que se estima oscila entre 1: 50.000-200.000 nacidos vivos. Se desconoce la etiología exacta a esta anomalía, existen teorías en torno al desarrollo embriológico, se cree que es debido a la división y separación incompleta de la masa celular interna 13-15 días después de la fertilización. La proporción entre mujeres y hombres es de 3:1. Los siameses se clasifican de acuerdo al sitio de fusión. Las formas más comunes son toracópagos (20-40%), onfalópagos (18-33%), y parápagos (28%), aunque pueden producirse combinaciones de los diversos tipos.

**Materiales y Métodos:**

Se reporta el caso de una gestante de 21 años quien consulta a un hospital de III nivel de complejidad, con un embarazo de 15.2 semanas, remitida por hallazgos ecográficos compatibles con embarazo siamés, dos controles prenatales en primer nivel de atención, enviada para confirmación de diagnóstico y seguimiento, no antecedentes personales o familiar, niega enfermedades genéticas, embarazo múltiple y/o exposición a agentes teratógenicos, El ultrasonido reportó embarazo gemelar siamés, con presencia de dos polos cefálicos, dos estructuras cervicales y un cuerpo con miembros superiores e inferiores de proporción adecuada para la edad gestacional. En el tórax se observó sólo una estructura cardíaca central. Además, cavidad abdominal con dilatación hidronefrótica, placenta única anterior grado 0 de 22 cm de grosor, la paciente decide interrupción voluntaria del embarazo a las 17,2 semanas. A la exploración macroscópica: producto con dos cabezas, tres extremidades superiores. Un solo cordón umbilical, con relación arteria-vena conservada 2:1. Los genitales femeninos eran únicos, los labios mayores hipoplásico; con dos extremidades inferiores.

El estudio anatomopatológico describe características microscópicas y se realiza estudio radiológico para orientación del caso.

Se realiza revisión de la literatura publicada en las bases de datos: Medline vía PubMed, Lilacs y SciELO mediante los términos: “Twins conjoined, “Prenatal Diagnosis “” con límites de año de 2007 a 2017, en inglés y español.

**Resultados**

Se obtuvieron 26 publicaciones; 9 Reportes de caso y revisiones de literatura, 10 reportes de caso y 7 Revisiones narrativas sobre manejo quirúrgico. Podemos observar que la mayoría de mujeres en los países en desarrollo tienen poca o ninguna atención prenatal, el diagnóstico a menudo se realiza hasta el momento del parto con consecuencias nefastas tanto para la madre como para los bebés en la ecografía del primer trimestre se puede sospechar de un embarazo de este tipo por hallazgos como: saco vitelino con dos embriones en un embarazo muy temprano, embriones con yuxtaposición con el foco de movimiento cardíaco, fusión antero-posterior con solo movimiento central y dos polos craneales separados, y que no haya señales de movimiento separado de los gemelos en este caso, los estudios de ultrasonido dejan claro la complejidad de las malformaciones cardiacas, incompatibles con la vida, resaltando la importancia del diagnóstico prenatal precoz para ofrecer un manejo que ira desde un temprana interrupción del embarazo si la paciente lo desea y/o una mejor atención a neonatos al nacimiento y protección de la fertilidad de la futura madre.

Podemos concluir que el diagnóstico se basa en la ecografía temprana para determinar el nivel de separación de los embriones y las anormalidades tanto macroscópicas como microscópicas que podamos hallar. Con respecto al tratamiento dependerá del grado de unión y que tanto compartan los órganos.

**Conclusión:**

Podemos concluir que los gemelos monocigotos constituyen una desviación evidente del desarrollo embriológico. La presencia de siameses se puede explicar por fisión incompleta de los discos embrionarios de los gemelos o bien por la fusión secundaria de los discos embrionarios. El momento del desarrollo en que ocurre esta división es el factor del que depende en última instancia la morfología de los fetos y la placenta.

Desde etapas tempranas del embarazo podemos establecer un diagnóstico presuntivo de embarazo gemelar siamés. Esta situación plantea problemas éticos debido al tratamiento quirúrgico que muchas veces hay que brindarles, porque durante la separación hay que hacer la elección entre cuál de los dos sobrevivirá, Al decidir por la interrupción del embarazo, como en el presente caso, también planteamos problemas bioéticos.

**Palabras clave**: siameses, ecografía, monocardios, parapagos.

**OPP-19**

# GEMELOS UNIDOS (SIAMESES): DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Sandoval-Martínez DK* 3125927710, ktsandoval@hotmail.com, Gómez-Cadena J **
*Médica Patóloga Universidad Industrial de Santander/Hospital Universitario de Santander Bucaramanga, Colombia
**Estudiante de Medicina Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

**Introducción**: Los gemelos unidos o "siameses" son alteraciones de los embarazos gemelares monoamnióticos con dos fetos completamente formados unidos en ocho posibles sitios anatómicos y su nomenclatura depende de este sitio adicionando el sufijo "pago", término griego para "unión". El objetivo de esta comunicación es realizar una descripción de los hallazgos anatomopatológicos y placentarios en una serie de 5 siameses mediante una revisión de reportes de autopsias

**Materiales y métodos**: Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal, serie de 5 casos de autopsias perinatales realizadas desde el primero de enero del 2013 al 31 de diciembre de 2016 de pacientes entre 14 y 30 semanas de gestación, con diagnostico antenatal de gemelos unidos.

**Resultados**: se trata de 5 casos de gemelos unidos, producto de madres multíparas de entre 18 y 27 años de edad en las que se realizó diagnostico antenatal de siameses, 3 de estos presentaron muerte intrauterina y 2 fallecimientos temprano a los pocos minutos de vida, 4 de los partos fueron por vía alta para evitar las distocias.
Tres casos correspondieron a uniones ventrales (2 toracoonfalopagos y 1 cefalopago) y en los dos casos restantes, la unión fue lateral de tipo parapagos, dicefalos. Reconociéndose diferentes grados de fusión de las estructuras vitales, observándose corazón único (presencia de 6 cámaras) en los gemelos toracoonfalopagos (2 casos) y sistemas cardiacos separados en los tres restantes donde hubo fusión aortica distal al origen de la mesentérica superior en relación con la duplicación o no del intestino medio. En 4 de los casos El hígado se encontró fusionado con dos vías biliares independientes. Solo en el caso de los cefalopagos se observó fusión del intestino anterior y del páncreas y este fue el único caso en el que se observaron hígados independientes
Los cordones umbilicales de los casos de unión ventral (3 casos) presentaron 5 vasos sanguíneos observándose 3 arterias y 2 venas; los casos de unión lateral presentaron cordón umbilical único trivascular de modo usual. Los discos placentarios mostraron grados variables de hipoxia preplacentaria y cambios de malperfusión vascular materna en concordancia a la gestación múltiple

**Discusión y Conclusiones**

- Las fusiones ventrales independiente del tipo (rostral, caudal o lateral) presentan grados variables de estructuras compartidas; entre mayor sea la fusión de los órganos internos menor va ser el número de vasos observado en el cordón umbilical
- Los gemelos unidos pueden presentar las mismas complicaciones de los otros embarazos gemelares, siendo en estos casos mayor la mortalidad por la dismorfogénesis.
- De las teorías etiológicas propuestas, (una que supone un fallo en la separación y la otra que propone la presencia de dos discos embrionarios unidos secundariamente) es

la llamada teoría esférica, la que mejor soporta los grados variables de fusión y como esta puede ser saltatoria en el eje vertical.

Palabras clave: gemelos unidos; siameses.

**OPP-20**

# RESULTADOS PERINATALES Y VÍA DEL PARTO EN EMBARAZOS GEMELARES ENTRE ENERO DE 2008 Y DICIEMBRE DE 2013 EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN- COLOMBIA.

Alejandro Colonia Toro MD; Ximena López MD; Andrea Mejía Ríos MD; María Paula Echavarría David MD; Juliana M. Trujillo; Manuel Antonio Echavarría. Hospital General de Medellín. Correo Electrónico: acoloniat@ces.edu.co

**Introducción y Objetivos.** El embarazo gemelar ha incrementado su incidencia en los últimos años. Con la aparición de mejores técnicas de reproducción asistida cada día en nuestra práctica clínica encontramos más casos de embarazos gemelares y múltiples. La atención obstétrica sobre este tipo de pacientes ha cambiado en los últimos años, estamos retornando y fomentando la atención vaginal de estos eventos, siempre y cuando estén indicados. La cesárea se ha convertido en una vía habitual de estos nacimientos no siendo necesariamente la más indicada en algunos casos y esto conlleva a las complicaciones ya descritas en la literatura de la cesárea.

**Materiales y métodos**. Se realizó una búsqueda de las historias clínicas de todos los partos gemelares atendidos en el Hospital General de Medellín durante el período de estudio. El análisis transversal descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas se realizó a través del programa SPSS Versión 21. Se tomó como resultado primario el apgar menor de 7 a los 5 minutos y el resultado neonatal adverso definido como: sepsis neonatal, SDRA, hemorragia intraventricular, muerte neonatal, trauma obstétrico

**Resultados.** Se atendieron 490 nacimientos gemelares durante el período de estudio. La mayoría de las pacientes eran procedentes del área urbana en un 67% y el sistema de seguridad social más prevalente fue el régimen subsidiado, seguido del régimen contributivo. El promedio de edad de las pacientes fue de 24 años con una mediana de 2 embarazos por cada paciente. Su control prenatal fue en promedio de 5 asistencias. La mitad de los nacimientos ocurrió a las 36 semanas o más. La cesárea fue la principal vía del parto con un 56.7%. La comorbilidad más común fue la preeclampsia (19.6%). Al caracterizar el tipo de embarazo gemelar se evidenció que el 51.8% fueron bicoriales biamnióticos y el 44.5% monocorial biamniótico; y 7 pacientes (1.4%) tenían embarazos monoamnióticos. El 42% se presentaron como cefálicos ambos fetos. La presentación cefálica con otra combinación diferente a cefálico ocurrió en 76 embarazos lo que correspondió al 31%. En cuanto a aquellos con presentación inicial en podálica u otras variedades la frecuencia fue 65 (27%) gestantes. En general no hubo complicaciones maternas graves, aunque el 5% de las pacientes presentaron hemorragia postparto, no hubo muertes maternas

**Conclusiones.** El parto vaginal es un procedimiento seguro para la terminación del embarazo en pacientes con embarazos gemelares comparado con la cesárea electiva, en los casos donde esté indicado. Existen riesgos asociados a la atención obstétrica del parto vaginal, pero en esta revisión no se vieron incrementados de manera relevante. Es muy importante contar con centros y personal entrenado para la atención de estas pacientes. Hacen falta estudios prospectivos y aleatorizados para fortalecer los resultados de esta y otras investigaciones para establecer una conclusión más fuerte desde el punto de vista científico. Los resultados nos invitan a continuar con los esfuerzos en entrenamiento en parto vaginal y disminuir el número de cesáreas en nuestro medio sin incrementar los resultados perinatales adversos.

**OPP-21**

## ÍNDICE DE CESÁREA EN COLOMBIA: PERSPECTIVA DEL PROBLEMA Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

Alejandro Colonia Toro. Hospital General de Medellín. Medellín, Colombia. Correo Electrónico: acoloniat@ces.edu.co

Introducción y Objetivos. En los últimos años se ha experimentado un incremento importante en el número de cesáreas tanto en países desarrollados, como en aquellos de menos ingresos; incluso la cesárea pudiera considerarse como la cirugía obstétrica más común alrededor del mundo. En parte puede atribuirse este incremento a muchos factores, entre ellos el temor a las demanda médicas por mala práctica y a la solicitud de algunas pacientes para realizar el procedimiento. La tasa de cesáreas está directamente asociada con un incremento en el uso de antibióticos y elevada morbi-mortalidad severa materna, además se incrementan las morbilidades neonatales y un mayor requerimiento de ingreso a unidades de cuidado intensivo para los recién nacidos.

Materiales y métodos. Para este trabajo se realizó revisión retrospectiva basada en la información suministrada por el departamento nacional de estadística (DANE), el cual se encuentra disponible para consulta en la página oficial de esta entidad: www.dane.gov.co. Se diseñó una base de datos en Microsoft Excel y se caracterizó la población según variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados. Durante el año 2015 se presentaron 660999 nacimientos en toda Colombia, de los cuales el 46,4% fueron nacimientos por cesárea. Los departamentos de la costa caribe, los Santanderes y Nariño presentaron un índice de cesáreas mayor del 50%, por encima del promedio nacional, mientras que Vichada, Vaupés, Risaralda, Guaviare, Chocó, Caldas y Amazonas tuvieron un porcentaje menor de 30%. Con respecto a los municipios y ciudades en general existen algunos datos que llaman la atención: por ejemplo, municipios con índices mayores del 70% generalmente ciudades intermedias y segundos niveles. Existen algunas instituciones en Colombia que atiende más de 1000 eventos obstétricos al año y tienen un índice menor de 30%.

Conclusiones. Estos datos han variado un poco desde la publicación de una revisión que abarcó los años 2000 y 2005 basada en la encuesta nacional de salud realizada por Profamilia, donde el índice de cesáreas en general en Colombia estuvo entre el 25-30% y ahora está por encima de 40% de la mano de un incremento global de este procedimiento en los últimos años. Sin embargo algunos sostienen que el índice de cesárea por sí solo no es un marcador de calidad de la atención por parte de los servicios de salud, pues el índice de cesárea de 10-15% propuesto por la OMS desde 1985, es difícil de evaluar y la cesárea es una consecuencia de decisiones clínicas cargadas de valores individuales y pudiera no ser susceptible de los métodos de medicina basada en la evidencia Sin embargo, según la última declaración de la OMS en el 2015, las tasas de cesárea de las instituciones de salud pueden varían en gran medida según las diferencias en la casuística de las poblaciones obstétricas a las que estos brindan atención, su capacidad y recursos, y los protocolos clínicos y la tasa de cesárea recomendada a nivel de población no se puede extrapolar a nivel hospitalario.

**OPP-22**

# SATISFACCIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO CON ANALGESIA EPIDURAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Andrea Arias Muñoz, Alejandro Colonia Toro, Martin Gómez, Diana Reyes M, Alejandro Gallego Vásquez. Universidad CES - Hospital General de Medellín. Correo Electrónico: andrea.arias.munoz88@gmail.com

Introducción y Objetivos. La ACOG define como único criterio para la administración de la analgesia epidural, que la madre exprese el deseo de recibirla y es suficiente motivo para ofrecerla. Esta premisa es importante ya que el manejo adecuado del dolor en la materna habla de una adecuada asistencia médica, además puede mejorar el estado materno-fetal y ayuda a mejor entendimiento y cooperación por parte de la gestante durante el proceso del trabajo de parto.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal durante 2 semanas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General de Medellín y se seleccionaron aquellas pacientes que fueron llevadas a analgesia epidural y pudieron ser evaluadas durante todo el trabajo de parto. Se evaluó el dolor a través de la escala visual análoga durante diferentes momentos del trabajo de parto. El grado de satisfacción se evaluó con una escala de calificación por estrellas de 1 a 5, siendo 5 la mejor calificación, y se realizó inmediatamente después de parto.

Resultados. Se evaluaron 30 pacientes en el servicio de obstetricia de obstetricia del Hospital General de Medellín quienes fueron llevadas a analgesia epidural durante el trabajo de parto, y quienes fueron seguidas desde la aplicación de la analgesia hasta el momento del parto. El promedio de dilatación a la que fue iniciada la epidural fue 5 cms de dilatación y 28 pacientes tuvieron oxitocina durante el trabajo de parto. Todas las pacientes fueron llevadas a técnica epidural neuroaxial. En la escala visual análoga del dolor antes de la aplicación de la analgesia, el promedio de calificación fue 9/10. La reducción del dolor en esta escala fue de 7 puntos en promedio a los 30 minutos. A las 2 horas posteriores a la aplicación de la analgesia la disminución en el dolor fue de 4 en la escala visual análoga en promedio. El dolor al momento del expulsivo fue en promedio de 8/10 y el 53% de las pacientes tenían un dolor máximo en el segundo estadio del trabajo de parto. Hubo 2 paciente que requirieron cesárea por estado fetal no tranquilizador y 1 por no descenso en la presentación. Al evaluar el grado de satisfacción de las pacientes en el manejo del dolor se encontró que 83% calificaron el manejo del dolor como bueno o excelente, y el 13% lo calificaron de manera negativa (promedio, malo o pésimo).

Conclusiones. El manejo del dolor durante el trabajo de parto es parte fundamental de la atención obstétrica. En un hospital de nivel III donde existe la posibilidad de realizarla mayoría de las pacientes, es de vital importancia evaluar el grado de satisfacción con respecto al manejo del dolor. En este estudio se encontró que la mayoría de las pacientes tuvieron una experiencia favorable con respecto al manejo en general de su dolor durante el trabajo de parto, incluso a pesar de que más de la mitad de ellas, refirieron dolor máximo durante su fase expulsiva.

**OPP-23**

# DIAGNÓSTICO PRENATAL: TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FETAL. REPORTE DE CASO.

**AUTORES**: Merino – Correa SC[1] (scmerinoc@gmail.com celular: 3006095545), Blanco–Daza E[2], Florido – Ríos A[3], Gutiérrez – Marín JH[4], Sanín – Blair JE[4], Campo - Campo MN[4]
[1] Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Residente de Radiología, Universidad Pontificia Bolivariana
[3] Fellow medicina materno fetal, Universidad Pontificia Bolivariana.
[4] Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Las arritmias fetales ocurren en el 1% de los embarazos. En su mayoría, constituyen contracciones atriales prematuras benignas e intermitentes, detectadas durante una valoración rutinaria con ultrasonido, que no requieren ningún tipo de intervención. Las taquiarritmias fetales, aunque son menos comunes (1/1000 embarazos), se asocian a una mayor morbimortalidad. En caso de no tratarse, producen aumento de la presión venosa central y disminución del gasto cardiaco, generando compromiso hemodinámico que conlleva a la aparición de hidrops fetal no inmune (en 50% de casos) y un subsecuente riesgo elevado de muerte fetal (mortalidad del 9%).
La taquicardia supraventricular y el flutter atrial son los tipos más comunes de taquicardia fetal. Su manejo, descrito hace casi 40 años, apunta a la conversión a ritmo sinusal con intervenciones médicas transplacentarias mediante el uso de antiarritmicos (flecainamida, digoxina, sotalol, amiodarona, etc.), los cuales han demostrado su utilidad en múltiples estudios.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.
**RESULTADOS:** Paciente de 21 años, G1, A+, sin patologías. Remitida del CPN por bradicardia fetal. Rastreo ecográfico: hidrops fetal (derrame pericárdico y ascitis), cardiomegalia límite, bradicardia sinusal, no cardiopatía aparente. 24 horas después se encuentra FCF de 250lpm por lo que se lleva a valoración en staff de medicina maternofetal, realizando ecocardiograma fetal a las 25 semanas de gestación que demostraba: corazón estructuralmente sano con taquiarritmia fetal supraventricular paroxística, de conducción variable, aunque predominantemente 1:1, con FCF media de >250 lpm, sin episodios de bradicardia; adicionalmente se evidenció hidrops fetal no inmune secundario. Se decide manejo con digoxina y amiodarona oral sin obtener control de la frecuencia ni el ritmo, evidenciando empeoramiento del hidrops fetal. Por refractariedad se decide administrar dosis adicionales de amiodarona, en total 3 dosis. Se presentó disminución gradual de la FCF hasta 170-180lpm. La paciente presenta RPMO a las 28+3 semanas con parto pretérmino a las 29 semanas. Recién nacido de sexo femenino, P: 1690gr, 38cm. Se lleva a manejo en UCIN por falla cardiaca de bajo gasto y ascitis a tensión. Se realiza manejo con paracentesis a repetición y soporte inotrópico. Fallece 48 horas después del parto.
**CONCLUSIÓN:** Las taquiarritmias fetales constituyen una entidad rara, aunque de curso benigno y respuesta adecuada al manejo médico transplacentario. Presentamos el caso de una taquiarritmia fetal con evolución tórpida a pesar del manejo de primera línea, que derivó a una falla cardiaca postnatal refractaria al manejo médico con muerte perinatal temprana.

**PALABRAS CLAVE:** Taquiarritmia, Hidropesía, ecocardiografía, diagnóstico prenatal.

**OPP-24**

# ENDOMETRITIS POR MORGANELLA MORGANNI: REPORTE DE CASO

**AUTOR(ES):**
Arias - Muñoz A. andrea.arias.munoz88@gmail.com (300)3451866
Cardona - Ospina A. arcaos1@gmail.com
Villegas –García S. simvigas@yahoo.com

**INSTITUCIÓN**:
Grupo de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad CES – Clínica del Prado. Medellín- Colombia
Unidad Materno Fetal, Clínica del Prado, Medellín – Colombia
Unidad de Cuidado intensivo de la mujer. Clínica del Prado, Medellín – Colombia

**INTRODUCCIÓN**:
La infección puerperal es importante en la morbilidad y mortalidad de la mujer; y aunque esta última ha ido disminuyendo en los países en vía de desarrollo, el 16% de la mortalidad materna en países desarrollados, es por esta causa. Las infecciones postparto afectan el 5-24% de las mujeres postparto, tiene una incidencia del 1-3% de los partos vaginales, incrementándose en partos por cesárea. La endometritis puerperal es la causa más frecuente de morbilidad febril postoperatoria de la mujer que lleva a diversas afecciones y a una prolongación de la estancia hospitalaria incrementando costos al sistema de salud. Es una infección polimicrobiana siendo los principales gérmenes la E. Coli, el Streptococo agalactiae, y el Streptococo pyogenes. Aunque se ha reportado otros gérmenes como la Morganella morgagnii, Fusobacterium necrophorum, Micoplasma geniatalia, Micoplasma hominis y el Ureaplasma urealiticum, son bacterias que habitualmente no son identificadas como la causa etiológica principal. En este caso clínico se muestra el abordaje para determinar que debe hacerse en caso de una inadecuada respuesta con la terapia inicial, posibles desenlaces y complicaciones, así como el tratamiento apropiado.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**
Se tomó la historia clínica de la paciente previa autorización del comité de ética de la Clínica del Prado. Se hizo un análisis retrospectivo de la historia clínica de la paciente, sin intervención alguna, por lo que no se requiere autorización por parte de ella. Se garantizó la confidencialidad de los datos de la paciente.
La paciente, una mujer de 20 años, ingreso a urgencias de nuestra institución por hallazgo de óbito fetal. Se realizó manejo de acuerdo a las guías, dándose de alta posterior a pve. Posteriormente reingresa por cuadro clínicamente compatible con endometritis puerperal, con un deterioro rápido, choque séptico, encefalopatía tipo PRESS y SDRA. Se realizaron estudios para determinar la causa de la infección, encontrando solo los criterios para endometritis. Se inició manejo con clindamicina-gentamicina, sin respuesta, por lo que se decide realizar cultivo de tejido endometrial.

**RESULTADOS:**
Después del cultivo endometrial, siguiendo las guías de manejo para endometritis postparto se aisló como germen causante de la infección a la morganella morganni. Se inició manejo dirigido con Doxiciclina y Ertapenem con lo que la paciente inicio rápida recuperación. Se dio de alta a la paciente sin secuelas.

**CONCLUSIONES:**
En pacientes con pobre respuesta al tratamiento inicial para la endometritis postparto determinado por el deterioro rápido de la paciente o una inapropiada respuesta en las siguientes 48 horas, se debe pensar en gérmenes infrecuentes, siendo importante

apoyarse en el cultivo de tejido endometrial y el antibiograma para direccionar adecuadamente el tratamiento antibiótico a administrar

**PALABRAS CLAVE:**
Endometritis AND cultivo endometrial.

**OPP-25**

# REPORTE DE CASO: COMPROMISO HEMODINÁMICO FETAL SECUNDARIO A HEMANGIOMA PLACENTARIO, DIAGNÓSTICO PRENATAL

**AUTORES**: Merino-Correa SC[1] (scmerinoc@gmail.com) (celular: 3006095545), Giraldo-Girón JP[1], Sanín-Blair JE[2], Gutiérrez-Marín JH[2], Londoño-Montoya JA[2], Campo-Campo MN[2]
[1] Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Las lesiones vasculares placentarias comprenden desde tumores microscópicos hasta grandes masas. Cuando son mayores de 4 cm de diámetro actúan como fístulas arteriovenosas e implican riesgo falla cardíaca de alto gasto, atrapamiento de plaquetas (coagulopatía por consumo), y parto pretérmino, estos fenómenos hemodinámicos también se han asociado a daño neurológico fetal por hipoxia; de hecho, la presencia de hidrops fetal es un factor de mal pronóstico en este escenario clínico. Existen reportes y series de caso donde se ha implementado el tratamiento con alcohol inyectado y ablación endoscópica laser de forma exitosa, bloqueando el aporte vascular del tumor, especialmente en gestaciones tempranas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Paciente de 25 años, G2P1V1 con embarazo de 35 semanas. Diagnóstico ecográfico de hemangioma placentario, con cardiomegalia y disfunción ventricular fetal. En la valoración de ingreso se encuentran: feto macrosómico ( peso en percentil 96), vena cava superior izquierda persistente y dilatación del seno coronario, cardiomegalia y signos de falla cardíaca fetal ( regurgitación tricuspídea severa, ductus venoso pulsátil, índice Tei, alterado, fracción de acortamiento 20%), además de vena umbilical derecha persistente. En el borde proximal de la placenta, localizada en la placa corial se identifica imagen de 11x8 cm, sugestiva de Corioangioma. Se decide finalizar la gestación por cesárea electiva con diagnósticos: Corioangioma placentario complicado con falla cardíaca fetal de alto débito. Hallazgos intraoperatorios: placenta completa tipo Duncan, con placenta sucedánea calcificada. RN femenino, 2465 g, 49 cm, Apgar 7 y 8. Muestra enviada a patología. Sangrado intraoperatorio: 500 cc. Rx al recién nacido: cardiomegalia y soplo cardíaco. Trombocitopenia. Ecocardiografía: FOP, función ventricular normal, dilatación e hipertrofia ventricular derecha, movimiento plano del septum interventricular, signos indirectos de HAP leve-moderada. Doppler de vasos abdominales con dilatación aneurismática del ductus.
Ecografía cerebral: hemorragia de la matriz germinal grado I bilateral. En seguimiento ambulatorio por pediatría, cardiología y neurología infantil.
Patología de placenta: masa de placenta, de 14x10x4 cms, con extensas áreas hemorrágicas. Corioangioma placentario.

**CONCLUSIÓN:**
Ciertos tipos de tumores vasculares placentarios predisponen a falla cardíaca en la vida fetal. Estos fetos presentan mayor riesgo de muerte fetal o neonatal, así como de desarrollar discapacidad neurológica a largo plazo. Así como ocurre con la anemia fetal severa y la insuficiencia útero-placentaria, la disfunción cardíaca secundaria a tumores vasculares placentarios puede desencadenar un compromiso prolongado de la perfusión cerebral fetal.

Su diagnóstico oportuno permite terapia antenatal por equipo de Medicina Materno Fetal, que previene las complicaciones fetales y neonatales

**PALABRAS CLAVE:**
Tumores placentarios, Insuficiencia cardíaca, diagnóstico prenatal.

**OPP-26**

# DIAGNÓSTICO PRENATAL: ARCO AÓRTICO DERECHO

**AUTORES**: Arias – Zapata C[1] (cariaszapata31@gmail.com celular: 3137938966), Betancur – Salazar A[2], Gallego – Mejía A[1], García – Posada R[3], Sanín-Blair JE[3], Campo - Campo MN[3]
[1] Residentes Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Estudiante de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana
[3] Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Las anomalías del arco aórtico son una variedad de entidades congénitas que se desarrollan en el período embrionario. Con una incidencia de 0.05 a 1%. El hallazgo de arco aórtico derecho en la etapa prenatal implica un reto diagnóstico debido a su asociación con: ventrículo derecho con doble salida, Tetralogía de Fallot, agenesia de válvula pulmonar, atresia pulmonar con CIV; además con anormalidades extra cardiacas como: atresia esofágica, fístulas traqueoesofágicas y alteraciones genéticas con síndrome de microdelección en el 22Q11.2. La mayoría de los casos se presentan de manera aislada, por lo tanto debe realizarse un esfuerzo diagnóstico para descartar ésta condición que impacta el pronóstico postnatal.

La clave del diagnóstico ecográfico prenatal está en el corte de tres vasos y la visualización de la tráquea; donde hay una separación anormal entre la pulmonar y la aorta con la tráquea, y la aorta se ve al lado derecho. Esto constituye el signo guía.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Paciente de 28 años, G4, O+, sin patologías. Ecocardiografía fetal a las 30 semanas evidencia arco aórtico y ductus derecho con imágen en espejo sin arteria subclavia aberrante, aparentemente aislado y sin imagen de anillo vascular. Cesárea por podálica a las 37 semanas. Recién nacido femenino, 2440 g y 47 cm, Apgar 8/10. Radiografía de tórax sin cardiomegalia, soplo sistólico grado I/IV en C2-3 y C2-4. Ecocardiografía postnatal normal. Sin requerimientos de oxígeno. Se da alta con seguimiento por cardiología pediátrica y ecocardiografía de control.

Paciente de 31 años, G3, A+, antecedente de epilepsia, tratamiento inicial ácido valproico, luego con levetiracetam. Diagnóstico a las 22+2 semanas de arco aórtico derecho y ductus arterioso derecho, resto de valoración fetal normal. Ecocardiografía fetal de 26+1 semanas: cuatro cámaras presentes, dos válvulas auriculoventriculares y tractos de salida que se cruzan normalmente, arco aórtico y ductus arterioso derecho sin anillo vascular constrictivo, sin disfunción valvular, sin obstrucción a los tractos de salida, foramen oval y ductus con flujo de derecha a izquierda, buena función biventricular, sin derrame pericárdico. Nacimiento a las 37 semanas, 2550 g, 48 cm, apgar 8/10, sin dificultad respiratoria, sin soplos a la auscultación. Ecocardiografía con estenosis leve en origen de rama pulmonar izquierda. Continua manejo por cardiología y ecocardiografía de control.

**CONCLUSIÓN:**
El arco aórtico derecho es una entidad congénita de baja incidencia. Su causa es poco clara, a pesar de varias teorías. Puede estar asociado a otras anomalías cardiovasculares,

entre ellas anomalías traqueoesofágicas. Su diagnóstico prenatal requiere personal entrenado en medicina materno fetal. La gravedad del compromiso cardiovascular da el pronóstico posnatal; aunque en la mayoría de los casos pueden estar asintomáticos y no se requieren intervenciones.

**PALABRAS CLAVE:**
Arco aórtico, ecocardiografía, diagnóstico prenatal.

**OPP-27**

# ESQUIZENCEFALIA: DIAGNÓSTICO PRENATAL

**AUTORES:** López Torres LF[1] (luisalopez815@hotmail.com. Celular: 3012421655), Sanín Ramírez D[1], Gutiérrez-Marín JH, García-Posada RA, Arango-Gómez AL, Campo Campo MN[3]

[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana
[2]Ginecologia y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:**
La esquizencefalia (EQZ), es una malformación congénita rara del desarrollo cortical derivada de defectos de la migración celular, la cual se origina entre el segundo y quinto mes de gestación, con una incidencia de 1.54/100.000 nacidos vivos. Se caracteriza por hendiduras cerebrales que se extienden desde la superficie de la piamadre hasta los ventrículos cerebrales. Los márgenes de la hendidura son delimitados por materia gris heterotópica y displásica. La localización más frecuente es el lóbulo frontal y la región del surco lateral. Puede ser uni o bilateral (la más común) y se clasifica como labio cerrado o abierto.

Los principales factores de riesgo son edad materna < 20 años (principal), abuso de alcohol y sustancias narcóticas, uso de medicamentos (warfarina), exposición a solventes orgánicos e infección por citomegalovirus. La ultrasonografía es el método diagnóstico ideal, y el complemento con la RMN in útero han mejorado la precisión en el diagnóstico.
Puede asociarse a hidrocefalia, agenesia del cavum del septum pellucidum, agenesia del cuerpo calloso, atrofia del nervio óptico, quistes aracnoideos, entre otras.
Las manifestaciones postnatales principales son la epilepsia refractaria, compromiso motor y retardo mental en diferentes grados según la extensión de la lesión. El compromiso bilateral suele ser más grave. Las de labio cerrado se caracterizan por síntomas más leves. Las de labio abierto suelen tener mayor compromiso intelectual, lenguaje y motor.

**MATERIALES Y METODOS:** Revisión de literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Primigestante de 17 años, G1C1 sin patologías, con resultados de Toxoplasma, VIH, VDRL, AbSHB negativos. Ecografía de tercer nivel a las 34+4 semanas muestra estructuras encefálicas asimétricas, hendidura frontal con extensión hasta surco lateral izquierda y zona media derecha asociado a dilatación ventricular. Se sospecha esquizencefalia de labio abierto. Seguimiento muestra fusión de las de las astas anteriores pérdida de la continuidad de sulcación hacia el lado izquierdo, ausencia del cavum septum pellucidum y cuerpo calloso hipoplásico.
A las 40 semanas presenta trastorno hipertensivo severo, se termina la gestación. Se atiende PVI, peso 3245 g, 51, PC 34, Apgar 8/10.
Ecografía SNC neonato tercer ventrículo cuadrangular y cuerpo calloso hipoplásico. TAC y RMN neonatal reporta esquizencefalia de labio cerrado frontoparietal derecha y de labio abierto izquierda, polimicrogiria frontal, parietal y temporal bilateral, ausencia del septum pellucidum, cuerpo calloso hipoplásico pero íntegro. Angioresonancia normal. Actualmente en seguimiento ambulatorio.

**CONCLUSIÓN:**

El diagnóstico prenatal de la esquizencefalia es importante para un manejo integral de la gestante desde el momento prenatal, periodo postnatal inmediato y el seguimiento del recién nacido. La RNM facilita principalmente en el periodo postnatal una precisión diagnostica. Se requiere de un manejo multidisciplinario.

**PALABRAS CLAVE:**
Esquizencefalia, diagnóstico prenatal, ultrasonografía.

**OPP-28**

# SÍNDROME DE MOEBIUS INCOMPLETO Y CARDIOPATÍA COMPLEJA ASOCIADO A EXPOSICIÓN A ISOTRETINOINA DURANTE EL EMBARAZO

**AUTORES**: Giraldo – Girón JP[1] jpau168@hotmail.com Celular: 3122240707, Merino-Correa SC[1]. Sanín-Blair JE[2], Gutiérrez-Marín JH[2], Campo - Campo MN[2], Giraldo-Ospina G[3]
[1] Residentes Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.
[3] Genetista. Clínica Universitaria Bolivariana

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Rara enfermedad congénita caracterizada por parálisis del VII par no progresiva y alteración de la abducción ocular de uno o ambos ojos por compromiso del VI par, pudiendo extenderse a otros pares oculomotores (IX, X y XII). Asociado a otras alteraciones musculoesqueléticas, conductuales y cognitivas.
Incidencia de 1 en 150.000 nacidos vivos, con una ocurrencia familiar del 2% de los casos. La causa y patogenia continúan siendo desconocidas, sin embargo, los estudios sugieren factores ambientales y genéticos involucrados durante la embriogénesis temprana, incluyendo misoprostol, alcohol, cocaína y talidomida.

La embriopatía por isotretinoina es una asociación de malformaciones causadas por el efecto teratogénico de la isotretinoina. El riesgo de malformaciones después de la exposición oral es de 20% a 40% de los casos. Los niños afectados pueden presentar hidrocefalia, microcefalia, malformaciones del oído, defectos conotruncales del corazón y anomalías de las extremidades. Existe también un riesgo elevado de aborto espontáneo (33%). La mortalidad posnatal ligada a esta embriopatía es del 57%, debido a las alteraciones cerebrales y cardíacas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Primigestante de 27 años, O (+), sin patologías, exposición a isotretinoina durante el primer trimestre.

En la semana 22 es remitida para valoración por staff de medicina materno fetal por sospecha de cardiopatía compleja. Se realiza ecografía de III nivel evidenciando perfil facial plano, asimetría de cuatro cámaras, predominio de cavidades derechas, comunicación interventricular submembranosa de 8mm, gran vaso que sale del VD pero no se logra ver la aorta descendente, Sospecha de atresia aórtica, sin otras malformaciones extracardíacas. Continúa controles prenatales normales.

Nacimiento a las 38 + 6 semanas, Cesárea por RPMO y cérvix no favorable. Apgar 8/10, 3635 g y 51cm, adaptación neonatal espontánea. Pabellones auriculares rotados posteriormente (izquierdo displásico), tres pilares del antihellix, acrocianosis, parálisis facial central derecha, oftalmoplejía externa derecha, adecuado tono, patrón respiratorio y frecuencia cardiaca. Rx de tórax: silueta normal, Ecocardiografía: Atresia valvular aortica, DAP amplio (10mmHg), CIA, CIV, leve dilatación e hipertrofia del ventrículo derecho, hipoplasia leve del ventrículo izquierdo, signos indirectos de hipertensión pulmonar, función ventricular conservada; Ecografía renal, transfontanelar y RNM normales, cariotipo 46XY.

Estancia en UCIN con manejo por pediatría, neurología, genética y nutrición. Se realizó diagnóstico de Secuencia Moebius incompleta y se remite a Clínica Cardiovascular para manejo de su cardiopatía.

**CONCLUSIÓN:**
La exposición a isotretinoina durante el embarazo se asocia a múltiples malformaciones en el feto, la gran mayoría detectables por ecografía por lo que éste tipo de pacientes requieren una evaluación exhaustiva. El diagnóstico y seguimiento prenatal es de suma importancia para un manejo oportuno y multidisciplinario que permita al grupo estar preparado para el nacimiento y seguimiento postnatal.

**PALABRAS CLAVE:**
Isotretinoina, Estructuras embrionarias, diagnóstico prenatal.

**OPP-32**

# DIAGNÓSTICO PRENATAL: ROMBOENCEFALOSINAPSIS–REPORTE DE CASO.

**AUTORES**: Gallego – Mejía A[1] (angelicagm14@hotmail.com, celular: 3006090201), Arias – Zapata C[1], Sanín-Blair JE, Gutiérrez-Marín JH, Londoño-Montoya JA, Campo-Campo MN[2]
[1] Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

## INTRODUCCIÓN:

Malformación del cerebelo rara, caracterizada por hipogénesis o agenesia del vermis, fusión dorsal de los hemisferios del cerebelo, y fusión de núcleos dentados y pedúnculos cerebelosos superiores, con aspecto en forma de ojo de cerradura del cuarto ventrículo. Es el resultado de un desarrollo cerebeloso alterado entre los días 28 y 41 de gestación.

En algunos casos puede ocurrir de manera aislada, pero con frecuencia puede asociarse a alteraciones de la línea media, como la estenosis del acueducto de Silvio, que conduce a hidrocefalia, Holoprosencefalia, ventriculomegalia, disgenesia o agenesia del cuerpo calloso, displasia septo-óptica, displasia cerebelo-trigémino-dérmica. Las anomalías extracraneales incluyen segmentación y anomalías de fusión de la columna y anomalías musculoesqueléticas, defectos del sistema cardiovascular, tracto respiratorio y urinario.

Los síntomas típicos son la ataxia, hipotonía muscular, espasticidad, movimientos oculares anormales y las estereotipias de la cabeza. Otros hallazgos posibles son epilepsia, déficit cognitivo variable y trastornos psiquiátricos

El diagnóstico se establece con la identificación por imágenes o neuropatológica de un cerebelo de un solo lóbulo hipoplásico. La lesión puede identificarse prenatalmente utilizando ultrasonido fetal (Neurosonografia fetal) y RNM, se requiere un alto índice de sospecha clínica. Los hallazgos incluyen: visualización de hemisferios cerebelosos fusionados con vermis ausente o severamente hipoplásico, cuarto ventrículo en forma de diamante, en lugar de la forma de semiluna normal, indicando hipogénesis o agenesia vermiana.

## MATERIALES Y MÉTODOS:

Reporte de caso.

## RESULTADOS:

Paciente 29 años, G2A1, O+, 37+6 semanas, Diagnóstico prenatal: neurosonografía con ventriculomegalia severa y asimétrica 21 mm, sospecha de Romboencefalosinapsis. Estudio genético normal. Se realiza cesárea, con recién nacido masculino, 3223 g, 51 cm, APGAR 9/10, normocefalo, PC 36.5 (> P90 para la edad gestacional). Ecografía cerebral transfontanelar que observa dilatación del sistema ventricular lateral y del tercer ventrículo, cuernos frontales es de 11 mm en forma bilateral, Doppler de arteria pericallosa normal. Hidrocefalia no Comunicante. RNM cerebral prenatal con dilatación del sistema ventricular supratentorial y cambios de Romboencefalosinapsis. Control al mes de vida hidrocefalia con ventrículos de 24 y 26 mm a nivel de los cuernos anteriores. Se programó para

Derivación ventrículo/peritoneal con válvula programable Hakim micro, sin complicaciones. Control ambulatorio por neurocirugía.

**CONCLUSIÓN:**
La Romboencefalosinapsis es una malformación congénita de la fosa posterior caracterizada por hipogénesis o agenesia del vermis, asociado a otras malformaciones tanto cerebrales como extracraneana. La fusión del hemisferio cerebeloso no es causada por un mal desarrollo del vermis, sino probablemente por una falla primaria de la diferenciación vermiana. Su diagnóstico prenatal permite un adecuado asesoramiento y manejo multidisciplinario en el neonato

**PALABRAS CLAVE:**
Vermis cerebeloso, Agenesia, diagnóstico prenatal.

**OPP-33**

# ISPLASIA RENAL MULTIQUÍSTICA UNILATERAL: REPORTE DE CASO

**AUTORES**: Palacios – Llorente MA[1](andreapalacios14@gmail.com celular: 3155512783) Laverde – Preciado LM[1], Sanín-Blair JE[2], García-Posada RA[2], Arango-Gómez AL[2], Campo – Campo MN[2]
[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2]Ginecología y Obstetricia, medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** En la embriogénesis genitourinaria el pronefros y mesonefros preceden al desarrollo del metanefros. Entre las semanas 9 y 12, la yema uretral y el blastema nefrótico interactúan para originar el metanefros. El riñón y el uréter se desarrollan a partir del mesodermo intermedio. La Displasia Renal Multiquística es la forma de displasia renal más grave, y más frecuente en la infancia. Hay un reemplazo del tejido renal por múltiples quistes no comunicantes unidos por tejido conectivo.

La incidencia es de 1:4300 nacidos vivos, y el 94.1% de los casos son detectados por ultrasonografía antenatal. La función renal es ausente o muy escasa. En un 20-50% de los casos hay alteración contralateral, siendo lo más frecuente el reflujo vesico-ureteral. Los hallazgos ultrasonográficos muestran una masa de quistes de diverso tamaño, no comunicantes entre sí, pudiéndose observar entre los quistes un escaso estroma fibroso. La arteria renal está ausente o hipoplásica. Se deben buscar anomalías en el riñón contralateral y extrarrenales que nos permiten evaluar el pronóstico, el cual es bueno si la afectación es unilateral. En la mayoría de casos la historia natural es la involución en los primeros cinco años de vida.

La incidencia de complicaciones tales como hipertensión arterial, infección o degeneración tumoral es muy baja. Por lo tanto, el manejo postnatal adecuado y seguimiento ecográfico cada 3-6 meses durante el primer año, a los 2, 5 y 10 años es importante para la evolución de la patología y detección de complicaciones futuras.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Primigestante de 30 años, G1P1, O +, sin patología de base, embarazo de 31+6 semanas; en ecografía III nivel refieren riñón derecho aumentado de tamaño, ecogénico, imágenes anecoicas, bordes bien definidos no confluentes compatibles con quistes de 21*20mm, que no sobrepasan la línea media y permaneció estable durante el seguimiento prenatal sin alteración del riñón contralateral. A las 38+6 semanas, se atiende parto intervenido sin complicaciones, bebe sexo femenino, peso 3660 g. Ecografía postnatal: riñón derecho, aumentado de tamaño sin diferenciación cortico-medular de aspecto multiquístico, riñón izquierdo normal. Valorada por nefrología, ordena gammagrafía DMSA sin compromiso renal izquierdo, control a los 4 meses de vida con CUMC, control mensual el primer año de vida y tratamiento profiláctico.

**CONCLUSIÓN:**
La Displasia Renal Multiquística es la alteración quística más frecuente en la infancia, donde es importante la realización del diagnóstico prenatal y poder determinar si el compromiso es uni o bilateral. En el caso del compromiso unilateral es esencial realizar un seguimiento

al riñón contralateral que nos ayudan a evaluar el pronóstico. Sin embargo, en esta patología se realizará un diagnóstico confirmatorio postnatal, para así determinar un seguimiento periódico y prevenir o detectar tempranamente las complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:**
Nefropatías quísticas, diagnóstico prenatal, Estudios de seguimiento.

**OPP-34**

# REPORTE DE CASO: HIDRANENCEFALIA, DIAGNÓSTICO PRENATAL

**AUTORES**: Florido–Ríos A[1] (aflorido69@gmail.com celular: 3222062481), Sanín-Blair JE, Gutiérrez-Marín JH, García-Posada RA, Arango-Gómez AL, Campo-Campo MN[2]
[1]Fellow medicina materno fetal, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2]Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Hidranencefalia es una entidad rara, que ocurre en menos de 1 por cada 10.000 nacimientos en el mundo. Es la forma más grave de destrucción cortical cerebral bilateral. La hidranencefalia integra un grupo de malformaciones cerebrales que varían en tiempo de aparición, patogénesis y organización de cualquier remanente cerebral que persista, resultando en una gran cavidad parenquimatosa cerebral que no se comunica con el espacio subaracnoideo, con un efecto común de marcada reducción de la masa cerebral que se reemplaza por líquido cefalorraquídeo. Generalmente ocurre in útero por un proceso destructivo a mitad de la gestación, después de la formación del telencéfalo. Su etiología ha sido atribuida a múltiples causas que conducen a la lesión isquémica. El mecanismo patogénico actualmente aceptado es una obstrucción bilateral interna de la arteria carótida en el útero con evidencia de que el proceso podría comenzar a las 8-12 semanas de gestación; originarán una alteración de la circulación anterior cerebral con necrosis y destrucción de la masa cerebral y posterior cavitación. Se encuentra necrosis de las placas germinales del sistema nervioso central e infiltración de células inflamatorias, especialmente macrófagos.
Las infecciones virales podrían estar implicadas, como herpes virus, parvovirus, citomegalovirus, otra posible etiología son procesos tóxicos (alcohol) o genéticos.
En el recién nacido los rasgos faciales son normales, lo cual difiere con otras malformaciones del sistema nervioso central. El déficit motor focal depende de la ubicación y extensión de la lesión.
Los hallazgos anatomopatológicos se relacionan con la supervivencia, es mayor cuando se conservan las relaciones anatómicas e histológicas, es menor cuando existe atrofia talámica e hipoplasia de los pedúnculos cerebrales con ausencia de las pirámides medulares.
La hidranencefalia no se presenta posterior a una hidrocefalia, mientras que puede iniciarse como encefalopatía multiquística y progresar a hidranencefalia, ya que en esta también hay una lesión vascular severa de base.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Primigestante de 16 años, O(-). Control tardío. Le realizaron ecografía, 34 semanas, y describen “hidrocefalia severa” y percentiles cefálicos > 95. Los exámenes demuestran no inmunidad para Toxoplasma y estudios serológicos negativos. Evaluada por Medicina materno fetal, ecografía de nivel III (36 + 2 sem), reporta Hidranencefalia severa, sin evidencia de corteza cerebral, fosa posterior conservada. Se explicó a la paciente diagnóstico y pronóstico. Se programa para cesárea a las 38 semanas previa encefalocentesis, extrayendo 350cc de líquido cefalorraquídeo por neurocirugía. Nace bebe masculino. Peso: 5040 g Talla: 55 Cm. PC: 51 Cm y HC mm. Apgar 4/10. No se realizan maniobras de reanimación, muere a los 20 min.
**Conclusión** La Hidranencefalia en una condición severa, su diagnóstico prenatal permite

un asesoramiento a la familia, permitiendo un adecuado manejo en el momento del nacimiento, disminuyendo los riesgos maternos e integralidad en la atención neonatal

**PALABRAS CLAVE:**
Hidranencefalia, diagnóstico prenatal.

**OPP-35**

# REPORTE DE CASO: ONFALOCELE, DIAGNÓSTICO PRENATAL

**AUTORES**: Laverde – Preciado LM (marce_laverde@hotmail.com celular: 3145208717), Palacios Llorente MA - Sanín-Blair JE[2], García-Posada RA[2], Londoño- Montoya JA[2], Campo-Campo MN[2]
[1] Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:**
Durante la quinta y sexta semana del desarrollo embrionario ocurre la formación del tracto gastrointestinal, cuando la cavidad abdominal es pequeña para acomodar el rápido crecimiento intestinal, lo que resulta en la protrusión de éstos en la base del cordón umbilical, se forma una hernia fisiológica visible hasta la semana 11. En la semana 12 el intestino debe rotar 270° para regresar al abdomen, si este proceso no ocurre se produce el onfalocele y si adicionalmente los pliegues laterales no se cierran, se crea un defecto en la pared abdominal. El onfalocele tiene una incidencia de 1.8 por cada 10.000 NV y está asociado con aneuploidías hasta en el 60%, especialmente trisomía 13 o 18; y aumenta si se encuentran otras anomalías anatómicas como defectos cardiacos 50% y genitourinarios.
El diagnóstico es ultrasonográfico, se observa un defecto en la pared abdominal central, identificando un saco que consta de dos membranas, que permite la protrusión de contenido abdominal (intestino, hígado, vejiga o estómago). El pronóstico depende del tamaño del defecto y la asociación con aneuploidías u otras malformaciones. La vía del parto es definida por condiciones obstétricas o fetales, predominado la terminación por cesárea en la mayoría de las series mundiales. Es fundamental el manejo multidisciplinario y el diagnóstico prenatal temprano. Quisimos traer este reporte de caso, considerando que el diagnostico mostraba gran compromiso fetal por la severidad de su defecto y su resultado postnatal fue excelente permitiendo el desarrollo de un plan estratégico por grupo multidisciplinario medicina materno fetal y cirugía infantil

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Primigestante de 36 años, G1, O+, Desde ecografía a la semana 11+4 que muestra un onfalocele con un defecto de 8 cm. Realizan biopsia de vellosidades coriales a la semana 11+6 con carioFISH normal, xy. Durante su seguimiento el defecto es severo, con contenido hepático, gastrointestinal y del estómago, en la semana 36 presenta RPMO y se realiza cesárea. Nace RNPT, femenino, peso 2460 gr talla 43 cm Apgar 8/10 con amnios intacto (saco), contenido de asas intestinales e hígado. La primera intervención por cirugía infantil es en la tercera hora de vida, se realiza inserción de silo para cierre estadificado más plicatura del 80% de hígado y algunas asas intestinales; 5°día se realiza reducción parcial de onfalocele y a los 12 días cierre definitivo del defecto con malla. Vigilancia en UCIN por insuficiencia respiratoria, estable en su recuperación, monitoria por riesgo de colestasis y anemia.

**CONCLUSIÓN:**
El onfalocele es una malformación que se presenta como consecuencia de una anomalía rotacional y un defecto en el cierre de la pared abdominal. Se asocia en un alto porcentaje

con aneuploidías, siendo su pronóstico más pobre al encontrarse otras anormalidades anatómicas. El diagnóstico prenatal es fundamental para un manejo oportuno y multidisciplinario que permita estar preparado para el nacimiento, corrección inicial temprana, antes de 24 horas e impactar así en los resultados perinatales.

**PALABRAS CLAVE:**
Onfalocele, Aneuploidía, diagnóstico prenatal.

**OPP-36**

## GASTROSQUISIS: UN CASO CON UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Autor(es): Guevara-Franco ST, Saldarriaga-Gil W, Quintero-Mejía JC
saritaguevaramd@gmail.com. Cel: 3184356640
Institución: Universidad del Valle. (Cali-Valle-Colombia)

Introducción:

El objetivo de este reporte es aportar un caso raro de gastrosquisis asociado a ausencia parcial de yeyuno, bolsa cecal y colon ascendente. Además, el intestino protruyo por el anillo umbilical sin comprometer el cordón umbilical ni la pared abdominal.

Materiales y métodos:

Recién nacido (RN) femenino con gastrosquisis, con 6 cm de intestino delgado necrótico y ausencia de yeyuno distal, íleon y tercio proximal de colon transverso. Producto de embarazo de unión no consanguínea, madre de 21 años, primigestante, sin exposiciones teratogénicas. En ecografía básica de las 18 semanas (ss) hicieron diagnóstico de gastrosquisis. En Unidad de Medicina Fetal del Hospital Universitario del Valle Evaristo García (Cali-Valle), en ecografía de detalle anatómico a las 28 ss se encontró gastrosquisis sin signos de obstrucción, peso estimado fetal en percentil 3 a 10 con Doppler sin alteración. A las 33 ss se observó gastrosquisis con grosor de la pared intestinal de asas intraabdominales de 10 mm, peristaltismo presente. Recibió inductores de maduración pulmonar, a las 34 ss desarrolló trabajo de parto pretérmino que no respondió a uteroinhibición y tuvo parto por vía vaginal obteniéndose un RN con 1941 gr, con asas intestinales que protruyen por el anillo umbilical y al lado derecho del cordón, sin alteración de la pared abdominal. Se realizó resección de intestino necrótico, liberación intestinal y colostomía; además se identificó la ausencia parcial de intestino delgado y grueso. El RN presenta una evolución tórpida con complicaciones secundarias a su patología, fallece a los 49 días de nacido.

Resultados:

En la revisión bibliográfica se encontraron 8 publicaciones que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión para ser de aplicación en este reporte. La gastrosquisis se clasifica como simple y compleja para establecer pronóstico neonatal. En la gastrosquisis compleja hay necrosis de segmentos intestinales, atresia intestinal, perforación o vólvulos. Otros factores son de mal pronóstico neonatal como herniación del estómago, vejiga o del hígado; hiperperistaltismo, dilatación de asas intestinales intraabdominales mayor de 6 mm y extraabdominales mayor de 6 a 10 mm, edema de la pared del asa de mayor de 10 mm, atresia intestinal y ausencia de segmentos de intestino. Se ha encontrado mayor morbilidad y mortalidad en RN con presencia de gastrosquisis compleja, la mortalidad reportada es hasta del 28%.
El caso aquí reportado presento características poco frecuentes como la protrusión del intestino delgado a través del anillo umbilical, al lado derecho la inserción del cordón umbilical, haciéndose una clara diferenciación de un Onfalocele. Adicionalmente, se asoció a atresia ileal y agenesia parcial de intestino delgado y grueso. Hallazgos que nos llevan a concluir que este caso además de ser una gastrosquisis compleja tuvo una rara asociación de hallazgos no descrita en la literatura revisada.

Conclusión:

El caso aquí reportado presento una gastrosquisis compleja asociado a otras anomalías no reportadas en la literatura.

Palabras clave: Gastrosquisis, pared abdominal, complicaciones.

**OPP-37**

# REPORTE DE CASO: MANEJO CONSERVADOR EN EMBARAZO TRIGELAR CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN FETOS PREVIABLES

**AUTORES:** Reyes-Neira RF [1], Celis-Díaz CA [2], Gutiérrez-Sánchez LA[1, 2].
email: luangusa@hotmail.com, celular: 3103098593
**INSTITUCIÓN:** 1. Universidad Industrial de Santander; 2. Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Santander, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La frecuencia de ruptura prematura de membranas (RPM) es mayor en las gestaciones múltiples, lo que aumenta la morbimortalidad según la literatura. El objetivo del manejo expectante es maximizar la edad gestacional; sin embargo, la RPM prolongada está asociada con mayor riesgo de infección materna y fetal. En la práctica clínica el límite de viabilidad son las 24 semanas. Se expone el caso de manejo conservador de una paciente con embarazo trigelar con RPM en fetos previables y se presentan los resultados postnatales. Pocos casos han sido reportados de casos similares, por lo que se de interés científico esta presentación.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Gestante de 33 años, G2A1; embarazo bicorial triamniótico de 14,6 semanas, quién ingresa a Hospital Universitario de Santander por cuadro clínico de ruptura de membranas y ultrasonido con anhidramnios en el feto C; los fetos A y B tenían líquido normal. Se hace manejo conservador de embarazo por solicitud de paciente, consistente en seguimiento por consulta externa de Medicina Maternofetal. Se presentó colestasis intrahepática en semana 25, manejado con ácido ursodesoxicólico. Ingresa a Urgencias en semana 27 por trabajo de parto pretérmino; se indica maduración pulmonar. La curva de crecimiento fetal era normal a pesar de oligohidramnios del feto C. En semana 28,1 por sospecha de corioamnionitis se lleva a cesárea.

**RESULTADOS:** Tres recién nacidos (RN) vivos masculinos, quienes presentan síndrome de dificultad respiratoria por lo que reciben surfactante exógeno y ventilación mecánica invasiva. RN A 1060 gr, talla: 37cms, Apgar 5 al minuto y 9 a los 10; fallece al tercer día de vida por choque hipovolémico secundario a hemorragia masiva por CID. RN B 1160 gr, talla 37 cms, Apgar 8 a uno y 10 minutos; presenta ductus arterial persistente que cierra sin complicaciones. RN C 1510 gr, talla 35 cms, Apgar 5 al minuto y 8 a los diez; sepsis temprana con manejo antibiótico y evolución satisfactoria.

**DISCUSIÓN:** En la literatura se reporta un caso de RPM en embarazo trigelar en semana 14 con manejo expectante; sin embargo, un feto falleció en semana 15 y los otros dos nacieron a las 37 sin complicaciones; no hay reporte de corionicidad y si el feto fallecido fue el afectado por la RPM. La morbimortalidad fetal está relacionada con la edad gestacional al nacer, no con el momento de la RPM, aumentando significativamente en productos <1500 gramos. En un meta-análisis de Cochrane, la complicación más frecuente es la enfermedad por membrana hialina asociado a la sepsis neonatal.

**CONCLUSIÓN:** Debe considerarse en la práctica médica y ante solicitud de la paciente, manejo expectante en embarazos trigelares con RPM previables, conociendo el riesgo aumentado de morbimortalidad materna y fetal.

**PALABRAS CLAVE:** Ruptura prematura de membranas. Embarazo triple. Embarazo múltiple.

**OPP-38**

# CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, EN EL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR EN EL PERIODO 2013- 2015.

Bueno-Leguizamón A, Rodríguez-Ortiz J.
andreitabueno@hotmail.com, 3108509774.
Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia.

*Introducción.* Las complicaciones relacionadas con la gestación siguen siendo un importante problema de salud pública en el mundo. Cada año mueren 585.000 mujeres durante la gestación, el parto o el puerperio. Se presentan cerca de 50 millones de problemas en salud materna anualmente y aproximadamente 300 millones de mujeres sufren, a corto y largo plazo, de enfermedades y lesiones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. El objetivo de éste estudio es realizar una caracterización de la población gestante que cumpla con los criterios de morbilidad materna externa (MME) en el Hospital Simón Bolívar.

*Materiales y Método***.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Obstetricia entre el 2013 y 2015. Se describieron variables tales como sociodemográficas, ginecoobstétricas y los criterios diagnósticos de MME. Estudio clasificado sin riesgo según la Ley 8430 de 1993 del Ministerio de salud, con protección de información para las pacientes incluidas.

*Resultados.* La edad mediana fue de 25 años (un rango de 14 a 45), de los cuales el 42% eran edad de alto riesgo. El 92% de las pacientes fueron desembarazadas, de las cuales 77 requirieron cesárea. El principal diagnóstico asociado fue el trastorno hipertensivo del embarazo en un 83% (91 pacientes). Las principales disfunciones orgánicas fueron vasculares en un 88.9% seguida por las hematológicas en un 50,4%. El 40% requirieron manejo en UCI.

*Conclusión.* En conclusión se encontró una incidencia de MME del 24 por 1000 nacimientos, siendo mayor que la reportada en la literatura. Dado que la morbilidad materna extrema, es un problema de salud pública y tiene una alta incidencia en nuestra población objeto, se deben buscar intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad materna enfocándose en las mujeres en categoría de riesgo, para así detener la progresión de la complicación de la mujer y prevenir la muerte materna.

*Palabras clave.* Embarazo, mortalidad materna, morbilidad, indicadores de morbimortalidad.

**OPP-39**

# EVALUACIÓN DEL PLAQUETOCRITO Y VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO PLAQUETARIO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA LEVE Y PREECLAMPSIA SEVERA DEL HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR ESE, TERCER NIVEL, ENTRE ENERO 2013 Y NOVIEMBRE 2017

Sebastián Hinestroza Antolinez. $MD_1$, Jorge Augusto Rodríguez Ortiz MD, Mortimer Arreaza G. $MD_2$,
*Departamento de obstetricia y ginecología, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia*.

## Resumen

**Introducción:** La preeclampsia es la principal causa de morbimortalidad materna. Existen varias hipótesis causales como teorías inmunológicas, genéticas, estrés oxidativo y mala adaptación placentaria por una inadecuada invasión trofoblastica. En los últimos años se han evaluado varios índices hematológicos como el plaquetrocito y volumen corpuscular medio plaquetario para predicción de preeclampsia.

**Objetivo**: Determinar los indicadores de prueba diagnóstica del plaquetocrito y volumen corpuscular medio plaquetario como predictor de preeclampsia leve y severa.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 380 pacientes de las cuales 105 fueron preeclampsia leve y 274 preeclampsia severa.

**Resultados:** En el grupo de preeclampsia leve el plaquetocrito tuvo una sensibilidad del 61%, una especificidad del 21%, un valor predictivo positivo del 23% y valor predictivo negativo del 59%, con un área bajo la curva de 0.592, y el volumen corpuscular medio plaquetario tuvo una sensibilidad del 64%, una especificidad del 45%, un valor predictivo positivo del 31% y valor predictivo negativo del 77%, con un área bajo la curva de 0.538. En el grupo de preeclampsia severa el plaquetocito tuvo una sensibilidad del 78 %, una especificidad del 39%, con un valor predictivo positivo 77% y valor predictivo negativo 41%, con un área bajo la curva de 0.41., mientras que el volumen corpuscular medio tuvo sensibilidad del 55%, especificidad del 37%, valor predictivo positivo del 69%, valor predictivo negativo del 24 %, con un área bajo la curva de 0.46.

**Conclusión:** El plaquetocrito tuvo mayor sensibilidad y mejor valor predictivo positivo comparado con el volumen corpuscular medio plaquetario, pero sigue siendo muy bajo para tomar conductas basados en estos dos parámetros.

Palabras clave: Preeclampsia severa. Plaquetocrito. Volumen corpuscular medio plaquetario. Predicción.

**OPP-41**

## ACRETISMO PLACENTARIO EN SOSPECHA DE ANEUPLOIDÍA

**AUTORES:** Gutiérrez- Sánchez LA. Sandoval-Martínez DK.
Email: luangusa@hotmail.com
Celular: 3103098593
**INSTITUCIÓN**: Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Acretismo placentario(AP) es la inserción anormal de la placenta secundario a ausencia total o parcial de la decidua en el útero. El percretismo es una variedad de AP asociado a factores de riesgo maternos (cesáreas previas) y que genera alta morbimortalidad materna. La literatura científica menciona la posible asociación entre acretismo placentario y alteraciones en los parámetros bioquímicos para aneuploidía sin descripciones de casos en que coincidan estos dos hallazgos. Este es un reporte de caso de gestante con acretismo placentario y hallazgos morfológicos que sugieren alteración cromosómica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Gestante de 34 años, G4C2A1V2 con embarazo de 20.4 semanas, controles prenatales presentes, sin antecedentes de importancia (niega alcoholismo, uso de anticonvulsivantes, alteraciones genéticas familiares), ingresa para realización de ecografía de III nivel cuerpo calloso hipoplásico, fisura labial bilateral y paladar hendido, levocardia, eje cardiaco a 100 grados, comunicación interventricular (civ) de 3.1 mm, onfalocele (hígado en su interior) y doppler de placenta: acretismo placentario variedad percreta, paciente solicita interrupción voluntaria del embarazo (riesgo materno y pronóstico fetal). Se realiza cesárea + histerectomía. Durante procedimiento quirúrgico se identifica compromiso placentario que se extiende a serosa de vejiga requiriendo cistectomía parcial con adecuada evolución sin complicaciones ulteriores.

El estudio anatomo-patológico del útero, la placenta y el cuerpo fetal muestra como resultado útero grávido con placenta previa percreta en región del segmento con evidencia de músculo vesical adherido a la superficie uterina y feto de 20 semanas por biometría con hallazgos de restricción del crecimiento, microcefalia, pabellones auriculares dismórficos, fisura labiopalatina bilateral, onfalocele, disgenesia del cuerpo calloso, CIV de 3mm, lobulación anormal pulmonar y pie equinovaro derecho, sugestivo de cromosopatía de tipo T18, se tomaron muestras de cariotipo pendientes en el momento de realizar este informe.

**RESULTADOS:** La positividad para biomarcadores combinados para aneuploidía en primer trimestre, han sido también relacionados con placentación invasiva, generando falsos positivos para alteraciones cromosómicas y pueden orientan más a la presencia de posibles alteraciones en la placentación, específicamente para acretismo placentario. El uso de palabras clave: accreta placenta, aneuploidy, trisomy, genetic disorders, en diferentes bases de datos, no arrojó reportes de caso que cumplan directamente con estas asociaciones. En el presente caso, nosotros encontramos a la evaluación por ultrasonografía y morfológica, hallazgos de dismorfismo fetal que fueron incluidos en OMIM y PHENOMIZER, identificándose que los hallazgos morfológicos están relacionados dentro de las primeras causas con triploidias, trisomía 18, o posibles mutaciones puntales en genes específicos (tiene pendiente reporte de cariotipo).

**CONCLUSIÓN:** Este reporte de caso permite describir por primera vez la asociación de acretismo placentario con alteraciones morfológicas que sugieren posible aneuploidía.

**PALABRAS CLAVE:** Acretismo placentario, aneuploidía, desordenes genéticos.

**OPP-42**

# HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PLACENTAS DE GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PRETÉRMINO DE MEMBRANAS

**AUTORES**: Mejía-Casadiegos F, Sandoval-Martínez D, Díaz-Martínez L
fabianandresmejia@hotmail.com tel. 3183920299
**INSTITUCIÓN:** UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, SANTANDER, COLOMBIA

**INTRODUCCIÓN:** La ruptura pretérmino de membranas (RPM) ocurre previa a la semana 37 de gestación y se asocia a mayor morbi-mortalidad materna y perinatal. La causa más estudiada ha sido la infección intra-amniótica, sin embargo su incidencia es inversa a la edad gestacional: existe en la mayoría de los nacimientos pretérminos extremos y solo en el 16% posterior a la semana 34. Teniendo en cuenta que la infección intra-amniótica es la causa más aceptada de RPM y que su incidencia disminuye en el periodo de parto pretérmino tardío, sugiriendo otros eventos desencadenantes, el objetivo de este estudio fue realizar un análisis bivariado clínico-patológico de madres con RPM por grupos de edad gestacional.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Este estudio es descriptivo de tipo transversal. Se incluyeron todas las placentas de gestaciones con único feto vivo y con diagnóstico de RPM tratadas en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, durante el año 2016. Se excluyeron las placentas de partos con maniobras abortivas, muerte fetal y acretismo. Posteriormente se realizaron análisis univariados y bivariados, estableciendo medidas de tendencia central y dispersión. Este análisis se llevó acabo en tres grupos de edad gestacional establecidos. Las diferencias se evaluaron por medio de la prueba estadística indicada, aceptando como significativas las diferencias con valor $P<0.05$. La aprobación ética fue obtenida por el comité de la Universidad Industrial de Santander.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 65 pacientes: 6 (9.2%) de 22.0 – 29.6 semanas, 12 (18.5%) de 30.0 – 33.6 semanas y 47 (72.3%) de 34.0 – 36.6 semanas. Durante su hospitalización, 9 (13.8%) fueron diagnosticadas con corioamnionitis aguda clínica (CAC). En 30 casos (46.2%) se observó corioamnionitis aguda histológica (CAH) y en 6 casos (9.2%) corioamnionitis crónica. En el análisis bivariado entre los grupos con y sin CAH se observaron diferencias significativas entre los grupos gestacionales establecidos (valor $p=0.027$) y la corioamnionitis crónica (valor $p=0.017$). También se evidenció que el 66.7% de los casos con corioamnionitis crónica se presentaron en el periodo de parto pretérmino tardío. Adicionalmente en el análisis bivariado entre los grupos con y sin respuesta inflamatoria fetal se encontró una diferencia significativa de los casos con CAC (valor $p=0.015$).

**CONCLUSIÓN:** La CAH fue más frecuente en las edades gestacionales tempranas, tal como ha sido descrito en la literatura. Por otro lado, los casos de corioamnionitis crónica se evidenciaron predominantemente en el periodo de parto pretérmino tardío, apoyando eventos de rechazo inmunitario materno fetales descritos por otros autores. Adicionalmente, los casos diagnosticados de CAC evidenciaron mayor frecuencia de CAH con respuesta inflamatoria fetal, sugiriendo que el diagnóstico clínico se asocia a mayor morbi-mortalidad fetal.

**PALABRAS CLAVE:** Ruptura pretérmino de membranas, corioamnionitis aguda histológica, corioamnionitis clínica.

**OPP-43**

# HALLAZGOS PLACENTARIOS EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA TEMPRANA O TARDÍA, Y SU RELACIÓN CON RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

**Rangel L, Sandoval D, Rueda L, Garcés C, Beltrán M.**

Departamento de ginecoobstetricia y patología, escuela de medicina, facultad de salud, universidad industrial de Santander/ universidad industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia (PE) es una de las complicaciones más comunes del embarazo, generando gran impacto materno-fetal. Se clasifica en temprana y tardía, con corte a las 34 semanas de gestación, siendo una de las condiciones más relacionadas con la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), sobre todo en PE temprana, sugiriendo que ambas tienen diferentes vías fisiopatológicas y pronóstico.

El estudio histopatológico de placentas incluye análisis de la vasculatura materna y fetal. Estos hallazgos son la primera expresión para desarrollar signos clínicos de PE temprana y tardía, teniendo diferentes consecuencias para el feto y la madre, con 10 y 2 veces más riesgos en PE temprana y tardía respectivamente. Si estos resultados histopatológicos se extrapolan a una futura gestación, se podrían identificar factores de riesgo asociados, que pudieran ser parcialmente modificados o generar alarma para un seguimiento más estricto.

El objetivo de nuestro estudio fue estimar la prevalencia de alteraciones histopatológicas de la suplencia vascular materna o fetal en placentas de embarazos con PE temprana o tardía y su relación con RCIU.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo prolectivo, de pacientes con PE según ACOG, con nacimientos en el Hospital universitario de Santander durante 2017 y estudio histopatológico placentario. Se incluyeron pacientes con embarazo único, edad gestacional confiable y sin alteraciones ecografías sugestivas de anomalías estructurales, patología placentaria, anomalías de la implantación placentaria u óbito fetal. Se excluyeron casos de infección placentaria. Se tomaron 5 muestras (cordón umbilical, disco placentario y membranas corioamnióticas), estudiadas con tinciones usuales. El análisis inicial fue de tipo exploratorio y de comportamiento de los datos, comparando entre las variables PE temprana con y sin RCIU y PE tardía con y sin RCIU.

**RESULTADOS:** Se analizaron 124 pacientes, 100 (80.6%) con preeclampsia tardía y 24 (19.4%) con preeclampsia temprana; 5 (20.8%) de las tempranas y 15 (15.0%) de las tardías presentaron RCIU. Según criterios histopatológicos, 71 (57.3%) mostraron malperfusión vascular materna y 20 (16.1%) malperfusión vascular fetal. Veintiuno (87;5%) de las tardías tenían mal perfusión materna frente a 50 (50,0%) de las tempranas, esta proporción fue de 3 (12.5%) versus 17 (17.0%) en relación con malperfusión fetal respectivamente. La prevalencia de malperfusión materna o fetal entre las pacientes con RCIU fue de 14 (70.0%) y 4 (20.0%), mientras que entre las pacientes sin RCIU fue de 57 (54.8%) y 16 (15.4%) respectivamente.

## CONCLUSIONES

La PE temprana tiene mayor número de casos de RCIU y presencia de malperfusión vascular materna. La PE tardía presentó mayor incidencia de malperfusión fetal.

El RCIU presenta más cambios relacionados con mal perfusión vascular materna, lo cual coincide con su mayor presencia en PE temprana.

**PALABRAS CLAVE:** Preeclampsia; Retardo del crecimiento fetal; placenta.

**OPP-45**

# TRATAMIENTO EXITOSO DE HIDROPS FETAL NO INMUNE, SECUNDARIO A INFECCIÓN CONGÉNITA POR SIFILIS, CON PENICILINA ENDOVENOSA. REPORTE DE CASO.

Camacho A, Niño R, Caicedo C.
(Camacho.andresm@gmail.com, celular: 3202364796)

Institución: USS victoria. Bogotá DC. Colombia.

## INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita, es la infección congénita más prevalente a nivel mundial, y su incidencia va en aumento de acuerdo a los últimos reportes en los Estados Unidos. Los hallazgos más frecuentes en ultrasonido en la afectación fetal son la hepatomegalia y la placentomegalia. Se han descrito casos de anemia e hidrops fetal como hallazgos poco frecuentes en el diagnóstico prenatal. Presentamos el reporte de un caso de un feto de 28 semanas con anemia fetal leve, derrame pericárdico, ascitis, hepatomegalia y oligoamnios, secundario a infección congénita por sífilis; debido a la gravedad de la presentación clínica se dio tratamiento con penicilina cristalina endovenosa, con un resultado exitoso.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte de caso.
Mujer de raza negra de 26años, G2P1CoV1, que asiste al servicio de urgencias con gestación de 28,4 semanas por dolor pélvico.
En la valoración ecográfica se evidencia feto con restricción de crecimiento fetal, oligoamnios, hepatomegalia, ascitis, derrame pericárdico e hidrocele. Doppler fetal anemia fetal leve, y perfil hemodinámico fetal normal.

Paraclínicos: RPR positivo, VDRL positivo en 1024 diluciones. Se realiza diagnóstico de sífilis latente indeterminada, con afectación fetal. Se decide tratamiento con penicilina cristalina por 14 días. La paciente evoluciona de manera satisfactoria y la valoración fetal evidencia desaparición del derrame pericárdico, de la ascitis y la normalización del líquido amniótico y del doppler de arteria cerebral. Se realiza seguimiento ecográfico semanal, en semana 38 inicia trabajo de parto, y preeclampsia, se obtiene recién nacido de sexo masculino, de 2325 gramos. Evolución materna satisfactoria, recién nacido es hospitalizado para tratamiento neonatal y se da de alta a los15 días, con evolución satisfactoria.

## CONCLUSIÓN

No existe un nivel de evidencia para la recomendación del régimen de penicilina en casos de afectación severa fetal por sífilis, Reportamos un caso de tratamiento de un feto con afectación grave , con anemia fetal leve, hidrops y oligoamnios por sífilis, tratada con régimen no convencional de altas dosis de penicilina con resultado exitoso.

**PALABRAS CLAVE:** SIFILIS CONGENITA – HIDROPS FETAL – PENICILINA.

**OPP-46**

# REPORTE DE UN CASO: EMBARAZO GEMELAR CON MOLA Y RECIÉN NACIDO VIVO.

Diana Lucía Zárate[1], Rodolfo Andrés Martínez[2]
1. Residente IV Año, Departamento Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
2. Ginecólogo y Perinatología, Departamento Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) consiste en un grupo de entidades neoplásicas que tiene origen a nivel del tejido trofoblástico posterior a una fecundación normal o anormal. La mola incompleta en más común en abortos espontáneos mientras que la mola completa en más frecuente en interrupciones selectivas de la gestación. El riesgo de enfermedad trofoblástica persistente es mayor luego de una mola completa (10-20%) comparado con la mola incompleta (0.1-11%). Igualmente la probabilidad de requerir tratamiento con quimioterapia es mayor luego de una mola completa comparado con una mola incompleta (8-15% Vs 1.5-6% respectivamente). El mayor riesgo establecido para requerir quimioterapia luego de un embarazo molar es la edad materna (menores de 20 años y mayores de 40 años). Las mujeres con molas incompletas o parciales no suelen tener las manifestaciones clínicas características de un embarazo molar completo (a menos que el diagnóstico se difiera hasta el segundo trimestre). En general estas pacientes acuden con los mismos signos y síntomas de un aborto incompleto y el diagnóstico de mola incompleta sólo puede establecerse después de la revisión histológica del material obtenido por curetaje. El tratamiento de elección en estas pacientes es la evacuación uterina o realización de histerectomía abdominal total en caso de paridad satisfecha, para disminuir así el riesgo de enfermedad trofoblástica persistente.
Materiales y métodos. Reporte de Caso. Paciente de 30 años G2P1 quien consulta con gestación de 9.5 semanas por amenaza de aborto. Se identifica imagen ecográfica de embrión vivo en la imagen adyacente en tormenta de nieve. Se decide la realización de biopsia de vellosidades coriónicas que reporta cambios compatibles con mola hidatiforme, feto con cariotipo 46 XX. Paciente no desea la interrupción de la gestación por lo cual se hace seguimiento por servicio de perinatología hasta semana 39. Se realiza cesárea programada, obteniendo un recién nacido vivo, femenino de 3320 g y Ballard de 37 semanas. Reporte de patología de la placenta no es concluyente frente enfermedad trofoblástica gestacional vs hiperplasia mesenquimal. Se negativiza BHCG en un mes, se realiza seguimiento por ginecología oncológica por 6 meses adicionales y se da de alta.
Resultados. En nuestra institución la atención de este caso raro, llego a un embarazo a término controlado por el servicio de perinatología. Con resultado perinatal y materno favorable.
Conclusiones. El embarazo gemelar con mola a pesar de ser un evento de muy alto riesgo es susceptible de diagnosticar desde etapas muy tempranas de la gestación. Su pronóstico materno fetal depende de un oportuno diagnóstico y adecuado seguimiento.
Palabras clave: embarazo gemelar, embarazo molar, perinatología, biopsia vellosidades coriónicas.

**OPP-47**

# CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER DURANTE EL AÑO 2017

Laura Carolina Moreno Pedraza, María Angélica Mendoza Cáceres, Carlos Hernán Becerra Mojica, Luis Alfonso Díaz Martínez. lauramorenop17@gmail.com

Departamentos de Ginecología y Obstetricia y de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander (UIS); Hospital Universitario de Santander (HUS), Bucaramanga, Colombia.

Introducción y Objetivos. Describir las características clínicas y desenlaces materno-fetales de las pacientes con trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THAE) atendidas en el Hospital Universitario de Santander durante el primer semestre del 2017.

Materiales y métodos. Se evaluaron 285 historias clínicas de mujeres en estado de embarazo o puerperio registradas en el sistema de facturación del HUS con un diagnóstico compatible o de sospecha de THAE (preclampsia –PE–, eclampsia, hipertensión gestacional o hipertensión crónica con o sin PE sobreagregada, síndrome HELLP y THAE a clasificar). Fueron excluidas las pacientes que tras la revisión de las variables determinadas no clasificaban para THAE y aquellas que no poseían los datos suficientes para ser clasificadas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del HUS.

Resultados. Se excluyeron 104 historias (45 eran pacientes duplicadas, 25 no tenían THAE, 12 no estaban embarazadas, 7 eran hombres y 15 no fueron clasificables como THAE dado que permanecieron tiempo insuficiente en el HUS para poder ser evaluadas plenamente. Así, 181 pacientes fueron clasificadas: 136 (75.1%) como con PE, 34 (18.8%) con hipertensión gestacional, 11 (6,07%) con hipertensión crónica, de la cuales 7 (3.9%) desarrollaron preeclampsia sobreagregada; 123 (86.0%) de las PE eran severas y 26 (18.1%) precoces. La edad de las madres osciló entre 14 y 44 (mediana 24, RIQ 20 a 31) años; 79 (43.7% eran primigestantes. Veintiocho (15.5%) eran obesas, 6 (3.3%) tenían embarazo gemelar, 14 (7.7%) tenían historia familiar de THAE y 12 (6.6%) sufrieron diabetes gestacional. Entre las no primigestantes, 28 (27.5%) tenían historia de THAE en un embarazo previo y 29 (28.4%) de primipaternidad. Solo 34 (18.8%) pacientes habían tenido control prenatal de inicio adecuado. En total, 150 (82.9%) pacientes necesitaron una hospitalización antes de terminar el embarazo; 27 (14.9%) presentaron RCIU, 16 (8.8%) necesitaron de UCI, 18 (9.9%) tuvieron síndrome HELLP y 7 (3.9%) eclampsia; 15 (8.3%) sufrieron hemorragia postparto. Tres (1.6%) de los 184 fetos fueron óbito y tres (1.6%) más nacieron con Apgar inferior a 7. No se presentaron muertes maternas.

Conclusiones. La preeclampsia fue el THAE más frecuente en nuestra población, con preeclampsia de predominio tardío y severo; lo cual podría relacionarse con el nivel de complejidad del HUS. Se identificaron características comunes, como el ser primigestante y el control prenatal inadecuado. Adicionalmente se destacaron pacientes con patologías de base o factores de riesgo, en algunos casos modificables, que presentaron con mayor frecuencia complicaciones. Finalmente, se evidenció el impacto en los desenlaces neonatales como parto pre término y bajo peso al nacer, dada la necesidad de terminar la gestación para evitar complicaciones materno-fetales.

**OPP-48**

# UNIDAD DE ALTA DEPENDENCIA OBSTETRICA COMO MODELO DE GESTION DEL RIESGO PERINATAL. DESCRIPCION DE LA COHORTE - AÑO 2017 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA BOGOTA DC. COLOMBIA.

Rodolfo.Martinez@javeriana.edu.co
Coordinador Unidad de Medicina Materno Fetal
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO – PONTIFICIA UNIVERSIDA JAVERIANA
Bogotá DC - Colombia

## INTRODUCCIÓN

La Unidades de Alta Dependencia Obstétrica- UADO - Son una propuesta para el manejo de las pacientes con Morbilidad Materna Extrema. El Hospital Universitario San Ignacio en la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá - Colombia, decide la construcción y puesta en funcionamiento de un modelo organizado para el manejo de Gestantes con muy alto riesgo materno/fetal y neonatal. Se presentan los resultados del análisis de la cohorte de las pacientes atendidas entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de Diciembre de 2017.

## MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una revisión de la base de datos e Historias Clínicas de todas las gestantes que requirieron manejo en la UADO en el HUSI. Se presentan en tablas y diagramas así como los gráficos de las tendencias mes a mes de los datos epidemiológicos relevantes, patologías identificadas y resultados perinatales, Por tratarse de un estudio observacional - análisis de Historias Clínicas no presenta riesgo alguno para las pacientes. Los autores aseguran la confidencialidad de los datos de las pacientes incluidas. Los autores declaran que no poseen conflicto de interés en relación con el presente estudio. La presentación de los datos cuenta con la aprobación del comité de investigación institucional.

## RESULTADOS

Durante el periodo de inicio de nuestra Unidad de Alta Dependencia- Enero a Diciembre de 2017, fueron hospitalizadas 516 pacientes que corresponden al 55% de las pacientes hospitalizadas en la Unidad de Medicina Materno Fetal de la Institución.

El índice de ocupación estuvo por encima del 75%. El 85% de nuestras pacientes pertenecen al régimen contributivo. El 27% de los ingresos a la UADO proviene de remisiones de la red de Bogotá DC seguido de Cundinamarca y el resto del país.

El 70% de las gestantes están en el grupo de 20 - 34 años. El 37 % de los ingresos presentaron eventos clasificados como Morbilidad Materna Extrema.

Los trastornos hipertensivos fueron el 34% de los ingresos a la UADO seguido por el parto pre-término, la hemorragia obstétrica y la hemorragia durante el embarazo. No se presentaron muertes maternas.

## CONCLUSIONES

Las Unidades de Alta Dependencia Obstétrica son un concepto relativamente nuevo en Colombia, su implementación es una de varias estrategias importantes dentro del programa para la disminución de la Mortalidad Materna y el impacto que pueda tener en el corto mediano y largo plazo la Morbilidad Materna Extrema.

Su organización e implementación permite concentrar el Recurso Humano, aprovechar de manera eficiente la tecnología y articular equipos de trabajo multidisciplinarios alrededor de un grupo de pacientes con un riesgo muy elevado dentro de una institución, sirve como mecanismo de coordinación del flujo de pacientes en el sistema.

El conocimiento del perfil de pacientes permite establecer modelos de gestión clínica, asignación de recursos y organización de equipos altamente entrenados y motivados para la gestión del riesgo obstétrico.

**PALABRAS CLAVE**
Morbilidad Materna Extrema- Unidad de Alta Dependencia - Unidad de Medicina Materno Fetal.

**OPP-49**

**PÉRDIDA RECURRENTE DE LA GESTACIÓN: ¿EXISTE LA CAUSA IDIOPÁTICA?**

**AUTOR(ES):** Cubillos J (1) *, Puccini G (1), Ruiz H (1), Arango A (1), Mendoza JC (1)

**INSTITUCIÓN:** Asociados en Reproducción Humana. Bogotá, Colombia. *Correo electrónico: jcubillos@asociadosenreproduccion.com Tel: 6330303*

**INTRODUCCIÓN:** La pérdida recurrente de la gestación (PRG) se define como la pérdida espontánea de dos o más embarazos antes de que el feto tenga viabilidad (menos de 24 semanas) y tiene una prevalencia de 1 a 5% de los embarazos.
En la literatura se describen causas anatómicas, endocrinológicas, infecciosas, genéticas e inmunes relacionadas con la PRG, pero aún hasta un 40% de las pacientes son clasificadas como PRG idiopática, lo cual puede deberse a que no son estudiadas inmunológicamente de manera rutinaria, no recibiendo el tratamiento adecuado.
El objetivo de este trabajo es mostrar que la incidencia de la PRG idiopática es mucho menor a lo mencionado en la literatura, dado que las anomalías inmunes están presentes hasta en un 80 % de este grupo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes estudiadas por nuestro equipo médico durante el periodo comprendido entre los años 1989-2017 (28 años).
Se incluyeron 3162 pacientes con diagnóstico de pérdida recurrente de la gestación con un promedio de edad de 34.6 ± 4.6 y antecedente de 3 ± 1 abortos. Todas se estudiaron rutinariamente para clasificarlas de acuerdo con la causa (anatómica, endocrina, infecciosa, genética o idiopática). Aquellas en las que se encontró la causa fueron tratadas de acuerdo con la patología y las de causa idiopática fueron estudiadas para descartar causas inmunes. De las 3162 pacientes, 1887 quedaron clasificadas como PRG idiopática y son las que conforman nuestro grupo estudiado.

**RESULTADOS:** De las 3162 pacientes con PRG, 1887(59.7%) se clasificaron como PRG idiopática.
A estas 1887 pacientes se realizaron estudios inmunológicos para PRG, los cuales incluyeron para autoinmunidad: anticuerpos antinucleares, anticuerpos antifosfolípidos IgG e IgM contra (cardiolipina, fosfatidiletanolamina, fosfatidilserina, fosfatidilglicerol, ácido fosfatídico e inositol) y anticuerpos antitiroideos (anti-tiroglobulina y anti-peroxidasa) y para aloinmunidad: anticuerpos contra leucocitos paternos.
Se encontraron inmunopatías en 1526 pacientes (80.9%) distribuidas así: aloinmune: 922 (60.4%), autoinmune y aloinmune: 370 (24.2%) y solo autoinmune: 234 pacientes (15.3%) quedando con el diagnóstico de PRG idiopática en sólo 361 (19.1%) de las pacientes estudiadas.

**CONCLUSIONES:** El factor inmunológico participa en todos los procesos reproductivos y como tal influye directamente en el éxito o fracaso del embarazo; por lo tanto, debe ser tenido en cuenta como parte del estudio inicial de la paciente con PRG. El inadecuado reconocimiento al embarazo puede tener diferentes causas relacionadas con activación de genes que medien su aceptación donde factores inmunológicos y epigenéticos (ambientales, estilo de vida) tienen una influencia directa.
Un adecuado diagnóstico donde se incluyan parámetros clínicos y de laboratorio bien seleccionados ayudará a proveer a las pacientes el beneficio de un tratamiento escogido bajo una indicación médica, reduciendo así el número de pacientes diagnosticadas con causa idiopática y cuya opción terapéutica será el azar.

**Palabras clave:** Pérdida recurrente gestacional, Idiopática, Inmunológica, Autoinmune, Aloinmune.

**OPP-50**

# DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MATERNO, A PARTIR DE HALLAZGO DE ARRITMIA CARDIACA FETAL

Aragón-Calapzú F.A. (faragon85@hotmail.com), Caicedo Y.A, Quintero-Mejía J.

Unidad de Diagnóstico Prenatal, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali – Colombia.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**. El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune, crónica, multisistémica de evolución clínica variable, afecta principalmente a las mujeres en edad fértil, el embarazo se asocia con complicaciones como parto prematuro, restricción de crecimiento fetal, preeclampsia y lupus neonatal, el riesgo de reactivación de la enfermedad es el mismo que la población no embarazada. El bloqueo auriculoventricular congénito es una lesión del tejido de conducción cardíaco que surge antes del nacimiento, que produce una alteración de la transmisión de los impulsos auriculares a los ventrículos. Puede aparecer de forma aislada o familiar, presentando una incidencia variable 1/2.500 y 1/20.000 neonatos, puede acompañarse con una cardiopatía estructural, en casos de anatomía cardíaca normal, es frecuente su asociación a enfermedades autoinmunes maternas, se asocia especialmente a LES y/o a la presencia de autoanticuerpos (AC) anti-Ro y anti-La. En la literatura reportan 80 – 94 % la presencia de anticuerpos anti-Ro y anti-La en suero matero, en fetos con BAV. Los anticuerpos (igG) actúan en las células musculares lisas y el sistema de conducción, produciendo una reacción inflamatoria con degeneración fibrosa. El diagnóstico prenatal se realiza mediante ecografía y ecocardiografía fetal, el 80% antes de las semana 30. Son muchas las controversias, en relación al tratamiento médico, monitorización fetal, finalización, vía de nacimiento, tratamiento profiláctico y manejo neonatal.

**MATERIALES Y MÉTODOS**. CASO CLÍNICO: Primigestante de 30 años, sin antecedentes patológicos, con embarazo de 23 semanas, ecografía en la cual reportan bradicardia fetal, ecocardiograma y evaluación en modo M, en la cual se observan discordancia en la contracción de la aurícula y ventrículo fetal, diagnostico BAV, sin alteración estructural, por la asociación con autoinmunidad, se solicitan anticuerpos maternos, los cuales son positivos, realizando el diagnóstico de LES materno, hallazgo adicional de RCIU, nacimiento programado, valorado por cardiología ordena aplicación de marcapasos externo, sin complicaciones quirúrgicas.

**RESULTADOS**. El bloqueo aurículo ventricular (BAV) es una entidad con una incidencia variable, pero que se puede diagnosticar con el uso de la ecografía. No existe consenso referente al seguimiento, finalización y vía. Los fetos que presentan BAV, pueden presentar RCIU, falla cardiaca, por lo cual el seguimiento es necesario, los neonatos afectados por BAV deben ser evaluados por cardiología. BAV sin alteraciones estructurales, se asocia con anticuerpos anti –Ro y anti-La positivos hasta el 80%, al encontrar este hallazgo se deben solicitar a la madre, en nuestro caso se hace el diagnóstico de novo LES, implica seguimiento por alto riesgo obstétrico, además por otras especialidades.

**CONCLUSIONES.** El obstetra dentro de la evaluación fetal, atender el ritmo fetal, en caso de sospechar una alteración apoyarse en herramientas como el modo M, en caso de no evidenciar anormalidad estructural, deben tener en cuenta la asociación con anticuerpos

maternos, se resalta la importancia del hallazgo fetal para el diagnóstico de una patología materna.

**PALABRAS CLAVE:** Bloqueo auriculoventricular. Lupus eritematosos sistémico.

**OPP-51**

# TAMIZAJE DE *Candida spp* EN GESTANTES DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

**Ortega-Ariza N, Campo-Urbina M, Gómez-Rodríguez L, Parody-Muñoz A.**
**Autor principal (Ortega-Ariza N): nortega@unimetro.edu.co, celular: 3145549614.**
**Universidad Metropolitana, Barranquilla-Colombia**

**INTRODUCCIÓN:** en el embarazo, los cambios fisiológicos y funcionales provocan en el ecosistema vaginal un ambiente rico en carbono propicio para el desarrollo de *Candida spp*, lo que predispone a las gestantes a altos índices de infección y recurrencias aumentando el riesgo para el feto. **Objetivo:** tamizar la portación de *Candida spp* en gestantes del Departamento del Atlántico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal, con un muestreo por conveniencia, en una institución prestadora de salud (IPS) del Departamento del Atlántico; se incluyeron 226 gestantes entre 35 y 37 semanas.

Previo consentimiento informado, se aplicó un instrumento de recolección de datos que incluía variables sociodemográficas y gineco-obstétricas. Se obtuvieron muestras de exudado de fondo de saco vaginal, utilizando: 1 escobillón en solución salina para montaje en fresco, medición de pH y prueba de aminas; otro escobillón para cultivo (medio de Suart) y 2 extendidos para Gram. Se excluyeron del estudio gestantes con tratamiento antimicrobiano y antimicóticos en los últimos 30 días, sangrado genital al momento del examen, discapacidad mental y tratamiento con fármacos inmunosupresores.

Para la detección microscópica de *Candida spp* y la respuesta inflamatoria vaginal (RIV) se utilizó fresco con solución salina, Gram y fresco con KOH al 10 %. Su aislamiento e identificación se realizó en medio cromogénico (CHROMagar Company, Paris, France), la producción de tubo germinativo y el uso de la galería API 20 C AUX (bioMérieux). Con base en los hallazgos microbiológicos del examen en fresco y Gram, la presencia de levadura + seudomicelio, con o sin RIV se consideró como candidosis.

**RESULTADOS**

De las 226 gestantes el 53% residían en Barranquilla; el 84% (190) tenían una edad promedio de 24,3 años (± 6,4 DS); el 75,2% había completado la secundaria y el 77,4% había iniciado su vida sexual entre 15 y 19 años. El valor promedio del pH en las muestras fue en un rango entre 3 y 4. La frecuencia de candidosis, fue del 19,9%, de estas la RIV sólo estuvo presente en el 20% de los casos y un 73,3% tenían cultivo positivo para *Candida spp*; con una frecuencia de *C. albicans* del 69,7% y 30,3% *Candida* no-*albicans*, (3 aislamientos correspondieron a *C, tropicalis).* El número promedio de compañeros sexuales en gestantes con *C.* no-*albicans* fue superior a 2.

**CONCLUSIONES**

La presencia de seudomicelio, en 97,8 % de las gestantes con candidosis, indican riesgo para corioamnioitis, síndrome de vestibulitis de vulva y parto prematuro. El seudomicelio, aumenta la capacidad invasiva de la levadura, la adherencia, resistencia a la fagocitosis y la citólisis celular en el hospedero.

La candidosis por *C.* no-*albicans* de 30,3 % en este estudio, sugiere la necesidad de incluir el tamizaje de Candida spp y su caracterización en gestantes, especialmente porque este grupo de levaduras, se asocia con recurrencia y resistencia al tratamiento estándar antimicótico utilizado.

**Palabras clave**: *Candida,* candidosis*,* levaduras.

**OPP-53**

## HIPERTENSIÓN PULMONAR Y EMBARAZO UNA COMBINACIÓN LETAL

Andrea Katherine Peña Castillo, Margarita María Crespo Camelo. Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia. Correo Electrónico: andrea.pc.89@hotmail.com

Introducción y Objetivos. Paciente de 25 años con falla ventilatoria súbita al octavo día de post operatorio de cesárea por bishop desfavorable sin antecedentes de importancia, en quien se diagnostica en ecocardiograma falla cardiaca derecha secundaria a hipertensión pulmonar suprasistémica evidenciada en cateterismo cardiaco y termina en circulación extracorpórea por falla cardiaca global que no responde a manejo médico, con posterior deceso de la misma. Analizar los mecanismos fisiológicos hemodinámicos del embarazo que le permitieron a una paciente con hipertensión pulmonar suprasistémica llegar al término de la gestación. Sin manejo farmacológico y sin diagnóstico previo.

Materiales y métodos. Revisión de caso de paciente que ingresa al servicio de ginecología y obstetricia de la Clínica universitaria Colombia - revisión de la literatura Cochrane, Pubmed, Lilacs, Scielo.

Resultados. Pacientes con dx de hipertensión pulmonar en edad fértil tienen contraindicada la gestación. Generalmente esta patología se exacerba en el puerperio mediato con la muerte de las pacientes. Los cambios fisiológicos cardiovasculares fueron los que le permitieron a la paciente sobrevivir a la gestación sin descompensación de su patología.

Conclusiones. El diagnóstico en la paciente fue confirmado mediante autopsia clínica evidenciando cambios en parénquima pulmonar compatibles con una hipertensión pulmonar ideopática. Además hipertrofia concéntrica de cavidades derechas que fue en últimas lo que llevo a la paciente a la falla cardiaca global y su muerte. Es indispensable optimizar la valoración en las pacientes durante el control prenatal, para poder dar manejo oportuno y detectar a tiempo patologías que comprometan su vida. + Definitivamente es de vital importancia concientizar a las pacientes con hipertensión arterial pulmonar que una gestación es una combinación letal.

**OPP-54**

# REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO: EMBARAZO ECTÓPICO GEMELAR TUBÁRICO, ORGANIZADO ABDOMINAL.

Autores: *Mosquera - Agudelo J. L / Hernández - Hernández G. A / Ramírez - Muñoz P.A (cel. 321 800 7410 – email drapaularamirez@gmail.com)*
*Institución: Clínica Versalles Cali valle del cauca, Universidad Libre de Colombia, seccional Cali, Valle del Cauca.*

*Introducción:* exponer un caso de embarazo ectópico gemelar tubárico, organizado abdominal en una gestante de aproximadamente 11 semanas, con inestabilidad hemodinámica, Cali, 2017.

Materiales y métodos: El presente estudio busca aproximar al ginecólogo y obstetra con una patología de poca incidencia como es el embarazo ectópico gemelar roto, pretendiendo un enfoque diagnóstico que permita sospechar la causa de manera precoz, siendo diagnosticado para su manejo oportunamente. Con la revisión de la literatura se observa la baja incidencia de la enfermedad, el abordaje clínico y el manejo que se puede realizar. La búsqueda se realizó en PUBMED, OVID, CLINICAL KEY, se incluyeron todos los artículos de embarazo ectópico en general, no se tuvo en cuenta el idioma. Las palabras clave Embarazo ectópico, Embarazo gemelar ectópico, embarazo abdominal para la búsqueda de la literatura.

Resultados: Se trata de una paciente de 36 años de edad, con diagnóstico inicial de aborto incompleto, con posterior diagnóstico de embarazo ectópico, quien llega al servicio de urgencias con inestabilidad hemodinámica la cual se interviene rápidamente, con hallazgos de 3000 cc de hemoperitoneo en cavidad abdominal, encontrándose dos fetos y estallido de la trompa derecha; se realiza control del sangrado y escisión de la pieza, con posterior recuperación de la hemorragia y la estabilidad hemodinámica. La paciente requiere unidad de cuidado especial obstétrico para su vigilancia hemodinámica, se requiere transfusión posterior a la cirugía de 2 unidades glóbulos rojos. Finalmente, la paciente mejora su cuadro clínico, y se da egreso.
Conclusión: La prevalencia del embarazo ectópico hoy por hoy no es despreciable, y puede presentar serias complicaciones. Sin embargo, el embarazo ectópico gemelar es una entidad muy rara, y cuando se presenta en la mayoría de los casos lo hace con rotura de la tuba. Los esfuerzos por detectarlos tempranamente a través del ultrasonido correlacionado con los niveles de gonadotropina coriónica humana se han reforzado en los últimos años, reflejándose en menos casos con alta morbilidad. Juegan un papel muy importante los factores de riesgo, que deben ser identificados teniendo estos un alto valor predictivo pudiendo evitar morbimortalidad. Este caso representa un escenario en el cual se debe estar entrenado y permanecer oportunamente atentos a la evolución del paciente para contribuir con un buen desenlace y evitar grandes complicaciones.

**OPP-56**

## CUANDO ESCUCHES CASCOS ..... NO SIEMPRE SON CABALLOS!!! A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO (SHUA).

Virna Patricia Medina Palmezano, Jairo Enrique Guerrero Giraldo, Javier Fonseca, Dahiana Gallo Ponente. Centro Medico Imbanaco, Cali, Colombia. vpmedinapalmezano@yahoo.com

***Introducción y Objetivos***
El Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa), es una microangiopatía trombótica (MAT) de inicio agudo, muy rara (considerada enfermedad huérfana) que amenaza la vida, que semeja una condición frecuente en obstetricia, como lo es, el Síndrome HELLP, pero que dada su alta asociación a morbi-mortalidad materna, requiere una aproximación sistemática que permita intervención certera y precoz.

***Objetivo:*** Describir en un "paso a paso", la aproximación diagnóstica de la microangiopatía trombótica tipo Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa), permitiendo ampliar la visión del diagnóstico diferencial de este grupo de enfermedades. Así, teniendo en cuenta el compromiso de órgano, de laboratorio y evolución del cuadro clínico, es de vital importancia determinar el diagnóstico dado que las intervenciones de manejo difieren en estas enfermedades y afectan de manera directa la sobrevida del paciente.

***Materiales y métodos***
Descripción de un caso de microangiopatía trombótica tipo Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUa), de una paciente en puerperio mediato, atendida en el Centro Médico Imbanaco en Noviembre - Diciembre de 2017; con una aproximación sistemática e interdisciplinaria (Gineco-obstetra intensivista, intensivista, gineco-obstetra, hematólogo, reumatólogo, nefrólogo, oftalmólogo), que incluyó la determinación de la falla de órgano y la realización de paraclínicos específicos se sustentan el diagnóstico de Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa).

***Resultados***
Después de realizado el diagnóstico de Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUa), se instaura el tratamiento farmacológico indicado y ajustado al protocolo de administración descrito (fase de iniciación y mantenimiento del anticuerpo monoclonal: Eculizumab), permitiendo la recuperación clínica y paraclínica de la paciente, y su sostenibilidad en el tiempo; hasta el momento con la incertidumbre de la duración de la terapia.

***Conclusiones***
El diagnóstico diferencial de la microangiopatía trombótica asociada al embarazo genera un reto diagnóstico, así, el Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa), requiere una aproximación diagnóstica sistemática y precoz, para minimizar la progresión rápida de la enfermedad e instaurar de manera precoz y oportuna, el tratamiento farmacológico (Eculizumab), que permita minimizar la morbilidad-mortalidad asociada a esta enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

***Palabras clave***
Microangiopatía trombótica - Síndrome hemolítico urémico atípico - Hemólisis - Trombocitopenia – Puerperio – Síndrome HELLP – Púrpura trombocitopénica trombótica.

**OPP-58**

## PIELONEFRITIS AGUDA CON ABSCESO RENAL EN UNA GESTANTE. REPORTE DE CASO

*Mario Santiago Mesa[1], Carolina Ávila, Fermín Leguízamo, Camila Rodríguez y Mónica Quemba. Universidad de Boyacá – Grupo de Investigación Hygea - Hospital Regional de Sogamoso ESE*

1 Especialista Ginecología y Obstetricia PUJ. Correo: mariosantiagomesa@gmail.com

**Introducción:** Las infecciones del tracto urinario se presentan en cerca del 10-15% de las mujeres embarazadas, de quienes entre el 1.0 a 2.5% terminan en pielonefritis bacteriana y absceso renal.

**Materiales y métodos:** Reporte de caso clínico de gestante con pielonefritis aguda con absceso renal.

**Resultados:** Mujer de 23 años, G2P0A1 con 23.4 semanas de gestación, consulta a urgencias con un día de evolución de dolor en hipogastrio y fosa iliaca derecha, fiebre de 39°C, movimientos fetales positivos, niega sangrado vaginal, síntomas irritativos urinarios, amniorrea y actividad uterina. Antecedente de legrado obstétrico por aborto (hace 3 años por infección urinaria), alérgica a cefalexina. Al examen físico febril, hemodinámicamente estable, destacando puño percusión derecha positiva. Exámenes de ingreso reportan Cr 0.73 mg/dl, BUN 12.62 mg/dl; Leucocitos 17.410/mm$^3$; Hb 11.3 gr/dl; HCTO 34.6%; PLQ: 207.000/mm$^3$; Uroanálisis presenta por campo leucocitos 30-35, Hematíes 2, células epiteliales 2-5, bacterias ++, esterasa leucocitaria +++, cetona ++ y urocultivo presencia de Proteusmirabilis. Inició de tratamiento empírico por 2 días con Cefradina 3 gr cada 6 horas, sin mejoría. Se cambia manejo a Ampicilina Sulbactam 3 gr cada 8 horas con persistencia de fiebre y PCR de 271 mg/l. Ultrasonografía de vías urinarias evidencia aumento de tamaño del riñón derecho, hacia el tercio medio lesión focal anecoica de paredes irregulares, con áreas ecogénicas en su interior de 45x46x43mm para un volumen de 48cc; lesión sugestiva de absceso, se inicia manejo con Piperacilina-Tazobactam 4gr cada 6horas. Se remite a institución de mayor complejidad, se realiza ultrasonografía que evidencia área de ecogenicidad heterogénea de 27 mm de diámetro mayor hacia polo superior del riñón derecho, sugestivo de foco de pielonefritis con absceso en formación; con imagen sugestiva de cálculo de 5mm en grupo calicial superior del riñón derecho sin efecto obstructivo. Se realiza paso de catéter doble J por hidronefrosis derecha, se completa estudio de imágenes con Resonancia Magnética de abdomen simple que reporta área hiperintensa-corticosubcortical, de morfología triangular y con colección perirenal de 20x5.9 mm en riñón derecho, con cálculo de 7.9mm en unión pieloureteral. Al tercer día se realiza ecografía de control con hallazgos asociados a pielonefritis derecha con absceso, con reducción de su volumen frente al estudio previo, litiasis renal derecha y catéter doble J normo inserto en sistema colector derecho. Paciente culmina manejo antibiótico, hemodinámicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria, con mejoría de síntomas; ecografía de control muestra mejoría radiológica, persiste acumulación anecoica en el polo superior de diámetro (15 mm), acumulación hipoecoica peri-renal, no se requiere tratamiento quirúrgico y se decide dar de alta con un control ecográfico a la semana.

**Conclusión**: El absceso peri-renal es de baja frecuencia en el embarazo, siendo más susceptibles las gestantes con infecciones del tracto urinario repetitivas causadas por bacterias como Proteusmirabilis, siendo este asociado a una alta morbilidad; en su diagnóstico es importante el ultrasonido renal.

**Palabras clave:** Embarazo, infección del tracto urinario, pielonefritis aguda, litiasis renal, absceso peri-renal.

**OPP-59**

# CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EMBARAZO: SÍNDROME DE EISENMENGER NO CORREGIDO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**AUTOR(ES):**
Vanegas-Ortiz S; Trejos Ramírez C, Avellaneda-Salamanca A, Gaitán -López A.

**INSTITUCIÓN:** Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia

**INTRODUCCIÓN:**
El síndrome de Eisenmenger corresponde a un conjunto de alteraciones congénitas cardiacas dadas por defectos del tabique interauricular, interventricular o ductus persistente, en los cuales se genera una inversión del flujo derecha-izquierda, con congestión pulmonar, sobrecarga e hipertrofia de cavidades derechas, con importante compromiso de la oxigenación. Se realiza el reporte de caso de gestante con diagnóstico de S. Eisenmenger no corregida, con hipertensión pulmonar severa quien cursa con gestación de 35.4 semanas con hallazgo de comunicación interventricular y flujo bidireccional en ecocardiograma fetal, en quien se logra finalización de la gestación por cesárea con código rojo intraquirúrgico y manejo de uci posoperatorio, con desenlace optimo materno y neonatal.

**MATERIALES Y METODOS:**
Se realizó un reporte de caso y revisión sistemática de la literatura, en la que se incluyeron ensayos clínicos controlados con o sin asignación aleatoria, estudios observacionales, meta-análisis, y revisiones de la literatura. La búsqueda se realizó en bases de datos electrónicas (MEDLINE vía PubMed, CENTRAL y EMBASE vía Ovid) y de ensayos clínicos en curso (Clinical trials). También se realizó búsqueda en bola de nieve a partir de los estudios incluidos. La búsqueda se restringió por tipo de idioma a inglés y español.

**RESULTADOS:**
Se realiza el reporte de caso de gestante con diagnóstico de S. Eisenmenger no corregida, con hipertensión pulmonar severa quien cursa con gestación de 35.4 semanas con hallazgo de cardiopatía congénita fetal asociada, en quien se logra finalización de la gestación por cesárea con código rojo intraquirúrgico y manejo en UCI en posoperatorio, con desenlace optimo materno y neonatal. La revisión sistemática de la literatura se enfocó a realizar aportes en cuanto a conocimiento disponible para el abordaje y manejo de estas pacientes, definiendo aspectos como tiempo de finalización de la gestación, vía del parto y otras consideraciones del manejo obstétrico.

**CONCLUSIONES:** El S. Eisenmenger no corregido en la paciente gestante se asocia con importantes complicaciones maternas (mortalidad del 50%) y fetales (óbito fetal y prematurez), se realiza reporte de caso de paciente quien cursa con esta entidad congénita con desenlace materno fetal favorable, complementado con revisión de la literatura donde se determinan pautas de manejo de gran importancia para el obstetra en este tipo de pacientes, con el ánimo de mejorar así el desenlace clínico materno y fetal.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome Eisenmenger en embarazo, Cardiopatía congénita en embarazo, Hipertensión pulmonar en embarazo.

**OPP-60**

# REPORTE DE CASO: CORIOCARCINOMA METASTÁSICO DURANTE UN EMBARAZO VIABLE.

*Andrés Gustavo Hernández, MD[1]; María Fernanda Figueredo Satizábal, MD[2]; Diana Milena Martínez Buitrago MD[3] y Andrés Restrepo, MD[4]*

[1] Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia
[2] Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. Correo electrónico: mafer_10040@hotmail.com
[3] Especialista en Ginecología y Obstetricia, Magister en Epidemiología. Docente Universidad Libre, Colombia.
[4] Especialista en Patología Universidad del Valle. Fellow Patología Quirúrgica, Ohio State University

## RESUMEN

**Objetivo:** Reportar un caso de coriocarcinoma metastásico en una gestante con un embarazo viable.

**Presentación del caso**: Se da a conocer un caso de coriocarcinoma metastásico a cerebro, pulmón e hígado, tras un embarazo viable de 38.4 semanas, en una mujer de 21 años con antecedente previo de aborto espontáneo un año antes. En el postparto inmediato se detectó una lesión intraparenquimatosa hemorrágica localizada en lóbulo parietal derecho después de un episodio convulsivo. Adicionalmente, una masa pulmonar apical derecha y múltiples nódulos hepáticos compatibles con metástasis fueron detectados en estudios posteriores. El análisis histopatológico demostró la presencia de un coriocarcinoma metastásico. La condición de la paciente se deterioró rápidamente hasta el deceso.

**Conclusiones:** Los coriocarcinomas, son tumores malignos derivados de células trofoblásticas remanentes y secundarias a un proceso gestacional previo. Se trata de un tumor agresivo, que realiza metástasis rápidamente a sitios clásicos como pulmón, hígado, cerebro y vagina. El diagnóstico clínico es altamente complejo y de exclusión, lo que con frecuencia conlleva a retrasos en la confirmación de la enfermedad. El estudio histológico de la lesión, debe ser idealmente confirmado mediante inmunohistoquímica, utilizando un panel con los siguientes marcadores: CK, CEA, ßHCG y Ki67, los cuales son positivos para todos los casos.

**Palabras Clave:** Coriocarcinoma, metástasis, enfermedad trofoblástica persistente.

**OPP-62**

# PERCRETISMO PLACENTARIO, PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA-BOGOTÁ Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES: Rojas- Figueroa A, Rojas- Guacaneme L, Linares- Messori B.

INSTITUCIÓN: HOSPITAL UNIVERSIATORIA DE LA SAMARITANA, BOGOTÁ, COLOMBIA.

## INTRODUCCIÓN

Dentro del giro que ha tenido la obstetricia en los últimos tiempos, es importante enfocarse en las patologías secundarias al aumento significativo del número de cesáreas (60 veces en las últimas 5 décadas) (1, 4, 5, 6). Es así como, se ha visto un incremento en el diagnóstico de la placenta previa y el acretismo placentario, entre otras; siendo esta última una entidad que tiene un impacto innegable en la morbimortalidad maternofetal. (1, 2, 5,6) Teniendo en cuenta lo anterior, y sin importar el espectro del acretismo, está claro que tanto el diagnóstico como manejo pre y postquirúrgico debe ser riguroso, con el fin de evitar el mayor número de complicaciones posible. (1, 2,3, 6) El objetivo de esta revisión es el análisis del caso de una paciente con embarazo a término, placenta previa y percretismo placentario, a quien se le realizó diagnóstico y tratamiento quirúrgico en nuestra institución, a la luz de la evidencia científica en algoritmos diagnósticos y protocolos de manejo quirúrgico.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la descripción de un reporte de caso y su análisis a través de una revisión sistemática de la literatura, por medio de la técnica en bola de nieve, en bases de datos electrónicas (MEDLINE, CENTRAL y EMBASE) y ensayos clínicos en curso (Clinical trials), incluyendo ensayos clínicos controlados con o sin aleatorización, estudios observacionales, meta-análisis, y revisiones de la literatura en inglés y español.

## RESULTADOS

Aunque el acretismo es poco prevalente, su incidencia se ha incrementado y está directamente relacionada con factores como el hallazgo de placenta previa y el antecedente de cesárea; siendo del 0.3% posterior a 1 cesárea y 7% posterior a 6 o más. (1, 3,4) Así, su espectro varía desde el simple acretismo (79%), incretismo (14%), hasta el percretismo, identificado sólo en el 7%; (1) pero, independiente del grado de invasión, su diagnóstico principal está dado por hallazgos sugestivos a nivel ecográfico (lagos placentarios, disminución tabique vesicouterino y vellosidades con invasión vesical en el percretismo) con una sensibilidad del 80-90% y especificidad del 98% (1,3,4,5,6) y, los cuales permiten preparar un manejo quirúrgico para la paciente con alto riesgo de acretismo; dejando la RNM (costosa y poco disponible), para el estudio de placentas posteriores, sin claridad en el grado de invasión. (7,8) De esta manera, el plan quirúrgico es basado fundamentalmente en: cateterismo ureteral, cesárea e histerectomía programada periparto, sin remoción placentaria; protocolo que se ha mostrado superior al manejo conservador, incluso en pacientes con invasión vesical severa. (1,9)

## CONCLUSIÓN

El acretismo placentario, y específicamente el percretismo, es una patología que ha venido en aumento debido al incremento desmesurado de la finalización de la gestación por vía alta. Aunque el diagnóstico ecográfico y protocolo quirúrgico radical son claramente soportados por

la evidencia para el manejo actual, la intervención real es la prevención a través de la reducción de la cesárea primaria, intrínsecamente relacionada con la aparición y persistencia de casos como el reportado.

PALABRAS CLAVE: placenta acreta, percretismo, histerectomía periparto, hemorragia postparto, invasión vesical.

**OPP-63**

## TUMORES CARDIACOS FETALES ASOCIADOS A TAQUIARRITMIA FETAL: REPORTE DE CASO

Dr. Javier Llanos, especialista en medicina materno fetal, Dra. Laura Lorena González, Residente Ginecología y Obstetricia, Dra. María Camila Otálora, Residente Ginecología y Obstetricia Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. Se presenta el caso de un feto con tumores cardiacos asociados a taquiarritmia fetal. Ésta es una patología poco frecuente, aunque en incremento en las últimas décadas, gracias a los avances en la tecnología diagnóstica. Ésta entidad supone un reto diagnóstico y terapéutico, en la cual la toma de decisiones oportunas marcaría el pronóstico fetal y postnatal.

Materiales y métodos. Descripción del caso Paciente de 28 años de edad, primigestante, sin antecedentes de importancia, valorada por servicio de medicina materno fetal en semana 34 por hallazgo ecográfico de tumores cardiacos fetales asociados a taquicardia fetal. En estudios institucionales encuentran dos tumores cardiacos sugestivos de rabdomiomas, uno septal apical de 7x3.4mm y otro subaórtico de 5x3mm, asociados a taquicardia supra ventricular, paroxística con intervalos de hasta 234lpm sin repercusión hemodinámica. Se inició manejo con digitálico y se administró esquema de maduración pulmonar fetal. Presentó evolución favorable durante las primeras 72 horas, manteniendo frecuencia cardiaca materna y fetal en metas terapéuticas, sin efectos colaterales. Al cuarto día de hospitalización, ecografía de control evidencia fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, derrame pericárdico de 1.9mm, con aumento del tamaño auricular bilateral. Se considera falla al tratamiento, por lo que se finaliza la gestación de manera inmediata, vía cesárea, obteniendo recién nacido femenino con APGAR 6-9-9/10. Postnatalmente se confirma diagnóstico de esclerosis tuberosa Se documentaron 5 tumores cardiacos con persistencia de taquicardia supraventricular que requirió cardioversión farmacológica y eléctrica, e infusión de amiodarona y beta-bloqueador. Además se documentan fibromas intracraneanos que se asocian a crisis convulsivas requiriendo manejo anticonvulsivante. Al año de edad, ecocardiograma control documenta un solo fibroma de 3x3mm en banda moderadora, Holter sin evidencia de arritmias cardiacas, sin requerimiento de antiarrítmicos. Persiste con crisis convulsivas, aunque con adecuada respuesta al manejo anticonvulsivante.

Resultados. Discusión Los tumores cardiacos fetales tienen una prevalencia calculada a partir de necropsias de 0,0017%-0,28%. La incidencia ha incrementado en las últimas décadas debido a los avances en imágenes diagnósticas.1-2 Más del 90% de los casos corresponden a histologías benignas, siendo los factores pronósticos más importantes, el tamaño y la localización tumoral.1 El hídrops fetal es el peor signo pronóstico.1-2 El impacto clínico es dado principalmente por el compromiso hemodinámico derivado de las alteraciones del ritmo cardiaco, dificultad para la contractilidad miocárdica, obstrucción de tractos de salida, compromiso de volúmenes e insuficiencia cardiaca congestiva.1 Los tumores pueden afectar las 4 cavidades, pero más frecuentemente afectan los ventrículos.1-2 Los rabdomiomas son la histología más frecuente (60%), en su mayoría son múltiples (76%) y asociados a esclerosis tuberosa (37-80%).3 Postnatalmente, un 65% experimenta una regresión total o parcial, generalmente en los dos primeros años de vida.

Conclusiones. La importancia del diagnóstico prenatal, como es visto en caso expuesto, radica en el control de taquiarritmias y la finalización del embarazo de manera oportuna para evitar la falla cardiaca y/o la muerte intrauterina.

**OPP-64**

## ANO IMPERFORADO: EMBRIOPATIA POR ISOTRETINOINA

Vélez-Perea DA., Valencia-Pena C., Saldarriaga-Gil W. Universidad del Valle, Cali, Colombia. alejitavelez@gmail.com

Introducción y Objetivos. La isotretinoina, medicamento dermatológico utilizado para el tratamiento del acné, es considerado categoría X durante el embarazo por su potencial teratogénico. El objetivo de este reporte es aportar un caso de embriopatía por isotretinoina, el recién nacido presento los hallazgos faciales clásicos y ano imperforado, siendo esta última anomalía raramente reportada en la literatura.

Materiales y métodos. Paciente de 1 año, producto de madre de 22 años G2P1A1, nacido por parto vaginal sin complicaciones a las 39 semanas, con pobre control prenatal, 3 ecografías obstétricas sin alteración. En el recién nacido se diagnostica: microftalmia, microtia derecha, comunicación interventricular, ano imperforado con fistula rectal, las dos últimas intervenidas quirúrgicamente a los 3 días y 7 meses de vida; en el seguimiento se evidencia retraso en el desarrollo psicomotor. Cariotipo 46,XY, RMN cerebral, Ecografía renal, potenciales auditivos y visuales evocados normales. En consulta de genética se establece que la madre consumió isotretinoina durante un año antes del embarazo y en el primer trimestre, usando concomitantemente anticonceptivos orales con fallos por olvidos.

Resultados. En la búsqueda bibliografía se encontraron 14 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para ser pertinentes en este reporte. De La isotretioina se conoce su teratogenicidad desde 1983, demostrándose que entre el 25 a 30% de los RN expuestos presentan anomalías craneofaciales, cardiovasculares, del timo y SNC principalmente; También se han reportado aborto espontaneo y alteraciones del desarrollo psicomotor. Solo anecdóticamente se ha asociado con alteraciones gastrointestinales. Los retinoides son teratogénicos porque generan una pobre expresión de los genes homeobox produciendo una perturbación de las células de la cresta neural, de células no diferenciadas del SNC y de los arcos braquiales. Estos genes también se expresan en la diferenciación del tracto gastrointestinal en el embrión. Sin embargo, anomalías gastrointestinales no han sido reportadas consistentemente en la embriopatía por isotretinoina. Las recomendaciones actuales fundamentadas en la farmacocinética de la isotretinoína sugieren que las mujeres deben evitar el embarazo hasta por lo menos 3 meses posterior a suspender el medicamento, basados en un margen de seguridad amplio de más de 5 vidas medias de eliminación este y sus metabolitos (4-oxo-isotretinoina). Además, se sugiere que en pacientes con futuro reproductivo y no deseo de métodos anticonceptivos definitivos, se deben utilizar contraceptivos como dispositivos intrauterinos o implantes subdérmicos dado que hay menor probabilidad de fallos secundarios a olvidos o a no disponibilidad del medicamento.

Conclusiones. En la embriopatía por isotretinoina se puede afectar la diferenciación del tracto gastrointestinal y los afectados presentar ano imperforado en una relación causa efecto. Dado que la istoretinoina es un teratógeno potente se deben establecer métodos anticonceptivos seguros que tenga menor probabilidad de fallo.

**OPP-67**

## EX UTERO INTRAPARTUM TREATMENT (EXIT): PROCEDIMIENTO EN OBSTETRICIA

**Cely A. D.M M.D[1], Puente S. R.L. M.D[1], Niño J.E M.D[2], Sánchez S. M.D[3], Gómez D.[4]**
[1]Médico Residente Ginecología Y Obstetricia Universidad Militar Nueva Granada
[2]Jefe del servicio de Ginecología Y Obstetricia Hospital Universitario Clínica San Rafael Docente Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá Colombia
[3]Especialista en Medicina Materno-Fetal. Unidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá Colombia
[4]Especilista en Neonatología, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá (Colombia)

**Instituciones: Universidad Militar Nueva Granada Departamento de Ginecología Y Obstetricia - Hospital Universitario Clínica San Rafael Bogotá- Colombia**

Exit (En Ingles EX utero intrapartum treatment) es un procedimiento diseñado para fetos en los que se sospecha dificultad para asegurar la vía aérea, donde la reanimación neonatal se ve comprometida debido a la presencia de malformaciones congénitas como masas en cuello u obstrucción de la vía aérea superior. El objetivo de EXIT es permitir el acceso a la vía aérea fetal de forma controlada y segura mientras el feto aún está bajo soporte placentario. Convierte una cirugía de emergencia en un procedimiento controlado, proporcionando tiempo para procedimientos tales como laringoscopia, broncoscopia, acceso vascular, y en algunos casos resección de masas de cuello o pulmones.

**Palabras clave**: EXIT (EX utero Intrapartum Treatment). Fetal Neck Masses.

**Descripción Del Caso:** Paciente de 37 años, G3V1P1E1, gestación de 37 semanas 5 días, en Febrero 2017 ingresa al Hospital Universitario Clínica San Rafael hallazgo en RMN fetal de masa cervical en feto. Informe de Resonancia Nuclear Fetal: En el lado izquierdo de la cara del feto se observa masa encapsulada con septos en su interior de distribución transespacial que compromete espacio bucal, masticatorio y parafaringeo y prevertebral del mismo lado, así como submaxilar ipsilateral, compatible con malformación vascular de bajo flujo. Se hospitaliza para realización de EXIT. Se realizó junta médica multidisciplinaria (Cirugía Pediátrica, Neonatología, Anestesiología, Ginecología- Medicina Materno Fetal) para determinar abordaje y manejo de la paciente y el neonato. Se explica claramente a la paciente alto riesgo de muerte neonatal, necesidad de traqueostomía neonatal y depresión respiratoria del recién nacido en caso de no posibilidad de intubación.

**Resultados:**
Cesárea segmentaria trasperitoneal técnica EXIT, extracción del recién nacido en cefálico con espátulas de Velasco, en posición supino hasta tórax y extracción de extremidad superior izquierda. Acceso de la vía aérea por parte del equipo de neonatología con intubación exitosa, posteriormente pinzamiento y corte del cordón umbilical. Recién nacido femenino cefálico peso 2960 gr talla 51 cm APGAR 6 al 1´y 9 a los 5´ Ballard de 39 sem, presenta masa submandibular izquierda blanda de 10 cm de diámetro.

**Conclusión:**

Con el progreso del ultrasonido y los exámenes de imagen, ha permitido cada vez más la identificación de malformaciones congénitas y aproximación al diagnóstico prenatal temprano previniendo riesgos inesperados en el momento del parto. El procedimiento EXIT, aunque complejo, debe ser de conocimiento del Ginecoobstetra, la planificación preoperatoria por un equipo multidisciplinario el paciente y la familia son los factores clave para el éxito del procedimiento.

**OPP-68**

# CARACTERIZACIÓN MATERNOPERINATAL DE LAS PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

**AUTORES**: Ávila-Martínez N (nayibe958@gmail.com, 3102384103), Anaya-Pinzón KS, Díaz-Martínez LA, Mendoza-Rojas VC, Rojas-Devia MA, Otero-Pinto JC.

**INSTITUCIÓN:** Departamentos de Ginecología-Obstetricia y de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander (UIS); Hospital Universitario de Santander (HUS), Bucaramanga, Colombia.

**Objetivo:** Caracterizar clínica y sociodemográficamente las pacientes con diabetes gestacional (DG) y sus hijos, atendidos en el Hospital Universitario de Santander durante 2015 y 2016.
**Materiales y métodos:** Se evaluaron las 168 historias clínicas de gestantes y sus hijos con códigos CIE-10 de egreso relacionados con DG. Se incluyeron quienes tenían criterios diagnósticos por curva de tolerancia a la glucosa (75 ó 100 mg/Dl), o del test de O´Sullivan o de hemoglobina glicosilada. Las variables evaluadas fueron: aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, diagnóstico, seguimiento y tratamiento perinatal, características del nacimiento y desenlaces neonatales. El estudio fue aprobado por los comités de ética de la UIS y el HUS.
**Resultados:** La edad materna promedio fue de 30,2 años; el 61,2% de las pacientes residía en Bucaramanga. El 36,2% tenía sobrepeso y el 21,3% obesidad al iniciar el embarazo. El 6,6% presentó DG previamente, el 6,5% tuvo un hijo con peso mayor a 4000 gr y un 16,6% tenía un familiar con diabetes. El 77,4% de las maternas tenían DG y 22,6% diabetes pregestacional, siendo la tipo 2 la más frecuente. El 97,6% de las pacientes recibió tratamiento con dieta, considerándose controlada la enfermedad en el 69,5%. El 53,6% de las gestantes requirió hospitalización al menos una vez, siendo la falta de control metabólico la causa más frecuente (66,7%). El 87,0% de los embarazos llegó al término, con promedio del parto a las 38,1 semanas. El 98,4% de los productos nació vivo, siendo la vía de nacimiento más frecuente la cesárea (58,4%), de manera electiva en el 71,4%. Se encontró que el 80,9% de los recién nacidos tenían peso adecuado para la edad gestacional y el 16,6% era grande; 9,5% tenían >4000 gr al nacer. El 16,1% de los neonatos presentaron síndrome de dificultad respiratoria, 13,1% hipoglucemia y 10,7% policitemia. El tamizaje con ecocardiograma mostró comunicación interauricular en el 20,7% e hipertrofia del septo en el 11,6% como hallazgos más importantes.

**CONCLUSIÓN:** En las madres son frecuentes los antecedentes de enfermedad metabólica previa, así como la historia de DG. En relación al tratamiento es frecuente la indicación de dieta como única medida terapéutica; sin embargo, el porcentaje de pacientes metabólicamente compensada es inferior al esperado, convirtiéndose está en la principal causa de hospitalización. Esto podría asociarse con el porcentaje de recién nacidos que presentan hipoglucemia neonatal y son grandes para la edad gestacional, lo que resulta prevenible a partir de control metabólico adecuado. Adicionalmente, la vía de nacimiento por cesárea de manera electiva es preocupantemente elevada lo que podría aumentar la morbilidad materna y neonatal.

**PALABRAS CLAVE:** Diabetes gestacional, recién nacido, hipoglucemia, macrosomía fetal.

**OPP-69**

# PENTALOGÍA DE CANTRELL DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Autores: Saldarriaga Gil W.; Quintero Mejía J.; Cleves Acevedo J.
Institución: Hospital Universitario del Valle Evaristo García, Santiago de Cali. jkca90@hotmail.com

## Introducción

La pentalogía de Cantrell (PC) es una rara anomalía congénita, la prevalencia reportada oscila entre 1:65.000 a 1:200.000 nacimientos[1], debida a un defecto primario en el epigastrio que compromete la porción inferior del tórax y la superior del abdomen, implicando a su vez las estructuras y órganos adyacentes.

El objetivo de este reporte es aportar un caso de PC diagnosticado en el primer trimestre del embarazo.

## Descripción del Caso

Feto masculino de 60 gr, talla de 13 cm con defecto de pared toraco-abdominal que compromete esternón y epigastrio, con protrusión de intestino delgado y grueso, hígado y corazón. Producto de interrupción voluntaria del embarazo por causal fetal. Madre de 23 años, G1P0, sin exposiciones teratogénicas. En ecografías a la semana 10 y 12 de gestación se encontró: defecto en pared toracoabdominal, con asas intestinales libres en cavidad amniótica, además de hígado y ectopia cordis. TN de 2,7 mm, se hizo diagnóstico de PC, se solicitó cariotipo en líquido amniótico que la paciente, decidió no realizarse e inicio proceso de interrupción. Se aportan imágenes de la ecografía y el feto.

## Discusión

En la revisión bibliográfica cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión 30 artículos, que tuvieron relación con el reporte de este caso.

La PC se caracteriza por cinco hallazgos: defecto de la pared toracoabdominal, hipoplasia de la porción inferior del esternón, hernia diafragmática anterior, ectopia cordis, evisceración de órganos abdominales pericardio pobremente formado y anomalías cardiacas; entre ellos el más representativo es la ectopia cordis. Se puede clasificar en tres clases, según la expresión incompleta de los hallazgos [6]. Sin embargo, otros prefieren incluir la PC en el espectro fenotípico del síndrome toracoabdominal (STA) el cual, se caracteriza por la asociación inconstante de defectos de la pared toracoabdominal, hernia diafragmática anterior, defectos cardiopulmonares, y del SNC.

Se propone, que el defecto anatómico primario ocurriría por un pobre plegamiento craneal; proceso en el cual el área precordial y el primordio del septum transversum descienden desde una ubicación anterior en el disco germinativo trilaminar a una ubicación ventral en la futura cavidad torácica.

En el caso aquí reportado, el diagnóstico se hizo en el primer trimestre, se sospechó en ecografía de las 10 semanas y se confirmó en ecografía de 12 semanas en 2D, demostrándose la utilidad de la ecografía entre las 11 y 14 semanas para el diagnóstico de la PC y de defectos mayores. En los casos en que se sospechan defectos de pared abdominal en el primer trimestre del embarazo se deben diferenciar de la hernia abdominal fisiológica que en algunos casos puede ser tardía.

## Conclusión

Se aporta a la literatura un caso de PC, clase 1 diagnosticado en el primer trimestre cumpliendo con la rutina de ecografía entre las 11 y 14 semanas.

**Palabras clave:** Cantrell Pentalogy, Cantrell´s Pentalogy, Thoracoabdominal Syndrome.

**OPP-70**

# INCIDENCIA DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN GESTANTES DIAGNOSTICADAS CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN HOSPITALES DE CUARTO NIVEL, 2015.

*Autores:* Acuña, E. *, Bustamante, M. **, Córdoba, A. ***, Garzón, L. ***, Rojas, J.****, Molina, S. *****

Contacto de correspondencia: *edgaracunaosorio@yahoo.com*

**INSTITUCIÓN**

Departamento de Ginecología y Obstetricia Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - Hospital de San José de Bogotá – Hospital Infantil Universitario de San José. Grupo CvLac: Materno Infantil FUCS

## INTRODUCCIÓN

Los desórdenes hipertensivos del embarazo, constituyen un problema de salud pública (1). La incidencia de preeclampsia ha estado aumentado cerca de 25%, siendo la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa en los países en vías de desarrollo(2) La etiología de la preeclampsia involucra tanto factores maternos como placentarios; y hay sobre expresión del sistema inflamatorio (3)

## OBJETIVO

Establecer la incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo en las pacientes diagnosticadas con Infección de vías urinarias en el Hospital Universitario Infantil San José y Hospital San José (Bogotá-Colombia) durante el año 2015.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte descriptiva en gestantes que asistieron al servicio de urgencias del hospital de San José y hospital Infantil Universitario San José diagnosticadas con infección de vías urinarias que requirieron tratamiento intrahospitalario y fueron seguidas para determinar la presentación o no de trastornos hipertensivos. En el análisis estadístico, las variables cualitativas se describieron por medio de frecuencias relativas y absolutas y las variables cuantitativas por medias y desviaciones estándar. La frecuencia de trastornos hipertensivos fue descrita por medio de incidencias acumuladas, así como la incidencia de éstos en cada uno de los niveles se severidad de la IVU.

Cada caso fue analizado por dos expertos a partir de la información de la historia clínica para establecer si la prescripción fue o no adecuado.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en seres humanos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

## RESULTADOS

De las 291 gestantes, la edad promedio fue 24 años (DE: 4.9), la mayoría fueron primigestantes (50.8%).

El germen más frecuente fue *Escherichia Coli (63.2%).* Asimismo, 60 pacientes presentaron trastorno hipertensivo (20.6%). La preeclamsia fue el tipo de trastorno hipertensivo más frecuente, el 61,6% de las gestantes que desarrollaron dichos trastornos presentaban previamente diagnóstico de bacteriuria asintomática, siendo este último el tipo de IVU más frecuente (44.6%).

## CONCLUSIONES

En esta cohorte descriptiva se encontró una incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo en las pacientes con diagnóstico de Infección de vías urinarias del 22.5%, lo cual se considera una incidencia no despreciable para tener en cuenta en este grupo poblacional durante el seguimiento de la gestación.

Este estudio apoya la hipótesis que las infecciones urinarias pueden considerarse un factor de riesgo para los trastornos hipertensivos independiente del tipo de infección urinaria presentado, sumado a la evidencia disponible se podría incluir en nuestra institución como un indicador a evaluar durante los controles prenatales.

**PALABRAS CLAVE:**
Infección de vías urinarias, trastornos hipertensivos del embarazo, proteinuria.

**OPP-71**

# EL DESAFÍO CLÍNICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DURANTE EL EMBARAZO

García-Yepes R[1]*, Castelblanco A[2], Castillo C[2], Montoya E[1].
1 Universidad del Rosario; 2 Hospital Universitario Mayor; Bogotá, Colombia.
*Correspondencia: Mail ragy63@hotmail.com, Cel 3207251285.

La enfermedad cardiaca durante el embarazo tiene una prevalencia de 0,5 a 3% (1, 2), esta aumenta si se asocia a pacientes con válvula protésica y presentan mayor incidencia de complicaciones incluyendo muerte materna (2,3/100 embarazos), tromboembolismo (11,5/100 embarazos) e insuficiencia cardiaca (112/100,000 embarazos) (3). Las complicaciones neonatales se presentan en el 47% siendo más frecuentes perdida de la gestación 20,8% (4), bajo peso al nacer e ingreso a UCI (3). La muerte perinatal tiene una incidencia de 5/100 nacimientos (4).

Caso Clínico

Multigestante de 42 años con embarazo de 27 semanas 4 días con antecedentes de reemplazo de válvula mitral secundario a fiebre reumática con función sistólica y diastólica conservadas y accidente cerebrovascular de arteria cerebral media izquierda y cerebelosa superior sin secuelas neurológicas. Consultó por 5 días de tos seca, disnea, disminución de la clase funcional y dolor torácico opresivo. Al ingreso con tensión arterial normal, taquicardia, sin desaturación, bienestar fetal por barrido ecográfico. Se diagnostica sepsis de origen a determinar SOFA inicial 2 y se traslada a UCI, posterior a 12 horas presenta hipotensión, taquicardia, desaturación e inminencia de falla ventilatoria con PAFI 128 requiriendo ventilación mecánica no invasiva. Radiografía de tórax muestra edema pulmonar bilateral con infiltrados alveolares diseminados, se considera falla cardiaca congestiva y se toma Ecocardiograma con estenosis y disfunción valvular mitral con pannus e hipertensión pulmonar moderada.

18 horas después, se realiza junta médica con ginecoobstetricia, cardiología, hemodinamia, ecocardiografía y cirugía cardiovascular, se decide ventilación mecánica invasiva y cesárea de urgencia obteniendo neonato femenino con peso 928 gramos y apgar 4/6/8. Ecocardiograma 3 horas postcesárea con función sistólica normal, prótesis disfuncionante con estenosis y trombo en su interior, insuficiencia tricúspidea leve; Radiografía de tórax con ocupación alveolar multilobar, derrame pleural izquierdo y cardiomegalia. Paciente en segundo día de postoperaotorio, cirugía cardiovascular realiza trombectomía y resección de pannus, ecocardiograma control a las 48 horas con función biventricular normal, prótesis normofuncionante sin trombos e hipertensión pulmonar persistente.

Evolución materna y neonatal adecuada, se da egreso posterior con neonato en plan canguro y madre con plan de rehabilitación cardiaca, 2 meses después se cierra manejo multidisciplinario.

Discusión

Los cambios fisiológicos cardiovasculares de la gestación son evidentes desde el primer trimestre, sumados a las alteraciones funcionales en pacientes con prótesis valvulares, aumentan la incidencia de complicaciones materno-perinatales. Las causas de disfunción valvular pueden ser congénitas o adquiridas (3), siendo la enfermedad reumática, como en este caso, la causa

más común de enfermedad cardiaca entre mujeres embarazadas en países en vía de desarrollo, así como una causa principal de recambio valvular secundario (5). Mientras que la falla cardiaca, de acuerdo a Mulubrhan et al, ha venido en aumento en gestantes (5). El parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal son complicaciones esperadas casi en la mitad de pacientes (3, 4).

Este caso demuestra que la identificación preconcepcional oportuna, permiten realizar prevención secundaria que logre impactar de forma favorable las altas tasas de complicaciones materno-perinatales.

Palabras Clave: Insuficiencia cardiaca, prótesis valvular, embarazo.

**OPP-72**

# TERATOMA RETROPERITONEAL EN EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jenniffer Katherine, Luz Adriana Alméciga, Steven Fabián López. Hospital Simón Bolívar. Bogotá, Colombia. jeleon16@hotmail.com

## Introducción

Los tumores primarios del retroperitoneo representan el 0,2 al 0,6% de las neoplasias en general, no se desarrollan a partir de los órganos retroperitoneales, parenquimatosos o no, sino que provienen de tejidos propios de tal espacio o de restos embrionarios en él contenidos; su comportamiento biológico se puede dividir en benigno y maligno, siendo estos últimos los más frecuentes; las lesiones benignas más comunes son lipomas y tumores neurogénicos benignos. Los teratomas retroperitoneales representan 1 a 11% de las neoplasias primarias retroperitoneales, son más frecuentes en la mujer, con una relación 3:1.
Durante el embarazo, tanto los tumores retroperitoneales benignos como los malignos son extremadamente raros.

## Objetivo

Describir un caso de una gestante de 18.3 semanas que presento un tumor retroperitoneal compatible con teratoma el cual fue manejado exitosamente con resección quirúrgica.

## Materiales y métodos

Descripción de caso de gestante de 18.3 semanas con teratoma retroperitoneal manejado quirúrgicamente con éxito y realización de revisión de la literatura actualizada.

## Resultados

Paciente de 19 años secundigestante con embarazo de 18.3 semanas a la valoración inicial con cuadro de 2 años de sensación de masa en mesogastrio, con TAC abdominopélvico contrastado realizado previo a la gestación que evidenciaba gran masa de aspecto tumoral de contenido heterogéneo con nivel liquido – grasa, áreas de líquido particulado de contornos bien definidos desplazando el estómago en sentido cefálico y el colon en sentido anterior de 20x18x15cm; Marcadores tumorales con CA125: 219UI/ml resto negativos. Al examen físico masa blanda no dolorosa en hemiabdomen superior que se extendía desde el flanco derecho al izquierdo y hasta 4 cm infraumbilical, onda ascítica negativa y útero gravido. Se realizó junta quirúrgica con servicio de cirugía general ante sospecha imaginológica de tumor retroperitoneal, menos probable anexial considerando resección de tumor por laparotomía.
Paciente llevada a laparotomía exploratoria a la semana 18.3 de gestación, con hallazgo operatorio de masa retroperitoneal de 24x22cm de consistencia quística con porción sólida en su cara posterior de 5x5cm hipervascularizada, capsula lisa, adherida a asas intestinales delgadas, cara posterior del estómago y páncreas, útero grávido de 20cm de longitud, anexos negativos, resto de cavidad sin alteraciones, se realizó resección de tumor retroperitoneal sin complicaciones. Evolución postoperatoria satisfactoria y egreso al tercer 3 día post quirúrgico. Reporte histopatológico de tumor retroperitoneal benigno de 24x22x8cm, teratoma quístico maduro en su mayor parte quiste dermoide y mamila con epitelio respiratorio. Finalizo su gestación a la semana 37 vía vaginal sin complicaciones.

## Conclusiones

Los teratomas retroperitoneales en el embarazo son neoplasias raras, con diagnóstico tardío o incidental ya que el retroperitoneo se considera clínicamente silencioso, su sintomatología depender de la localización y el 90% de los casos son benignos con diagnóstico definitivo histopatológico.
El tratamiento de elección es quirúrgico recomendándose realizarlo durante el segundo trimestre del embarazo para disminuir la pérdida gestacional asociada a manipulación uterina; la resección busca márgenes negativos, siendo este último su principal factor pronóstico.

Palabras clave: Tumor retroperitoneal, teratoma, embarazo.

**OPP-74**

# DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL EN MUJER CON PARIDAD NO SATISFECHA

**Autores:** Tenjo, A. Russo, G. Duque, R.
**Contacto:** anmateur@gmail.com
**Institución:** Hospital Universitario de la Samaritana. Bogotá D.C, Colombia.

**Introducción:**
El embarazo ectópico cervical es una forma muy poco frecuente (0.7 – 0.15%) entre las manifestaciones del embarazo ectópico, el cual puede ser manejado de forma conservadora o quirúrgica, sin embargo se cuenta con poca experiencia en este tipo de presentación en específico por su baja incidencia. El manejo inapropiado de dicha patología puede conllevar a terribles consecuencias y morbimortalidad materna secundario a una hemorragia catastrófica. Sin embargo, hoy en día se considera una patología de mujeres aun en edad fértil, por lo que cada vez más se insiste en diferentes modalidades de manejo conservador, buscando el mejor tratamiento según el deseo y beneficio para la paciente. El objetivo de este trabajo es documentar la eficacia de un posible manejo conservador con dosis altas de Metrotexate en embarazo ectópico cervical, considerando los criterios médicos de inclusión para dicho manejo y sus posibles complicaciones.
**Materiales y métodos:**
Descripción de un reporte de caso de una mujer con embarazo ectópico cervical con paridad no satisfecha, atendido y documentado en el Hospital Universitario de la Samaritana, Institución de tercer nivel de complejidad de alto riesgo obstétrico, quien fue manejada con dosis altas de Metrotexate en esquema múltiple sin éxito, con posterior realización de histerectomía como manejo final del embarazo ectópico, considerándose fallido el tratamiento conservador en la paciente con deseo de gestación.
**Resultados:**
Aunque, según lo reportado en la literatura, la tasa de éxito reportada a nivel mundial, del manejo conservador en el embarazo ectópico cervical con Metrotexate alcanza hasta al 81.3%, en nuestro caso estratégico, a pesar de dosis altas en esquema múltiple y dentro de los criterios de uso para manejo médico de embarazo ectópico, se consideró tratamiento fallido evidenciando aumento de la hormona BHCG dentro del seguimiento de la paciente requiriendo la finalización la gestación con manejo quirúrgico a través de Histerectomía Abdominal Total.
**Conclusiones:**
El manejo del embarazo ectópico cervical se encuentra en relación directa con las manifestaciones clínicas y el deseo de paridad de la paciente. Aunque la histerectomía se ha considerado el manejo de elección por múltiples décadas, consideramos que el manejo conservador con Metrotexate debería considerarse como primera opción de manejo en las pacientes con deseo de paridad y hemodinámicamente estables y que el diagnóstico y abordaje precoz en estas pacientes es fundamental para un posterior manejo y seguimiento evitando llegar a la necesidad de la histerectomía e intentando conservar el deseo de fertilidad de la paciente.
**Palabras clave:** Embarazo ectópico cervical, ecografía transvaginal, metrotexate, histerectomía.

**OPP-75**

**PRIMER CASO DE SINDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA DURANTE LA GESTACIÓN: REVISIÓN DE LITERATURA Y REPORTE DE CASO.**

**AUTORES:** Velasco-García A, Arias-Parra G, Duque-Ramírez R, Olivera R, Reyes G, Gallo R.
**INSTITUCION:** Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá DC, Colombia.

**Introducción**: La linfohistiocitosis hemofagocítica (LH) es una enfermedad inflamatoria, agresiva y potencialmente mortal que implica una activación inmune excesiva por defectos innatos en los linfocitos, particularmente en células citotóxicas. En el embarazo es considerada una enfermedad rara y se sospecha principalmente en casos de fiebre de origen desconocido asociada a pancitopenia. Puede ser de origen hereditario o esporádico, con un factor común desencadenante que es la infección. Durante el embarazo el pronóstico y la supervivencia del binomio madre-hijo está determinada por el pronto inicio del tratamiento, sin embargo, la dificultad en el diagnóstico condiciona el retraso del tratamiento, el cual es difícil debido a la poca frecuencia y a la rareza del síndrome. Entre los factores etiológicos se incluyen anormalidades inmunológicas e inflamación por la destrucción tisular y una regulación inadecuada en la actividad de macrófagos y linfocitos activados. Se ha descrito hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatías, síntomas neurológicos y la presencia de erupción cutánea. El objetivo de esta publicación es reportar el primer caso de síndrome hematofagocítico por virus de zika durante la gestación y además por transmisión sexual.

**Métodos**: Se realizó la búsqueda de la literatura en bases de datos PubMed, Embase, Clinicalkey, Uptodate, mediante palabras clave y términos MeSh, hasta el 2018 .Se recopilo historia clínica intrainstitucional de nuestra paciente y extrainstitucional del nacido producto de la gestación para descripción del reporte de caso.
**Resultados**: Este es el primer reporte de caso de síndrome hematofagocítico SHF en la gestación secundario a infección del virus Zika y además por transmisión sexual Se presenta a continuación el caso de una paciente de 25 años, con embarazo de 10.2 semanas quien presenta síndrome febril asociado a trombocitopenia, neutropenia y anemia además de erupción cutánea, en quien se descartó infección por CMV, dengue, Epstein Barr y herpes. A pesar de realizarse manejo antibiótico de amplio espectro la paciente persiste con la misma clínica y paraclínica. Posteriormente, en su seguimiento por hematología se sospecha cuadro de síndrome hemofagocítico, evidenciándose en la química sanguínea hipertrigliceridemia, elevación de la ferritina y disminución del fibrinógeno, LDH fue de 944 y las TGO yTGP de 344 y 443 respectivamente. Una ecografía mostró hepato-esplenomegalia. Los estudios para Dengue, CMV, EBV, herpes, VIH y autoinmunidad, fueron negativos con estos 5 criterios para SHF mas biopsia de medula ósea con eritrofagocitosis e histiocitosis se hizo el diagnóstico se inició manejo con dexametasona con resolución progresiva del cuadro. Dentro de la anamnesis, la paciente niega viaje a zonas endémicas, sin embargo, refiere que su pareja tiene nexo epidemiológico por lo cual y ante cuadro febril y eruptivo del inicio se decide realizar estudio para infección por virus del Zika el cual resulta positivo. Adicionalmente, en el seguimiento de crecimiento y desarrollo del producto, se determina detención del crecimiento del perímetro cefálico y marcha atáxica hallazgos compatibles con infección de Zika durante la gestación.

**Conclusión:** Este es el primer reporte de caso de síndrome hematofagocítico en la gestación secundario a infección del virus Zika y además por transmisión sexual
**Palabras clave:** zika, síndrome hematofagocítico, gestación.

**OPP-76**

# PLASTICIDAD CEREBRAL: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE CASO CLÍNICO CON DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ESQUIZENCEFALIA.

**AUTORES:** Beltrán-Avendaño M (mandreabeltran@unab.edu.co, 3153734329), Gutiérrez-Sánchez L, Becerra-Mojica C, Salazar–Martínez H, Contreras-García G

**INSTITUCIÓN**: Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La esquizencefalia (OMIM 269160) es una anomalía poco frecuente que consiste en una hendidura de los hemisferios cerebrales; al interior de estas hendiduras se encuentra materia gris y más comúnmente implican las regiones parasilvianas. La prevalencia es 1,54/100.000. Se han descritos dos formas, la tipo I también llamada de labio cerrado, pueden cursar con convulsiones y espasticidad, la tipo II también llamada de labio abierto consiste en una hendidura holohemisférica, cursa usualmente con trastorno cognitivo, convulsiones, hipotonía, espasticidad, discapacidad visual.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente femenina de 6 años de edad, sin antecedentes familiares patológicos ni consanguinidad con diagnóstico prenatal de esquizencefalia asociado a otras alteraciones cerebrales. Producto de primera gestación, embarazo controlado desde el cuarto mes, obtenida por parto eutócico simple a término, sin complicaciones. Se realiza estudio de imagen cerebral confirmando el diagnóstico. Al examen físico a los 25 días de vida se evidenció fisuras palpebrales oblicuas dirigidas hacia arriba, con reflejos propios del recién nacido normales.

**RESULTADOS:** Prenatal: Ecografía de tercer nivel: agenesia del septum pellucidum, esquizencefalia, sinequia en cuerno frontal, hipoplasia de cuerpo calloso, ventriculomegalia bilateral y desviación de la línea media cerebral hacia el lado derecho. Resonancia magnética cerebral fetal: agenesia de septum pellucidum, holoprosencefalia, sinequia en cuerno frontal, hipoplasia de cuerpo calloso, ventriculomegalia bilateral. Postnatal: Resonancia magnética cerebral demuestra esquizencefalia en región frontal bilateral, agenesia del septum pellucidum, displasia de lóbulos frontales, hipoplasia del cuerpo calloso, ventrículos laterales prominentes. Evolución clínica postnatal: Al año de edad presentó microcefalia, estrabismo convergente. Inició marcha a los 27 meses la cual era asimétrica con tendencia de pie derecho en punta, leve hipotonía. A los dos años y medio, demostró retardo psicomotor, pero logró realizar los hitos del neurodesarrollo. No ha presentado convulsiones a la fecha, ingresó a escolaridad, solo presenta alteración leve del desarrollo del lenguaje y marcha asimétrica por hemiparesia derecha, no tiene alteraciones visuales ni auditivas.

**CONCLUSIÓN:** la esquizencefalia con frecuencia está acompañada de otros defectos como agenesia del cuerpo calloso, hipoplasia o aplasia del septum pellucidum o nervio óptico (70%). Su presentación puede ser unilateral o bilateral, afectando principalmente los lóbulos parietales y frontales. Se ha encontrado relacionada con mutaciones en cuatro genes: *SIX3, SHH, EMX2, COL4A1*. Para este caso se descartó la posibilidad de displasia septoóptica. Se destacan dos elementos importantes en este reporte, el primero con referencia a los estudios de imagen prenatal, al realizar la correlación postnatal tuvo mayor certeza la ecografía de tercer nivel que la resonancia magnética cerebral. El segundo corresponde a un compromiso más leve en

neurodesarrollo que lo descrito en la literatura, lo que implica que la plasticidad cerebral debe tenerse en cuenta a la hora de establecer pronóstico a futuro.

**PALABRAS CLAVE:** Displasia cortical cerebral, esquizencefalia, malformación del desarrollo cortical.

**OPP-77**

## PARÁMETROS DE GASOMETRÍA ARTERIAL COMO PREDICTORES DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA EN GESTANTES

Montoya Eliana1; Carrizosa Jorge1; Niño Reinaldo2; Castro Alejandro3; Sánchez Alexander4
1 Universidad Del Rosario, 2 Hospital La Victoria - Instituto Materno Infantil, 3 Clínica De La Mujer, 4 Hospital De La Samaritana. Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. Diariamente fallecen 800 gestantes, 99% en países en vía de desarrollo. El síndrome de disfunción multiorgánica se presenta en 15% de pacientes en unidad de cuidados intensivos, con una mortalidad asociada del 80%. Algunas publicaciones han propuesto parámetros de gasometría que se han asociado a desenlaces desfavorables. El presente estudio describe los parámetros gasométricos asociados al desarrollo de disfunción multiorgánica en pacientes obstétricas

Materiales y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo tipo casos y controles con regresión logística en cuatro hospitales de Bogotá entre los años 2008-2014

Resultados. Se recolecto la información de 277 casos y 558 controles. Del total de la población 84,9% eran gestantes y 15,1% estaban en puerperio. La edad media fue de 27,8 años (Desviación estándar (DS) 7,3 años), el diagnóstico principal fue trastorno hipertensivo (52,4%), seguido de hemorragia obstétrica (12,2%) y sepsis (12,2%). 490 pacientes tuvieron al menos una prueba de gasometría; se midió pH, PO2, PCO2, lactato y déficit de base. En el análisis multivariado se encontró asociación entre síndrome de disfunción multiorgánica y lactato igual o mayor a 1,2mmol/L (OR 2,25 95%IC 1,5-3,4, p<0,000) y pH menor de 7,35 (OR 5,2 95%IC 1,2-3,3, p<0,006). Para pacientes con sepsis no se encontró ninguna asociación

Conclusiones. En pacientes con síndrome de disfunción multiorgánica y preeclampsia, el lactato y la base exceso son los mejores parámetros gasométricos predictores. En pacientes con hemorragia obstétrica la base exceso se identificó como predictor. Se necesitan estudios prospectivos que confirmen los hallazgos.

**OPP-78**

## HOSPITALIZACIÓN TEMPRANA EN CUIDADOS INTENSIVOS MEJORA LOS DESENLACES EN PACIENTES OBSTÉTRICAS

Carrizosa Jorge1; Montoya Eliana1; Sanchez Alexander2
1 Universidad del Rosario, 2 Hospital de La Samaritana. Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. Las pacientes obstétricas con riesgo de complicaciones sistémicas se benefician de hospitalización temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo principal de este estudio fue identificar el momento de la gestación que se asociaba a la menor incidencia de complicaciones sistémicas.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Bogotá. El desenlace fue medido como disfunción orgánica. Se realizó un análisis bivariado de acuerdo al momento de la gestación clasificado como antes, durante y después.

Resultados. La edad promedio fue 25 años (DS 7,09 años), la edad gestacional promedio fue 33 semanas (DS 7,2 semanas).78,8% ingresaron a UCI antes del parto y 22,2% después. En el análisis bivariado; el ingreso a U8CI antes del parto fue un factor protector para prevenir la disfunción orgánica: cardiovascular (ante-parto OR 0. 10 95%IC 0.04-0.22, p< 0.037 vs postparto OR 9.19 95%IC 3.96-21.9, p < 0. 000), neurológica (ante-parto OR 0.06 95%IC 0.02-0.17, p < 0. 000 vs postparto OR 3.77 95%IC 1.5-9.1, p < 0. 001), insuficiencia respiratoria (ante-parto OR 0.1 95%IC 0.03-0.28, p < 0.000 vs postparto OR 5.0 95%IC 1.9-12.6, p < 0. 000), insuficiencia renal (ante-parto OR 0.03 95%IC 0.03-0.22, p < 0. 000 vs postparto OR 15.7 95%IC 3.7-91.9, p < 0.000).

Conclusiones. El ingreso temprano a cuidados intensivos, especialmente antes del parto, es un factor protector para el desarrollo de falla orgánica. Este hallazgos debe estudiarse en un estudio prospectivo, sin embargo, estos datos son prometedores desde el punto de vista de salud pública al proponer una estrategia que incide positivamente en los desenlaces de la paciente obstétrica crítica.

**OPP-79**

# DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN UN CENTRO DE NIVEL III DE LA CIUDAD DE CALI, EN EL PERIODO JULIO 2017 – FEBRERO 2018

Aragón-Calapzú F.A. (faragon85@hotmail.com), Quintero-Mejía J.
Unidad de Diagnóstico Prenatal, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali – Colombia

Las malformaciones congénitas (MC), es una alteración estructural o funcional, que se diagnóstica en durante el embarazo, el periodo perinatal o posteriormente. Contribuyen a la mortalidad/morbilidad y discapacidad del neonato. Las causas pueden genéticas, ambientales o interacción de ambos, afecta el 3% de los recién nacidos (RN). En Latinoamérica los casos son reportados al ECLAMC, con el objetivo de determinar la prevalencia y posible etiología ambiental.

En Colombia, la frecuencia se calcula entre 3 – 7 %, en Cali, se registran los datos de los recién nacidos con MC, en el cual involucran 2 centros asistenciales, entre octubre 2010 a marzo 2013, reportan 358 el 2.48% del total de RN. La ecografía se usa como herramienta de tamizaje para detección de MC en embarazos de bajo riesgo, eso ha reducido la prevalencia de las MC al nacimiento, pues ha generado aumento en el número de IVE, sin embargo, el impacto en la morbilidad/mortalidad es controversial.

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, para caracterizar la población con diagnóstico ecográfico de MC, del servicio de diagnóstico prenatal de una institución de nivel III, de Cali, desde julio 2017 a febrero de 2018, los casos son registrados y analizados en junta interdisciplinaria. Se excluyen los embarazos gemelares con síndrome de transfusión feto-fetal ó restricción de crecimiento selectivo, sin evidencia de malformación estructural.

**RESULTADOS**: Se analizaron 60 casos, edad materna promedio 24,97 años (DS:7.39), edad gestacional al diagnóstico 31 semanas (27 – 35), gestación simple 93%, primigestante, 63%, Patología materna 18%, Malformación previa 7%. Sistemas afectados, cardiovascular 40%, SNC 30%, Renal 18%, Genito urinario 15%, Pulmonar 12%, Gastrointestinal 12%, Osteomuscular 8%, asociado a RCIU 7%.

**DISCUSIÓN**: En Bogotá realizan evaluación de MC diagnosticadas por ecografía, reportan correlación diagnóstica menor del 50%, mayor proporción en el tercer trimestre. En este estudio no se puede evaluar la tasa de la detección, pues del total de casos, se tienen acceso a los datos del nacimiento en 21%, la correlación con estudios genéticos es baja, pues la mayor parte de los estudios no fueron autorizados, por las entidades prestadoras de servicios, sin embargo tenemos resultados similares en el comportamiento de edad materna y edad gestacional al momento del diagnóstico prenatal, basándonos en un estudio realizado en Barranquilla, sin embargo difiere de los sistemas afectados, en nuestra serie se reporta mayor compromiso cardiovascular, seguido de SNC y en tercer lugar renal y vía urinaria.

**CONCLUSIÓN**:

Los resultados encontrados difieren de otros estudios realizados, posiblemente por el número de casos que representan una unidad diagnostica, deben realizarse estudios donde involucren otros centros de diagnóstico, con una muestra significativa, comparando los datos del neonato para determinar tasa de detección, adicionalmente se debe garantizar el acceso oportuno y de calidad de herramientas de diagnóstico, con el fin de detectar anomalías que aumenten la morbimortalidad neonatal, pare realizar un manejo adecuado.

**PALABRAS CLAVE**: Caracterización, Malformaciones Congénitas.

**OPP-82**

# MANEJO EXPECTANTE DE PACIENTE CON TROMBOFILIA, PREECLAMPSIA PRECOZ Y PLACENTA INCRETA

Autores: Beltrán M.A., Forero J.L., Nova N.A., Peña M.J., Ríos L.Y., Suárez S.L.
Contacto: mbeltran@unab.edu.co - celular: 3153734329
Instituciones: Universidad Autónoma de Bucaramanga y Clínica FOSCAL, Floridablanca, Santander, Colombia.

Introducción

Se define placenta increta como la invasión del trofoblasto en el miometrio (1), la cual se presenta en 1 de cada 7 casos con alteración de la placentación (2). Las recomendaciones de manejo expectante disponibles están basadas en reportes de casos clínicos con placenta completa in situ y no se conocen datos sobre esta condición asociada a Preeclampsia y trombofilia en nulíparas.

Descripción del caso

Primigestante de 25 años con embarazo de 28 semanas, sin antecedentes de importancia, con trabajo de parto pretérmino, tensiones arteriales elevadas, plaquetas de 145.000/mm3, proteinuria de 24 horas de 190mg/dl, feto pequeño para la edad gestacional (percentil 6), Doppler fetal normal y Doppler de arterias uterinas positivo, en manejo expectante hospitalario por preeclampsia atípica precoz. Recibió esquema de maduración pulmonar, sulfato de magnesio, nifedipino y tromboprofilaxis con enoxaparina. Al tercer día, presenta crisis hipertensiva y síntomas premonitorios, por lo que se realizó cesárea emergente obteniendo recién nacido femenino vivo, peso de 1010gr, Apgar de 7/10 al minuto y hallazgo incidental intraoperatorio de placenta posterior increta. Se intenta extracción manual y legrado bajo visión directa, con persistencia de 2 cotiledones adheridos a la pared uterina. Recibió antibioticoterapia y manejo antihipertensivo por una semana, con resolución del cuadro hipertensivo a los 10 días posparto y seguimiento ecográfico evolutivo con expulsión parcial espontanea de la placenta residual por lo que se realizó aspiración manual endouterina. Se evidenció déficit de proteína S, mutación homocigota de metiltetrahidrofolato reductasa y mutación heterocigota del factor V Leiden, en estudios que fueron reportados en el posparto.

Discusión

Se presenta un caso de placenta increta como hallazgo incidental intraoperatorio en paciente primigestante con Preeclampsia atípica y trombofilia. Se realizó manejo conservador mediante remoción parcial de la placenta bajo visión directa y posterior vigilancia clínica.

No hay consenso sobre el manejo para esta condición médica. Las opciones terapéuticas descritas son: 1) remoción manual completa, 2) manejo expectante con placenta in situ, 3) remoción del área del acretismo, 4) sutura alrededor del área del acretismo después de su resección (3).

Es el primer caso reportado que combina dos alternativas de manejo. No hay descrito en la literatura mundial la asociación de trastornos de la inserción placentaria (placenta increta), con trombofilias y preeclampsia precoz.

Palabras clave

Placenta increta, preeclampsia, expectant approach, trombophilie.

**OPP-83**

# TRATAMIENTO EXITOSO CON ECULIZUMAB EN SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN EL PUERPERIO: REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Llanos- Buelvas J, Rojas- Urquijo J, Hernández- Moreno A. Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

## Introducción

El Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa) mediado por complemento es una microangiopatía trombótica caracterizada por anemia hemolítica, trombocitopenia y falla renal. En el embarazo es una condición rara, con una prevalencia de 1 por cada 25.0000 gestaciones, sin embargo cuenta con una elevada morbimortalidad.

## Reporte de caso

Paciente de 29 años con embarazo de 32,1 semanas, con antecedente no claro de microangiopatía trombótica, quien ingresa por cuadro de equimosis en extremidades superiores e inferiores, gingivorragia, hematuria y cifras tensionales en estadio I. Al ingreso se documenta elevación de LDH (994), proteinuria aislada significativa (500), trombocitopenia (8000) y evidencia ecográfica de peso en percentil 6 además de Arteria cerebral media e índice cerebroplacentario menor al percentil 5, por lo que se considera finalización de gestación por sospecha de Síndrome de HELLP incompleto superpuesto a patología de base. Requirió manejo en UCI con soporte transfusional y manejo conjunto con Hematología quienes indican Inmunoglobulina humana, corticoides y solicitan ADAMTS 13. Pese a manejo la paciente persiste con trombocitopenia refractaria, LDH elevada y anemia hemolítica progresiva por lo que indican inicio de plasmaféresis a cargo de servicio de Nefrología con mejoría parcial. Reporte de ADAMTS 13 normal, estudio inmunológico negativo con lo cual se descarta PTT, y dado compromiso renal por proteinuria, hematuria e HTA se sospecha SHUa, indican Eculizumab con mejoría progresiva del cuadro clínico y es posible dar de alta con manejo y seguimiento. Se indicó estudio genético el cual se encuentra pendiente.

## Discusión

Se estima que el Síndrome Hemolítico Urémico atípico (SHUa) ocurre en un 40% en el embarazo y hasta un 80% durante el puerperio, tan solo un pequeño porcentaje se complica con Preeclampsia. Se ha considerado el embarazo como desencadenante de ésta enfermedad sin embargo el mecanismo por el cual lo realiza aún no se encuentra claro. El manejo tradicional descrito incluye soporte dialítico, transfusional y plasmaféresis, sin embargo hay evidencia creciente en la eficacia del uso Inhibidor de C5- Eculizumab de manera satisfactoria en el embarazo en limitados reportes de caso. El enfoque inicial en una gestante que presente anemia, trombocitopenia y compromiso renal es en primera instancia las condiciones relacionadas con el embarazo como los son la Preeclampsia y el Síndrome de HELLP; posteriormente deben sospecharse las diferentes Microangiopatías Trombóticas (MAT). El diagnóstico y tratamiento oportuno permitirán disminuir la alta morbimortalidad materna y fetal. En caso de que se sospeche una MAT, se deben medir los niveles de actividad de ADAMTS 13 para su diferenciación y tratamiento oportuno[6]. En este reporte de caso presentamos una paciente quien curso con una Preeclampsia con criterios de severidad junto con una Microangiopatía Trombótica de base con pobre respuesta al manejo medico inicial instaurado, con niveles de ADAMTS13

normales, que permitió diferenciar una PTT de un SHUa, y así dar inicio de manejo con Eculizumab con adecuada respuesta clínica.

**Palabras clave**: Embarazo, Microangiopatía Trombótica, Eculizumab.

**OPP-84**

# MANEJO CONSERVADOR DE PLACENTA ACRETA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Molina-Bolaños CC*, Tobar-Parra JM*, Ortiz-Martínez RA**.
*Residentes Ginecología y Obstetricia. Universidad del Cauca, Popayán – Cauca, Colombia
**Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad del Cauca, magister en Epidemiologia. Universidad del Valle.
Contacto: cristianmolinab@unicauca.edu.co Tel: 3173578101

## INTRODUCCIÓN

La placenta acreta se define como un defecto de la interfase endometrio-miometrio típicamente en la cicatriz de una histerotomía previa. No es primario de la biología del trofoblasto, puede llegar a representar una mortalidad del 7%, y ser causa de morbilidad asociada con transfusiones, infección, daño ureteral y formación de fístulas, al igual que con mayor riesgo de parto pretérmino y feto pequeño para la edad gestacional. Su incidencia ha tenido un ascenso exponencial a través de los años en correlación con el aumento de la tasa de cesáreas, con reportes que pueden llegar a 1 caso en 533 partos.

Entre los factores de riesgo reportados tenemos: placenta previa, número de cesáreas, cirugía uterina previa, miomectomía, legrado uterino, embolizacion de arterias uterinas, siendo la placenta previa y la historia de cesárea los más importantes.

El Diagnóstico se realiza por ecografía, Doppler y RMN. Dentro de las opciones de manejo están el conservador y extirpativo incluyendo la extracción manual de placenta y la histerectomía, que implican tasas elevadas de morbilidad materna, el manejo conservador se ha reportado como una buena opción bajo ciertas circunstancias.

## OBJETIVO

Describir la experiencia de un caso de acretismo placentario con manejo conservador y revisión de la literatura actual.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Caso extraído de la base de datos del Hospital Universitario San José de Popayán y revisión de la literatura actual.

## CASO CLÍNICO

Primigestante que acude a urgencias a la semana 32 con historia de amniorrea, evidenciada clínicamente. Antecedente de cirugía de corrección de tabique uterino a los 20 años por útero bicorne. Diagnóstico ecográfico de oligoamnios y podálico con indicación de cesárea, con los siguientes hallazgos: Extracción fetal normal, extracción placentaria difícil, adherencia principalmente en fondo y cara posterior de útero, revisión de serosa uterina sin compromiso. En acto quirúrgico en acuerdo con paciente se propone manejo conservador.

## RESULTADOS

El postquirúrgico inmediato se manejó con úterotonicos, antibioticoterapia. Se indicó manejo con metotrexate previo reporte de paraclínicos normales, con esquema multidosis días 1,3,5,7,9 a 50 mg dosis más folinato de calcio días 2,4,6. Evolución posquirúrgica adecuada, se dio de alta al día 7. El seguimiento fue seriado con niveles de B-HCG: inicial 2977 y menor de 5 al día 120,

y ecográfico: día uno volumen uterino total de 1224 cm3, endometrio compatible con restos placentarios, día 120 día volumen 121 cc endometrio 11.3 con interfase endometrio miometrio conservado, en el seguimiento al día 60 se evidencio por ecografía posible Síndrome de Asherman, se le practico hieroscopia, actualmente con anticonceptivos orales y asintomática.

**CONCLUSIONES**

Se trata de un caso de acretismo placentario diagnosticado en el acto quirúrgico a quien se le dio manejo conservador con buena respuesta, hallazgo este acorde a otros reportes publicados en la literatura.

**OPP-85**

# PERITONITIS GENERALIZADA EN UN EMBARAZO AVANZADO SECUNDARIO A UNA APENDICITIS PERFORADA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Restrepo-Castro O[1], Usta-Stavoli C[2], Granados-Casallas N[3], Castillo Zamora, M[4].

1 Profesor Ginecología y Obstetricia, Universidad de la Sabana, Chía - Cundinamarca, Colombia.
2 Medica Interna, Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía - Cundinamarca, Colombia.
3 Estudiante IV semestre. Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía - Cundinamarca, Colombia.
4 Profesor Asistente Ginecología y Obstetricia, Universidad de la Sabana, Chía - Cundinamarca, Colombia.

Autor principal: marcoscz@unisabana.edu.co
Teléfono: 3143614772

Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia

**Introducción:** El objetivo de este artículo es la presentación del caso clínico y la revisión de la literatura dando especial énfasis al abordaje diagnóstico dado a la apendicitis aguda en el embarazo avanzado, tratando de establecer cuando es necesario el uso de ayudas diagnósticas especialmente imágenes como ultrasonido, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear, las cuales pueden redundar en un diagnóstico temprano disminuyendo las complicaciones en el embarazo

**Materiales y Métodos:** Se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las bases de datos Up to date, Pubmed y Science Direct con la terminología MeSH “Pregnancy”, “Peritonitis”, “Appendicitis”, “Perforated Appendicitis”, “Ultrasonic Diagnosis”, se realizó una búsqueda incluyendo artículos tales como reportes de caso, revisiones de la literatura, revisiones sistemáticas de la literatura, estudios descriptivos retrospectivos, cohortes, casos y controles publicados en idioma inglés o español, de los últimos 20 años que se centraran en apendicitis en el embarazo avanzado y de estos en los que se abordara el enfoque diagnóstico, se excluyeron aquellos que no cumplieran con los criterios predeterminados, se descartaron cartas al editor. La paciente firmó el consentimiento informado y dio autorización para la publicación de su caso y se garantizó la confidencialidad de la información y su privacidad.

**Resultados:** Se identificaron 23 títulos relacionados directamente con la apendicitis en el embarazo y su abordaje diagnóstico, los resultados obtenidos muestran la necesidad del apoyo de imágenes diagnósticas para mejorar la precisión del hallazgo de esta patología en el embarazo

**Conclusiones:** El diagnóstico de la apendicitis en el embarazo es difícil, especialmente en el segundo y tercer trimestre de la gestación, el abordaje diagnóstico inicial es netamente clínico, es necesario identificar los signos y síntomas, para posteriomente realizar o confirmar el diagnóstico por medio del uso de imágenes diagnósticas tales como la ultrasonografía siendo esta la primera opción dado su fácil acceso, en caso de que no sea conclusiva o negativa de acuerdo con la clínica de la paciente se sugiere hacerse uso de la resonancia magnética nuclear

que ha mostrado una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de esta patología en mujeres embarazadas.

**Palabras clave:** Peritonitis, apendicitis, embarazo, diagnóstico ultrasonográfico.

**OPP-87**

## PAPILOMATOSIS LARÍNGEA RECURRENTE COMPLICADA EN EL EMBARAZO.

**Autores:** Tissnesh. Betancur L, Duran Morales MA, Maya Betancourt MC, Colonia Toro A. Hospital General de Medellín - Universidad CES, Medellín, Colombia.

**Introducción:** La papilomatosis laríngea se caracteriza por la aparición de lesiones papilomatosas que crecen en todo el tracto respiratorio. La incidencia varia de 2-4/100000 pacientes, con edad de presentación variable, 50% los casos en la infancia y 50% entre los 20–30 años. El virus del papiloma humano es el agente causal, los serotipos 6 y 11 son responsables de más del 90% de casos; la forma de diseminación más frecuente es la vertical, así como la hematógena y por contigüidad.

La laringoscopia o fibrobroncoscopia directa son el Gold estándar para diagnóstico permiten la visualización directa de las lesiones, la toma de biopsias para estudio histológico (reporta estratificación epitelial escamosa benigna) y tipificación viral.

El objetivo del tratamiento es disminuir la extensión de la enfermedad, mantener una vía aérea permeable, mejorar la calidad de la voz e incrementar el intervalo de tratamiento entre las cirugías. Aunque no existe un tratamiento curativo definitivo, existen múltiples opciones desde la observación, resección quirúrgica de las lesiones y/o inyección de medicamentos intralesionales como el Aciclovir, interferón alfa, cidofovir.

En la embarazada la sintomatología y la proliferación de las lesiones se exacerban por los cambios fisiológicos del árbol traqueobronquial, y por la activación en el sistema celular que la hace más susceptible de la reactivación de enfermedades virales.

Nuestro objetivo principal es dar a conocer los cambios que se presentan en la mujer embarazada que generan el empeoramiento y exacerbación de la papilomatosis, realizar una búsqueda ampliada y mostrar las principales características de la enfermedad, avances en diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

**Materiales y Métodos:** Revisión de la literatura, reportes de caso.

Resultados: Primigestante de 15 años, embarazo 18 semanas, antecedente de papiloma laríngeo recurrente con múltiples intervenciones quirúrgicas desde los 2 años, consulta por estridor respiratorio, disnea y disfonía. Ingresa taquipneica, con retracciones, espiración prolongada, y sibilancias. Se considera obstrucción extrínseca de la vía aérea con posible extensión traqueal y se inician nebulizaciones con epinefrina y dexametasona 8mg/iv. La nasofibrolaringoscopia muestra avanzado compromiso de glotis fonatoria y respiratoria por obstrucción de 80% de la luz con lesiones laríngeas y traqueales, se realiza resección parcial de lesiones y se asegura vía aérea con intubación orotraqueal. Se extuba a las 48 horas; pero por persistencia de disfonía y disnea se repite fibronasolarinoscopia con evidencia de lesiones residuales por lo que programan segundo tiempo quirúrgico, se realiza resección con microdebridador. La paciente evoluciona de forma satisfactoria y es dada de alta a los 17 días, con síntomas obstructivos resueltos, vía aérea permeable, retorno a su condición de disfonía y limitación vocal basal.

**Conclusiones:** La papilomatosis laríngea recurrente debe sospecharse en una paciente con dificultad respiratoria que no responda a tratamiento convencional, su diagnóstico temprano e intervención oportuna, aun mas en pacientes gestantes previenen en gran medida, las complicaciones dadas por estridor, obstrucción de vía aérea, traqueostomía, apneas y muerte.

**Palabras Clave:** laryngeal papillomatosis, recurrent respiratory papillomatosis, human papilloma virus.

**OPP-89**

# HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA EN EL EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, BOGOTÁ.

Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
Llanos-Buelvas JS, Echeverry-Pérez LE, Lerma-Ruíz YA
llanosbuelbas@gmail.com 3114819528

## Introducción:

La hipertrigliceridemia severa durante el embarazo está asociada a muchos desafíos clínicos. Durante el embarazo, se producen alteraciones en la homeostasis de los lípidos para asegurar la transferencia de nutrientes al feto, por lo que en mujeres con una predisposición genética subyacente, esta condición puede exacerbarse llevando a complicaciones como la pancreatitis aguda. Destacamos un caso de hipertrigliceridemia gestacional severa, y una propuesta terapéutica basada en un enfoque multidisciplinario.

## Reporte del caso:

Paciente de 34 años, G2C1, con embarazo de 23 semanas y antecedentes de hipertrigliceridemia en tratamiento con fibratos hasta inicio del embarazo actual, y 2 episodios secundarios de pancreatitis previos a este embarazo, quien consulta por dolor abdominal en hipocondrio y flanco izquierdos asociados a intolerancia a la vía oral. Al examen físico sin inestabilidad hemodinámica y sin signos de irritación peritoneal; sin compromiso fetal. Paraclínicos evidencian amilasemia y dislipidemia mixta con triglicéridos en 4363mg/dL y colesterol total en 579mg/dL, haciéndose diagnóstico de pancreatitis leve de origen metabólico. Con el ayuno disminuyen significativamente valores de triglicéridos (677mg/dL), por lo que se reinicia la vía oral, posterior a lo cual se da un aumento progresivo de triglicéridos (hasta 3748mg/dL). Soporte nutricional optimiza manejo dietario (dieta hipograsa, hiperprotéica, alta en fibra y restringida en carbohidratos). Se realiza junta médica con UCI-nefrología-endocrinología y medicina-maternofetal; y teniendo en cuenta la edad gestacional (segundo trimestre), sopesando riesgo-beneficio, se inicia ciprofibrato 200mg al día, y se deja a la plasmaféresis como opción, en caso de cursar nuevamente con pancreatitis. La respuesta es parcial, con aumento persistente de triglicéridos hasta 4040mg/dL, por lo que se considera falla terapéutica. Se propone cambio a fenofibrato 200mg cada 12 horas (dada su potencia respecto al ciprofibrato) y vigilancia intrahospitalaria con adecuada respuesta dándose egreso con triglicéridos en 3329mg/dL.
Paciente actualmente asintomática, con 37 semanas de embarazo, con adecuado perfil de crecimiento fetal y control de triglicéridos en 1237mg/dL y colesterol total en 331 mg/dL. Se encuentra programada para cesárea electiva el 14/03/2018.

## Discusión:

En el manejo de la hipertrigliceridemia gestacional la atención multidisciplinaria es crucial para optimizar los resultados maternos y perinatales[1]. Los métodos nutricionales incluyen restricción dietética de carbohidratos y grasas, y la introducción de triglicéridos de cadena media y ácidos grasos omega-3[2]; mientras que los métodos farmacológicos incluyen hipolipemiantes como los fibratos, que aunque se consideran en general contraindicados en el embarazo, han mostrado cierta seguridad en diversos estudios[3] (en especial gemfibrozil/fenofibrato clasificados categoría C) y pueden considerarse una alternativa, como en este caso, si no existe respuesta al régimen dietario, demostrando buenos resultados. La literatura coincide en que la plasmaféresis debe reservarse para cuando la paciente sea refractaria a los demás enfoques[4]. El momento del parto sigue siendo controversial, sin embargo una inducción temprana o cesárea electiva son indicadas

en caso de hipertrigliceridemia persistente con el fin de evitar un episodio de pancreatitis[5] y sus consecuencias.

**Palabras clave:** hipertrigliceridemia, pancreatitis, manejo.

**OPP-90**

# PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE, TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO REFRACTARIO EN EL EMBARAZO, UN REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL BOGOTÁ.

Llanos J.S**, Ojeda. D.C, Sanabria. J.E
** llanosbuelvas@gmail.com teléfono: 3114819528

INSTITUCIÓN: Hospital Militar Central Bogotá-Colombia

Introducción y Objetivos. La púrpura trombocitopénica inmune, representa el 5% de trompocitopenia presente en el embarazo, puede complicar a la madre y al feto en 1 a 2/1000001 y su tratamiento llega a ser complejo y limitado. Durante la gestación las opciones de tratamiento de primera línea se limitan a corticoides e Inmunoglubilina intravenosa, llegando por el riesgo de hemorragia a la necesidad de la esplenectomía2 como opción de segunda línea ya que otros agentes utilizados en pacientes no embarazadas son considerados teratogénicos.

Materiales y métodos. Paciente de 31 años, G2P1, ingresa a la institución con embarazo de 21.2 semanas, antecedente de purpura trombocitopénica idiopática desde hace 4 años, remitida por debutar con lesiones petequiales generalizadas y conteo plaquetario de 20.000. Se inicia en nuestra institución manejo con corticoide a altas dosis sin respuesta, por lo que se indica adicionar inmunoglobulina G humana y transfusión de plaquetas por alto riesgo de hemorragia, sin embargo no presentó la respuesta médica esperada por lo que en junta multidisciplinaria a la semana 26 se decide llevar a esplenectomía como segunda línea de manejo. Presenta en postoperatorio inmediato ascenso de conteo plaquetario y diabetes gestacional secundaria a corticoides, requiriendo manejo con insulina. En semana 28 presenta de nuevo descenso progresivo de conteo plaquetario llegando a 1000, por lo que se inicia activadores de las rutas de transcripción intracelular a través del receptor de la trombopoyetina (Romiplostim) semanal como tercera línea de tratamiento y se repite dosis de inmunoglobulina G con lo que logra llegar a rangos seguros. En semana 32 presenta oligohidramnios e insuficiencia placentaria con estado fetal no satisfactorio culminando gestación por cesárea, obteniendo recién nacido masculino, peso de 1720 gr, talla 43 cm, apgar 8/9/10. En el puerperio se realizó biopsia de medula ósea que se reportó como estudio negativo. Se da egreso con niveles plaquetarios en rangos de seguridad, se continua corticoide y romiplostim. Presenta en controles trombocitopenia severa que requiere dos hospitalizaciones iniciando estimulante de la producción plaquetaria (Eltrombopag), azatrioprina, rituzimab, regularizando niveles de plaquetas y logrando destetepaulatino de manejo instaurado.

Resultados. Recién nacido pretérmino que no requirió manejo invasivo Paciente actualmente sin manejo medico con recuento plaquetario normal.

Conclusiones. El caso clínico expuesto presentó un gran reto, considerando el manejo médico y quirúrgico refractario, ya que en la literatura revisada y en los casos clínicos reportados al realizar la esplenectomía como segunda línea de tratamiento hay respuesta casi inmediata sin requerir manejo medico adicional, en nuestro caso fue necesario el uso de agente trombopoyético con búsqueda de literatura encontrando solo tres casos reportados con uso de Romiplostim4-5, de esta forma logramos niveles de seguridad plaquetaria y se logró culminar la gestación estabilizando el riesgo de sangrado en postparto inmediato, obteniendo un recién nacido pretérmino sin alteraciones por trombocitopenia ni efectos segundarios por uso de este agente,

considerando así esta opción de manejo como alternativa en casos refractarios con ventajas como su alta tasa de éxito y su velocidad de acción.

**OPP-91**

## ¿SE PUEDE TRATAR EL HIDROPS FETAL NO INMUNE? REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**AUTORES:**
Cristian Fernando Hincapié Porras, Andrea Catalina Avellaneda Salamanca, Fabián Andrés Pulido Montaña, José Luis Rojas Arias, Edgar Acuña, Saulo Molina-Giraldo
Institución: Unidad de Terapia, Cirugía Fetal y Fetoscopia, División de Medicina Materno fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de San José y, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS. Bogotá – Colombia.

Introducción y Objetivos. El hidrops fetal es una acumulación patológica de líquido en los tejidos blandos y en las cavidades serosas del cuerpo. El hidrops fetal no inmune corresponde al hidrops que no es resultado de la isoinmunización RH y corresponde al 90% de los casos. El diagnóstico se realiza por la presencia de dos o más de los siguientes hallazgos en la ecografía: edema de piel, derrame pleural, derrame pericárdico, ascitis. Al momento de la ecografía, la etiología se puede confirmar en muchos casos de acuerdo a los hallazgos. Las causas más comunes, son las cardiovasculares, cromosómicas, hematológicas e infecciosas, seguidas por las malformaciones fetales, las complicaciones de los embarazos gemelares monocoriales y las anormalidades placentarias. El objetivo del presente reporte es conocer un caso de hidrops fetal no inmune, patología con alta mortalidad sin manejo adecuado en los casos que son susceptibles de intervención, en el cual se identificó anemia fetal como causa del cuadro. Se realizó terapia fetal con transfusiones in útero con resolución de los edemas y logrando nacimiento al término. Se realizó revisión de la literatura para conocer las recomendaciones actuales de terapia fetal en hidrops no inmune. Caso Clínico: paciente de 31 años primigestante sin antecedentes de importancia, hemoclasificación A+ con embarazo de 22 semanas quien acude a valoración ecográfica a la Unidad de Medicina Materno Fetal con hallazgo de feto masculino con biometría promedio para 20 semanas peso fetal estimado de 355 gr menor al percentil 10 para la edad gestacional, con derrame pleural, derrame pericárdico, ascitis, y polihidramnios. A la evaluación Doppler como hallazgo positivo se identificó velocidad pico sistólico de la arteria cerebral media (VPS-ACM) 1.9 múltiplos de la mediana para la edad gestacional. No se identificaron malformaciones estructurales fetales ni placentarias que pudieran explicar el hidrops. Se realizó estudio de cariotipo en líquido amniótico con resultado normal XY, además se descartaron infecciones del grupo TORCH y PCR para parvovirus B19 y citomegalovirus en líquido no detectables. Se realizaron 4 transfusiones con resolución del cuadro y nacimiento a término.

Materiales y métodos. Se tomaron datos de la historia y las ecografías reservando la identidad de la paciente. Se realizó una búsqueda de la literatura de artículos publicados en revistas indexadas, entre 2007 y 2017 en las siguientes bases de datos: PUBMED, MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, incluyendo los siguiente términos Mesh: (“nonimmune hydrops fetalis”) (“non-immune hydrops fetalis), usando filtro de tiempo de publicación, artículos publicados en los últimos 10 años.

Resultados. DISCUSIÓN. Las causas de hidrops fetal son heterogéneas, las más comunes son las cardiacas, cromosomopatías, hematológicas e infecciosas. En general su diagnóstico confiere un mal pronóstico, pero se deben identificar los casos susceptibles de tratamiento como las arritmias, anemia fetal, y el síndrome de transfusión feto fetal, en los cuales la intervención mejora el pronóstico.

Conclusiones. Aunque se trata de una patología con alta mortalidad, algunas etiologías como las arritmias, la anemia y el síndrome de transfusión feto fetal son susceptibles de terapia fetal con resolución de los edemas.

**OPP-103**

## ECTOPIA CORDIS EN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dras. A. Bolena. Muriel[1] C. Patricia. González 1 Dr. F. C. Briceño [2] Dr. Ricardo Paredes [2] Dr. A. José Madrid [3] Dra. D. Milena Martínez B.[4]

1. Residente Ginecología y Obstetricia Universidad Libre Cali
2. Especialista en Medicina Materno Fetal, Clínica Farallones Cali, Colombia
3. Especialista en Cardiología Pediátrica Universidad del Bosque, Clínica Imbanaco Cali, Colombia
4. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Magister en Epidemiología, Doctorado en Administración de Negocios, Docente Universidad Libre.

Introducción y Objetivos. La Ectopia Cordis es un defecto congénito raro relacionado con varias teorías, en el cual se presenta una alteración en la fusión sobre la línea media que conlleva al desplazamiento total o parcial del corazón a través de un defecto de la cavidad torácica anterior. La prevalencia estimada es de 5,5 a 7,9 por millón de nacidos vivos. Exponer un caso de Ectopia cordis en un embarazo gemelar monocorial biamniotico y revisión de la literatura.

Materiales y métodos. Se reporta caso de Ectopia Cordis en embarazo gemelar monocorial biamniótico con revisión de la literatura, se encuentra la baja incidencia de esta patología, dando a conocer el manejo médico y quirúrgico de forma multidiciplinaria, tal como fue realizado en el presente caso. La búsqueda se realiza en PUBMED, CLINICAL KEY, OVID, se incluyen todos los artículos de Ectopía Cordis, no se tuvo en cuenta el idioma, se realizó consentimiento informado de la paciente.

Resultados. Se trata de una primigestante de 30 años, con embarazo de 33 semanas por ecografía, con control prenatal completo, sin antecedentes personales de importancia, paraclínicos del CPN dentro de la normalidad, con ecografía en el primer trimestre, reportaba embarazo gemelar monocorial biamniótico de 13,1 semanas, con Feto 1 normal para la edad gestacional y Feto N 2 con Ectopia Cordis, hidrópico, sonolucencia nucal 8 mm p> 95 higroma quístico, hueso nasal no visualizado, sin cariotipo fetal. Paciente consulta a la semana 33 a una clínica de la ciudad de Cali con reporte de ecografía del mismo día de Feto 1 cefálico con índice de líquido amniótico (ILA), peso estimado de 2400 gramos p75% y Feto 2 en podálica ILA: mayor ventana 7 cm, peso estimado 1200 gramos P< 5%, PBF 8/8, con defecto de Ectopia Cordis, labio leporino, hidrotórax, derrame pleural y con doppler en P92. Se realiza ecocardiograma fetal con hallazgo en Feto 2 de corazón completamente afuera del tórax, tamaño normal, FCF 128 por minuto, ritmo regular, CIA tipo ostium secundum de 6 mm, septum interventricular aparece con defecto posterior de 2,6 mm, arco aórtico y ductal normal. Se considera como diagnóstico Ectopia Cordis, CIA y CIV pequeño. Por hallazgos se indica cesárea y se obtiene RN N1 en podálica con evidencia de Ectopia Cordis, fisura labial, con paladar íntegro, requirió manejo en UCI neonatal en nivel de alta complejidad donde abordan de manera multidisciplinaria, y requirió varios procedimientos quirúrgicos según protocolo, presentando varias complicaciones, a los 27 días de vida la paciente presentó desaturación, bradicardia y muerte súbita.
Conclusiones. A pesar de que la Ectopia Cordis es una patología congénita de baja prevalencia en el mundo, en este reporte de caso se resalta la importancia de realizar diagnóstico prenatal a través de la ultrasonografía y estudios genéticos para tener una mejor visión del manejo y evitar

complicaciones durante el parto, además de tener una mejor proyección en cuanto al tratamiento del recién nacido con Ectopia Cordis aumentando posibilidades de sobrevida en estos pacientes.

**OPP-105**

## EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autor(es): Serrano Perea E., Mosquera Agudelo J., Zambrano Pabón E.
Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia.
Correo: eliseper205 @hotmail.com, celular: 3168163851

Introducción: Su presentación es extremadamente rara y suele ser catastrófica, supone el 2 a 3% de las gestaciones ectópicas, con una tasa de mortalidad reportada hasta del 2.5%.de los casos.
Su diagnóstico y tratamiento representan un reto para el clínico por su asociación a hemorragia masiva secundaria a su ruptura.
Los factores de riesgo son similares a los de otras gestaciones ectópicas.
Característicamente las pacientes pueden cursar desde asintomáticas hasta el espectro de amenorrea, dolor pélvico, asociado a hemorragia y colapso.
Herramientas diagnósticas el nivel de BHCG y el ultrasonido resultan de gran ayuda para confirmarlo
Existen diferentes alternativas terapéuticas: El tratamiento convencional que consiste en la resección cornual, extirpación del embrión y hemostasia sea por laparotomía o por vía laparoscópica, la primera indicada en el embarazo cornual complicado con hemorragia requiriendo algunos casos la realización de histerectomía y la segunda en gestaciones cornuales no muy desarrolladas. El tratamiento conservador incluye la administración de metotrexate, y segundo la embolización de la arteria uterina en aquellas pacientes en quienes su deseo de concebir ya está satisfecho.
Adicionalmente hay otras opciones de tratamiento como la extracción del embrión mediante inyección directa en el saco gestacional o aspiración uterina ambos procedimientos guiados por ecografía transvaginal, y la ablación con HIFU (ultrasonido enfocado de alta intensidad) en las gestaciones ectópicas asociadas a fibromas o miomas que tiene como finalidad inducir necrosis coagulativa de estos tejidos mediante efectos térmicos y mecánicos.
La trascendencia clínica del embarazo cornual radica en su asociación con una elevada tasa de morbimortalidad materna derivada de la hemorragia intrabdominal severa ocasionada por su ruptura.

Objetivo: Documentar el caso de una gestación cornual y realizar revisión de la literatura sobre su diagnóstico, manejo y pronóstico.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de un embarazo cornual en una adolescente, manejado en una clínica privada de alto nivel de complejidad ubicada en la Ciudad Santiago de Cali (Colombia).Se realizó búsqueda de literatura en la base de datos medline vía Pubmed, con la terminología MESH “cornual pregnancy” y “ectopic pregnancy”. La búsqueda se limitó a los idiomas inglés y español, entre los años 1960 a 2017.

Resultados: Se encontraron un total de 24 artículos relacionados con el tema, de los cuales se incluyen 14 en la revisión: 13 reportes de caso, un estudio observacional retrospectivo y una revisión de literatura.

Conclusión: Dentro de los embarazos ectópicos, la localización cornual es infrecuente, sin embargo representa una condición potencialmente peligrosa que debe diagnosticarse

tempranamente y tratarse de manera rápida y eficiente para disminuir la morbilidad y mortalidad. Pueden reincidir y la fertilidad no se ve afectada por el tipo de terapia que se elegida.

Palabras Clave: Embarazo ectópico, embarazo cornual.

**OPP-106**

**HEMATOMA HEPÁTICO SUBSCAPULAR ROTO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**Autor(es):** Margarita Crespo*, Claudia Colmenares**, Luz Deysy Colmenares Torres***, Eliana Astrid Arocha Roa***

**INSTITUCIÓN**:

* MD, Especialista en ginecología y obstetricia.

** MD, MSc Especialista en epidemiologia clínica. Fundación Universitaria Sanitas

***MD, Residentes del postgrado de ginecología y obstetricia. Fundación Universitaria Sanitas

**INTRODUCCIÓN**: El hematoma hepático subscapular es una entidad extremadamente rara cuya incidencia es de 1 y 2% de las gestaciones con preeclampsia, y una de las complicaciones más graves es su ruptura. Se estima que la mortalidad materna está entre el 45 – 70 %. Es un daño a nivel hepático con la presencia de microtrombocitosis y vasoconstricción que genera obstrucción sinusoidal, congestión vascular, sobrecarga e incremento de la presión intrahepática, dilatación de la cápsula de Glisson, y ruptura espontánea. Generalmente se presenta en el tercer trimestre o el puerperio inmediato; el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico. El objetivo de presentar este caso hace referencia a la forma atípica de presentación de los síntomas, ya que el diagnostico se realizó intraoperatoriamente; se describen puntos importantes y el manejo multidisciplinario, considerando estos aspectos de importancia y aporte a la literatura médica.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** A continuación, se describe el caso de una paciente con hematoma subscapular hepático roto en el tercer trimestre; complicación que fue identificada durante la cesárea de emergencia que se debió practicar a la paciente por un estado fetal insatisfactorio.

**RESULTADOS**: Mujer de 35 años con gestación de 35.5 semanas con cuadro clínico de 2 horas de dolor constante e intenso en región lumbar derecha con sospecha de amenaza de parto pretérmino por cambios cervicales. Durante su observación clínica persistió con dolor y presentó estado fetal insatisfactorio, fue llevada a cesárea de emergencia, en procedimiento se evidenció hematoma subscapular roto con hemoperitoneo de 3000 cc aproximadamente. El servicio de cirugía realiza empaquetamiento para control de sangrado y posteriormente embolización por el servicio de radiología de los segmentos 7-8 a nivel hepático. Los paraclínicos evidenciaron un descenso importante de plaquetas y aumento de enzimas hepáticas. La paciente requirió vigilancia UCI y a los dos días fue reintervenida por abdomen agudo, realizándose colecistectomía, apendicetomía, liberación de adherencias y lavado peritoneal; paciente con adecuado control clínico egresa a los 12 días

**CONCLUSIÓN:** El hematoma subscapular hepático roto es un cuadro extremadamente grave, incierto y poco común en la gestación; su presentación clínica es muy inespecífica y los síntomas pueden confundirse con otras patologías. En el caso reportado, los diagnósticos de ingreso no contemplaron esta entidad como primera opción, dado que la paciente presentaba dolor en región lumbar derecha lo cual no es típico en los hematomas subscapulares y la actividad uterina con cambios cervicales hizo sospechar otros diagnósticos.

Si bien la ruptura del hematoma es una complicación del síndrome de Hellp, en este caso no se sospechó de un trastorno hipertensivo ya que todos los parámetros vitales de la paciente al ingreso estaban normales, así mismo los paraclínicos solicitados previo a la complicación no presentaban alteración. El deterioro clínico de la paciente y el compromiso fetal fueron los que alertaron al personal médico para la finalización de la gestación. La importancia de este caso radica en sospechar la presencia de un hematoma hepático en aquellas pacientes que no presentan clínica compatible con un trastorno hipertensivo del embarazo.

**OPP-107**

# REPORTE DE CASO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL TARDÍO ATÍPICO Y RESTRICCIÓN CRECIMIENTO INTRAUTERINO SELECTIVA ESTADIO II EN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO A LAS 30 SEMANAS DE GESTACIÓN.

**Autores:** F.A. Pulido, J.I. Pineda, E.A Suarez. J.L Rojas S. Molina-Giraldo fpulido12@gmail.com
**Institución:** Unidad de Terapia, Cirugía Fetal y Fetoscopia, División de Medicina Materno fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de San José y, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS. Bogotá – Colombia.

**Introducción**: El STFF afecta el 10-15% de los embarazos gemelares monocoriales. En ausencia de un diagnóstico a tiempo y una intervención prenatal fetal la pérdida fetal es esperable en más del 90%.
El diagnóstico del STFF se hace mediante los criterios de Quintero con un BMV > de 8 mm y < de 2 mm, ausencia de vejiga, alteración en el flujo de la AU, el hidrops fetal y la perdida de uno o ambos gemelos. La edad gestacional usual para el diagnóstico es entre las 18 y 26 semanas, los casos de presentación mayores a las 26 semanas son raros. El propósito de este trabajo es la presentación de 1 caso valorado en la unidad de MMF con un diagnóstico de STFF a las 30 semanas de gestación con controles previos normales; los hallazgos ecográficos y los resultados post natales.
**Caso Clínico:** Paciente de 22 años con primera valoración en la unidad a las 25 semanas con diagnóstico de embarazo gemelar monocorial biamniotico, sin criterios de STFF según estadios de Quintero, con diferencia de pesos del 10% y Doppler normal. En semana 27 ecografías sin criterios de STFF, diferencia de pesos del 18% y Doppler normal. En semana 29 el control es negativo para STFF, diferencia de pesos del 18% con Doppler sin alteraciones. A la semana 30.6 BMV del gemelo 1 11cc y del gemelo 2 de 0.5cc; vejigas presentes en ambos fetos, Doppler alterado en el gemelo 2, con diferencia de pesos del 33% configurando el diagnóstico de STFF en estadio III atípico tardío más una RICUs en estadio II.
Se indicó finalizar la gestación previa maduración fetal y neuroprotección, se realizó cesárea obteniendo recién nacidos vivos de 1550 gr y 1100 gr para una diferencia de pesos del 29%.
**Discusión:** El seguimiento ecográfico fue adecuado según las guías de manejo para estos casos con control quincenal cuando es normal, sin hallazgos anormales hasta la semana 28 que sugirieran STFF ni RCIUs; con debut del cuadro patológico descrito en semana 30 considerado atípico por la edad gestacional de presentación.
**Conclusión**: El STFF es exclusivo de estos embarazos, con una edad gestacional de ocurrencia en promedio entre las 18 y las 26 semanas. A pesar de un seguimiento ecográfico adecuado especializado, la aparición tardía del cuadro es posible, aunque su incidencia es baja, las consecuencias para los fetos suelen ser severas cuando se presentan; confirmando la necesidad del control ecográfico individualizado según criterio médico con un mínimo de frecuencia cada 2 semanas.

**OPP-108**

## VALORACIÓN PRENATAL INTEGRAL DE LA MICROCEFALIA AISLADA. REPORTE DE UN CASO

**Autores:** J.I Pineda, F.A Pulido, E.A Suárez, S. Molina-Giraldo
jipb_021@hotmail.com
**Institución:** Unidad de Terapia, Cirugía Fetal y Fetoscopia, División de Medicina Materno fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de San José y, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS. Bogotá – Colombia.

**Introducción**: La microcefalia es una afección poco frecuente diagnosticable prenatalmente cuando la circunferencia cefálica está por debajo de 3 desviaciones estándar para la edad gestacional tal como lo demostró Chervenack en la década de los 80s. Es una entidad multifactorial que puede ser causada por condiciones genéticas, cromosómicas, ambientales, infecciosas de las cuales las más frecuentes son la rubéola, el citomegalovirus, la toxoplasmosis y el zika.

A pesar que en Colombia, la incidencia de microcefalia para el año 2016 fue de 9 por cada 100.000 habitantes, observándose un incremento en el número de casos de microcefalia en bebés de mujeres gestantes cuando contrajeron el virus del zika (sugiriendo una relación causal entre el virus y la microcefalia) existen otras condiciones de más difícil diagnóstico como las alteraciones corticales y los trastornos de la migración neuronal.

El propósito de este trabajo es la presentación de 1 caso valorado en la unidad de Medicina Materna Fetal con diagnóstico de microcefalia explicando el abordaje del enfoque perinatal y su correlación con los hallazgos postnatales.

**Caso Clínico:** Paciente de 25 años G2P1 sin antecedentes de importancia, en quien se detecta en ecografía de semana 30 Embarazo con biometría consistente con el diagnóstico de Restricción de crecimiento fetal dado por peso estimado fetal en P<3. Llama la atención diámetros cefálicos anormalmente disminuidos con Circunferencia cefálica de 226mm (-3DS para la EG) compatibles con el diagnostico de microcefalia. El resto del examen físico fetal fue normal y no se correlacionó con malformaciones evidentes. La paciente es llevada a neurosonografía multiplanar con valoración en tiempo real y pos-proceso de acuerdo al protocolo encontrando: biometría consistente con microcefalia, lisenscefalia, sospecha de trastorno de la migración neuronal. Se valora en conjunto con Neuropediatria corroborando hallazgos. Cabe anotar que se exploraron factores de riesgo epidemiológicos para infección por Zika. Se realizó cordocentesis para cariotipo reportando 46XY, RNM fetal compatible con microcefalia corroborando alteración del desarrollo cortical. Estudios de TORCH y ZKA negativos. Parto por cesárea en semana 37 por Estado fetal no satisfactorio. Recién nacido sexo masculino peso 2270gm, talla 47cm, con estudios posnatales corroborando diagnóstico. Actualmente en seguimiento por Neuropediatría.

**Discusión**: El diagnóstico prenatal se logra mediante la biometría cefálica y su comparación con las tablas de normalidad. El enfoque diagnóstico debe incluir estudios de neurosonografía, cariotipo, perfil infeccioso y RNM según el criterio médico especializado.

**Conclusión:** Como en el presente caso el abordaje diagnóstico no siempre permite documentar la etiología, quedando a consideración la realización de estudios genéticos más profundos de manera individual. El manejo perinatal y postnatal debe incluir un grupo multidisciplinario que incluya neuropediatría, genética, psiquiatría y medicina materna fetal.

**Palabras clave:** microcefalia, cariotipo, RMN fetal, Neurosonografía.

**OPP-109**

# A PROPÓSITO DE UNA PACIENTE CON HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO PRESENTADO EN EL PUERPERIO INMEDIATO.

Autor(es): Jorge Enrique Orjuela*, Claudia C. Colmenares** Diana Carolina Hernández Sánchez ***, Anna Valentina Bedoya***

INSTITUCIÓN:
*MD, Especialista en ginecología y obstetricia. Subespecialista en medicina materno fetal. Jefe del posgrado de ginecología y obstetricia de Fundación Universitaria Sanitas.
** MD, MSc epidemiologia clínica. Fundación Universitaria Sanitas
***MD, Residentes del postgrado de ginecología y obstetricia. Fundación Universitaria Sanitas

INTRODUCCIÓN: El hígado graso agudo del embarazo es una complicación obstétrica grave y potencialmente fatal, la cual es resultado de la deposición de grasa microvesicular en el hígado. Esto desencadena una falla hepática aguda caracterizada por ictericia, hipoglicemia, encefalopatía y coagulopatía entre otras. Usualmente, se presenta en gestantes al final del tercer trimestre o en el postparto inmediato; sin embargo, se han reportado casos en semana 23 y 26. La mortalidad secundaria a esta patología es desconocida, las muertes se atribuyen generalmente a complicaciones hemorragias, sepsis, insuficiencia renal y complicaciones asociadas a la coagulopatia, en pacientes a las que no se les diagnostica de forma oportuna esta patología, por lo tanto es tan importante conocer este caso clínico y recordar el curso de esta enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se reporta un caso de una paciente en la cuarta década de vida, sin antecedentes obstétricos, con adecuados controles prenatales, con diagnóstico de diabetes gestacional en manejo con dieta y ejercicio. Durante el puerperio inmediato, presenta sintomatología gastrointestinal consistente en epigastralgia, náuseas y emesis asociado a sangrado genital abundante, con posterior diagnóstico y manejo de atonía uterina, llama la atención el reporte de paraclínicos encontrando hemograma con : Hemoglobina: 14.1, plaquetas: 158.000, tiempo de protrombina: >120, INR: 10 y glucometría: 28mg/dl, tiempos de coagulación prolongados, transaminasas, bilirrubinas y fosfatasa alcalina elevadas, con función renal en ascenso por lo cual se considera paciente debe ser traslada a unidad de cuidado intermedio para mantenimiento y soporte hídrico, transfusión de componentes sanguíneos y monitorización permanente. Allí, Se toman imágenes complementarias, eco abdominal con lo cual se confirma la sospecha clínica de hígado graso agudo del embarazo.

RESULTADOS: Se trata de una paciente de 34 años con embarazo de 37 5/7 semanas, quien consulta por dolor abdominal asociado a actividad uterina regular, expulsión de tapón mucoso y cambios cervicales, ingresa en fase activa de trabajo de parto, posteriormente en el puerperio inmediato, la paciente presenta sintomatología gastrointestinal y cuadro de hemorragia uterina con diagnóstico de hipotonía uterina, razón por la cual requiere toma de paraclínicos en los que se demuestra alteración de las enzimas hepática con tiempos de coagulación prolongados, transaminasas, bilirrubinas, fosfatasa alcalina elevadas y función renal en ascenso con cifras tensionales en rangos de normalidad, al no tener una clínica clara

de síndrome de HELLP se sospecha patología hepática y se ordena toma de ecografía abdominal donde se confirma el diagnostico de hígado graso agudo del embarazo.

CONCLUSIÓN: El hígado graso agudo del embarazo, tiene una incidencia aproximada de 1 en 7000 a 1 en 20,000 partos. El cuadro clínico es similar a un síndrome de HELLP haciendo que sea muy difícil diferenciarlos, sin embargo, la evidencia de insuficiencia hepática y anomalías en los estudios de coagulación es más consistente con el hígado graso agudo del embarazo. El diagnóstico oportuno en esta paciente favoreció la rápida recuperación de la paciente y la excelente recuperación posterior sin evidencia de secuelas a la fecha.

PALABRAS CLAVE: esteatosis hepática, hígado graso no alcohólico, embarazo.

**OPP-110**

# COMPARACIÓN DEL VOLUMEN URINARIO POR TÉCNICA VOCAL Y PLANIMETRÍA EN DOS PACIENTES CON LUTO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL EN BOGOTÁ

**Autores:** F.A.Pulido, E.A.Suarez, J.I.Pineda, E.M. Acuña, S. Molina Giraldo
fpulido12@gmail.com 3106989498
**Institución:** Unidad de Terapia, Cirugía Fetal y Fetoscopia, División de Medicina Materno fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de San José, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS. Bogotá – Colombia.

**Introducción**: La obstrucción urinaria baja (LUTO) es una malformación fetal cuya incidencia es 1: 10.000 embarazos. Sospechado por la presencia de una megavejiga, hidronefrosis y oligohidramnios.

La función renal se evalúa mediante vesicocentesis seriada con valores normales de Sodio < 100 mEq/L; Cloro <90 mEq/L; calcio < 8 mg/dl; osmolaridad < 210mOsm/L y beta 2 microglobulina < 6 mg/dl. La capacidad y el rellenado vesical post vesicocentesis hacen parte de los criterios para terapia fetal. Este volumen es calculable mediante planimetría o por técnica VOCAL. La primera con una margen de error de 6.4ml, y la segunda de 8.3 ml. El propósito de este trabajo es la presentación de 2 casos con diagnóstico de LUTO, la comparación del volumen de la vejiga fetal con las dos técnicas descritas, y el gold estándar (el volumen de la vesicocentesis) el estudio del caso y los resultados.

**Caso Clínico 1:** Pacientes de 35 años, con ecografía de semana 12.2 con hallazgo compatible con LUTO, con un volumen urinario de 18.5 cc por planimetría y de 20 cc por vesicocentesis en la primera toma, en la segunda de 29 cc y 25 cc y en la tercera 35 cc y 38 cc respectivamente. Las pruebas de función renal demostraron daño renal no siendo candidato para terapia fetal; a los 21 días de seguimiento se obtuvo un volumen urinario de 294cc por planimetría y 205 por VOCAL.

**Caso Clínico 2**: Paciente de 38 años, con hallazgo ecográfico en semana 19 compatible con LUTO, con un volumen urinario de 112 cc por planimetría, 90 cc por VOCAL y 110 cc por vesicocentesis; en la segunda toma 13 cc y 10 cc, y en la tercera 10 cc y 8 cc respectivamente (planimetría y vocal). La paciente cursó con ILA normal por lo cual no se consideró candidata para terapia fetal.

**Discusión:** El diagnostico ecográfico fue acertado con mediciones de volúmenes urinarios comparables entre las técnicas planimétricas, VOCAL y la vesicocentesis. Con un margen de error mínimo de 1.5 cc y máximo de 20 cc entre las mismas.

**Conclusión**: La medición volumétrica por técnica VOCAL del volumen urinario es una alternativa a la hora de realizar la evaluación fetal con resultados comparables a las convencionales, cuando se realiza por personal especializado. El luto diagnosticado precozmente es susceptible de terapia fetal; la medición del volumen urinario de rellenado post vesicocentesis, la función renal y la evaluación del ILA son criterios determinantes al momento de indicar una terapia fetal.

**Palabras clave:** LUTO, VOCAL, obstrucción urinaria baja.

**OPP-114**

# CONSEJERÍA EN ANTICONCEPCIÓN DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO: VIDEO VS CONVERSACIÓN

**AUTORES**
Muñoz-Fernández L, Hersh A, Taborda N, Vargas-Rugeles JC, Rubio ML, Rincón- Pérez M. Luisamu@gmail.com Cel: 3007830949
**INSTITUCIÓN**
Universidad de Antioquia, Medellín/Colombia y Oregon Health and Science University, Portland/ EEUU.

## INTRODUCCIÓN
La consejería anticonceptiva juega un papel fundamental en el uso, elección y adherencia a los métodos anticonceptivos. Las mujeres en el posparto deben recibir la mejor consejería para tomar las mejores decisiones, sin embargo no siempre es posible debido a múltiples motivos. El objetivo de este estudio fue comparar dos métodos de consejería anticonceptiva Video Vs Conversación durante la admisión hospitalaria para la atención del parto.

## MATERIALES Y MÉTODOS
Este es un estudio multicéntrico aleatorizado de cohorte realizado entre Junio 2015- Octubre2016 en la Clínica Maternidad Rafael Calvo CMRC en Cartagena y Unidad Intermedia Manrique en Medellín. Con su consentimiento, luego de la admisión para la atención del parto, las participantes fueron aleatorizadas a recibir consejería por una conversación estructurada por personal entrenado o un video de 14 minutos en proyector portátil con la misma información; ambos grupos recibieron material escrito y tuvieron la oportunidad de realizar preguntas al personal entrenado. Se compararon la intención de uso de métodos Anticonceptivos reversibles de Acción Prolongada ARAP antes y luego de la consejería, la intención de anticoncepción entre ambas modalidades y la adquisición de conocimientos y percepción de la consejería.

## RESULTADOS
El porcentaje de tiempo a completar ambos tipos de consejería fue similar [Conversación 16.0 minutes (min), standard deviation (SD) ±3.8 min; video: 17.2 min, SD±12.3 min, p=0.33]. De las mujeres que eligieron métodos reversibles, más mujeres eligieron ARAP luego de la conversación. (72/103, 70% versus 58/105, 55%, p=0.03). Al evaluar las encuestas de conocimiento los puntajes aumentaron 2 puntos en ambos grupos de (3/7 a 5/7 respuestas acertadas) y casi todas las mujeres se sintieron más empoderadas para elegir un método anticonceptivo luego de la consejería.

## CONCLUSIONES
Se demostró mejoría en la encuesta de conocimientos y satisfacción luego de ambos tipos de consejería, además el tiempo promedio de duración de ellas fue similar lo que sugiere que es posible implementar la visualización de un video con información sobre métodos anticonceptivos en las poblaciones donde haya falta de personal o alto volúmenes de pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Consejería médica, prestación de atención en salud, dispositivos anticonceptivos femeninos, dispositivos intrauterinos, salud pública.

**OPP-115**

# ASOCIACIÓN DE HEMOGLOBINA MATERNA ELEVADA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ÓBITO FETAL EN LA POBLACIÓN DE LA UNIDAD DE SERVICIOS HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR, TERCER NIVEL, ENTRE 2006 A 2011

Departamento de obstetricia y ginecología, Unidad de Medicina Materno fetal Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia.

Catalina Vega, MD[1], Mortimer Arreaza G. MD[2], Andrés Reyes, MD[3], Jorge A. Rodríguez, MD[4]

1. Médica general y Residente del Ginecología y Obstetricia de la Universidad El Bosque.

*2.* Ginecoobstetra Universidad El Bosque, especialista Medicina Materno Fetal FUCS, Docente de posgrado de Ginecología y Obstetricia de Universidad El Bosque

3. Ginecólogo y Obstetra, Universidad El Bosque, Ginecoobstetra Profamilia.

4. Ginecoobstetra Universidad El Bosque, Epidemiólogo clínico. Docente Universidad El Bosque

RESUMEN

El óbito fetal es la muerte de un feto mayor a 20 semanas de gestación o que pese igual o mayor a 500 gramos. Los CDC de Atlanta, recomiendan desde el año 1986 evaluar los niveles de hemoglobina en la materna, pues reportan su asociación con óbito fetal, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino, por lo que se decide evaluar la asociación entre hemoglobina elevada para Bogotá (mayor o igual a 14 g/dl) y óbito fetal.

**Objetivo:** Determinar si la hemoglobina materna elevada es un factor de riesgo para desencadenar óbito fetal en la Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar de III Nivel, en Bogotá Colombia del año 2006 a 2011.

**Materiales y Métodos:** Estudio de casos y controles de Enero 1 de 2006 a Diciembre 31 de 2011, tomando como casos las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia de la Unidad de Servicios Hospital Simón Bolívar, con gestación simple con feto muerto intrauterino, que fuera mayor de 20 semanas (por fecha de última regla o ecografía) o peso fetal mayor de 500 gr al nacer, en el periodo de tiempo en estudio. Los controles se seleccionaron aleatoriamente de las pacientes quienes tuvieron parto de recién nacidos vivos y que presentaron las mismas variables a estudio durante su control prenatal mensual establecido en los protocolos de nuestro Hospital. La relación casos/control fue de 2 a 1.

**Recolección de la información:** Los datos se tomaron de un estudio previo realizado en la institución donde se exploraron los factores de riesgo para óbito fetal, en el presente estudio se analizó la asociación de hemoglobina con óbito fetal.

**Resultados:** Se identificaron 145 pacientes con óbito fetal y 290 controles con características similares. Se encontró que el nivel de hemoglobina mayor o igual a 14 g/dl, es un factor protector frente a la presencia de óbito fetal; de acuerdo al OR estimado de 0.92 [IC 95% (0,61 - 1,4)] sin embargo, no son estadísticamente significativos. Esto puede deberse al bajo tamaño de muestra y a que no se tuvo en cuenta otras variables que pueden ser de confusión para el resultado obtenido y no se realizó el respectivo ajuste de las mismas.

**Conclusión:** Es el primer estudio realizado en la población Bogotana que evalúa esta asociación entre óbito fetal y la hemoglobina elevada, nuestros hallazgos no concuerdan con los distintos estudios que han evaluado la misma relación. Esto puede deberse al bajo tamaño de muestra. Se recomienda hacer otros estudios con una muestra mayor para la actualización en las recomendaciones para las maternas.

**Palabras clave:** Hemoglobina, Óbito fetal, Hipehemoglobinemia.

**OPP-116**

## SÍNDROME PARAGANGLIOMA FEOCROMOCITOMA MALIGNO EN UNA PACIENTE CON EMBARAZO DE 15 SEMANAS. REPORTE DE CASO CLÍNICO

**Autores:** G.A. Salazar; J.L Rojas S Molina- Giraldo – drgustavosalazar@gmail.com
**Institución:** Unidad de Terapia, Cirugía Fetal y Fetoscopia, División de Medicina Materno fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de San José y, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS. Bogotá – Colombia.

**Introducción y Objetivos.** El feocromocitoma es un tumor suprarrenal productor de catecolaminas, que puede conllevar a hipertensión en el embarazo. Su prevalencia es 0.002% a 0.2%. Los paragangliomas son tumores derivados del tejido simpático extraadrenal y su incidencia es aún más baja. El feocromocitoma/paranglioma maligno se define por la presencia de metástasis de enfermedad sin considerar recurrencia o tumores localmente avanzados, sin que existan reporte de su incidencia escritos en la literatura. El 24% de estos tumores son hereditarios o pueden deberse a mutaciones genéticas, asociaciones con la neurofibromatosis tipo 1, el síndrome de Von Hippel-Lindau, o en casos de neoplasia endocrina múltiple tipo 2. Presentación clínica variable y la hipertensión suele ser resistente al tratamiento y con frecuencia persiste después de la citoreducción. La mejor prueba diagnóstica es la detección metanefrinas en plasma y en orina para feocromocitoma. Aunque la elevación de normetanefrinas plasmáticas o urinarias ligeramente por encima del rango de referencia aumenta la probabilidad de sospecha de feocromocitoma/paraganglioma. El propósito de este trabajo es la presentación de un caso valorado en La Unidad de Medicina Materno Fetal con diagnóstico de feocromocitoma/paranglioma maligno en embarazo.
**Materiales y métodos.** Caso Clínico: Paciente de 27 años G4P2A1V1M1 con antecedentes de feocromocitoma maligno y resección de glándula suprarrenal izquierda 8 años atrás, quien ingresa a la unidad de cuidados intensivos con embarazo de 15 semanas, crisis hipertensiva y síntomas catecolaminérgicos. Durante su estancia requirió 4 antihipertensivos, sin lograr tensiones menores de 120/80 mm Hg. Hallazgos imaginológicos documentaron lesiones tumorales en aorta descendente (9cm), vértebra (T7) y língula pulmonar derecha. Los reportes de metanefrinas en plasma fueron positivos; sin embargo, las normetanefrinas en orina estaban incrementadas. Se ofreció posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a la normatividad vigente. Paciente decide continuar el curso de la gestación. Fue llevada a citoreducción y se evidenció tumor a nivel de la bifurcación de las ilíacas, aorta, cava inferior, riñón izquierdo y bazo. La sintomatología de la paciente cedió por completo con una mejoría significativa en las tensiones arteriales. Paciente quien en el transoperatorio presenta lesión vascular corregible de inmediato con rafia simple, y posteriormente es poli transfundida. En el posoperatorio inmediato se documenta bradicardia fetal sostenida con patrón disautonómico con aborto retenido evidenciado 12 horas después. Expulsión espontánea y posterior legrado.
**Resultados.** Evolución satisfactoria con control de cifras tensionales y alta de UCI ante estabilidad hemodinámica.
**Conclusiones.** Se trata de una entidad exótica pero que cuando se presenta es una situación catastrófica desde el punto de vista materno fetal. La terapia contra esta entidad requiere un enfoque multidisciplinario. La tasa de supervivencia general a 5 años varía entre 34 y 60% a corto plazo.

**OPP-117**

# CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUE ASISTEN A JUNTA DE DIAGNÓSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA DURANTE EL AÑO 2017

AUTORES
MONTAÑEZ ALDANA MIGUEL ÁNGEL
PÉREZ SÁNCHEZ SUSAN ANGÉLICA
REYES LARA LUIS EDUARDO
ROMERO MURILLO NICOLÁS

INSTITUCIONES
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

INTRODUCCIÓN
El Hospital San Rafael de Tunja, única institución de III nivel del Departamento de Boyacá cuenta con la junta de diagnóstico prenatal que propende por el manejo integral de la gestante que curse con un embarazo con sospecha de alteración de la salud fetal y/o materna. Se realizó un estudio para la caracterización de las pacientes usuarias de la junta de diagnóstico institucional durante el año 2017.
MATERIALES Y MÉTODOS
Estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyeron la totalidad de las pacientes que asistieron a Junta de Diagnóstico Prenatal en el Hospital San Rafael de Tunja durante el año 2017, se revisaron historias clínicas teniendo como variables la edad materna, el número de juntas realizadas, la causa de ingreso a la junta y los hallazgos. La información fue analizada a través del programa Microsoft Excel 2013.
RESULTADOS
Durante el año 2017 se realizaron 90 juntas de diagnóstico prenatal para 46 pacientes. La edad promedio de la gestante fue de 27,67 años. La media de juntas de diagnóstico fue de 1,46 juntas por paciente. Asistieron a la junta 45 pacientes por patología fetal y una por patología materna. Las principales alteraciones fetales encontradas fueron cardiacas, renales y pulmonares con el 26,15 y13% respectivamente.
CONCLUSIONES
El abordaje prenatal de las diferentes alteraciones tanto fetales como maternas requiere una integración de los diferentes niveles de atención para brindar un manejo interdisciplinario prenatal. Siendo las alteraciones cardiacas las más frecuentes encontradas sugiere la necesidad de contar con redes interinstitucionales para el adecuado abordaje neonatal de patologías complejas.

PALABRAS CLAVE
Diagnóstico prenatal, malformaciones.

**OPP-118**

# A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD MOLAR.

**AUTORES:** López-Torres LF[1] (luisalopez815@hotmail.com. Celular: 3012421655), Sanín-Ramírez D[1], Carvajal-Restrepo LM[2], Lambertino-Montaño JR[3]
[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana
[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana
[2]Ginecologia y Obstetricia, Clínica SOMER.
[3]Esp. Medicina Maternofetal, Clínica SOMER.

**INSTITUCIÓN:** Clínica SOMER. Rionegro, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) comprende un espectro de desórdenes originados del tejido trofoblástico placentario anormal. Incluye mola hidatidiforme completa o parcial y el grupo de neoplasias trofoblásticas gestacionales (NTG). La prevalencia en América y Europa es de 1/500-1000 embarazos. El 80% son molas hidatidiformes, 15% invasivas y 5% coriocarcinomas.

Clínicamente se manifiesta con sangrado vaginal, hiperémesis y tamaño uterino aumentado para la edad gestacional. La ecografía típicamente muestra la imagen de “tormenta de nieve”. La presencia de quistes tecaluteinicos ováricos y niveles anormalmente aumentados de hCG no correlacionados con la edad gestacional, ayudan al diagnóstico. En pacientes con molas parciales suele hacerse el diagnóstico luego de legrado uterino. La evaluación incluye radiografía o TAC de tórax y RMN cerebral si se detecta metástasis pulmonar. Si se diagnostica coriocarcinoma o NTG luego de embarazo no molar, se debe incluir TAC de tórax y abdomen, RMN cerebral y de pelvis, y ecografía de pelvis.

En pacientes con clasificación de bajo riesgo (FIGO) responden a agente único, mientras que las de alto riesgo deben recibir terapia combinada, también se plantea histerectomía con quimioterapia. El riesgo de subsecuente de NTG es de 0.5 al 1% de las molas parciales.

Los factores de riesgo para NTG son: nivel de hCG pre-evacuación >100,000 IU/L, excesivo crecimiento uterino, quiste tecaluteínico >6 cm y edad >40 años. El antecedente de mola completa se presenta en el 78%, mola parcial 9% y coriocarcinoma en el 8% de las pacientes. El riesgo futuro de embarazo molar es el 1% en pacientes con tratamiento exitoso.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Primigestante de 17 años sin antecedente patológico de importancia con gestación de 6+6 semanas por FUM con sospecha de enfermedad molar por clínica: altura uterina a nivel umbilical y gran sensibilidad a la palpación, niveles de BhCG marcadamente elevados (2.764.000) y eco pélvica con imágenes en copos de nieve y quistes tecaluteínicos.
Se confirma histopatológicamente embarazo molar por curetaje realizado el 18/10/2017. A pesar de marcado descenso de niveles de BhCG postlegrado, en RMN se identifica mola invasora y metástasis pulmonar en la TAC. RMN de SNC y TAC de abdomen sin lesiones metastásicas. Se considera mola invasora de bajo riesgo evaluada por Gineco-Oncología, con evolución clínica favorable después de instauración de la terapia.

**CONCLUSIÓN:**
La ETG es una enfermedad rara, que en casos de enfermedad maligna puede resultar en la muerte. Las mejoras en el diagnóstico, comprensión y estadificación han permitido tasas de éxito en el tratamiento hasta del 100%. Actualmente, la preservación de la fertilidad es posible con un riesgo muy bajo de recurrencia, incluso en pacientes con enfermedad metastásica asociada.

**PALABRAS CLAVE:**
Enfermedad trofoblástica gestacional, coriocarcinoma, mola hidatidiforme, tumor del lecho placentario.

**GPP-05**

# ALTERACIÓN DEL CICLO DE RESPUESTA SEXUAL EN MUJERES QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Espitia De La Hoz, FJ. Orozco Santiago L.
espitiafranklin@hotmail.com
3127436696
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

## Resumen

### Introducción
La salud sexual es de fundamental importancia para mantener la estabilidad de las relaciones afectivas; se considera como uno de los factores que ayudan a la aparición, recuperación y mantenimiento del bienestar y buena salud general del individuo.
El ciclo de respuesta sexual humana es un modelo fisiológico de cuatro fases en respuesta a la estimulación sexual, por orden de ocurrencia son: fase de excitación, fase de meseta, fase de orgasmo y fase de resolución.
En los anticonceptivos hormonales orales combinados, los estrógenos disminuyen la producción de dehidroepiandosterona, testosterona y androstenediona a través de la inhibición de la 5-alfa reductasa y favorece la producción de globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG, en inglés: [sex hormone-binding globulin]), reduciendo los niveles de testosterona libre. El resultado de estos mecanismos de acción genera un déficit iatrogénico de testosterona, el cual altera la función sexual femenina.

### Objetivo
Estimar la afectación de la sexualidad femenina por el uso de la combinación anticonceptiva de dos grupos hormonales: Valerato de estradiol/Dienogest frente a Etinilestradiol/Drospirenona.

### Material y métodos
Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorizado, no cegado en 174 mujeres, entre 18 y 39 años, sometidas a dos opciones de anticoncepción hormonal combinada: Valerato de estradiol/Dienogest y Etinilestradiol/Drospirenona. El método de aleatorización se hizo de forma simple, se dividieron las mujeres en dos grupos, pares (A) e impares (B), siendo el grupo A tratado con Valerato de estradiol/Dienogest, y el grupo B tratado con Etinilestradiol/Drospirenona. Mujeres atendidas en la clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, entre marzo de 2014 y marzo del 2017. Se evalúo la función sexual mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), el cual agrupa seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; de manera inicial, luego a los 6 meses, a los 18 meses y 36 meses hasta terminar el estudio.

### Resultados
A los seis meses de seguimiento, las mujeres del grupo A presentaron mejoras en el dominio del deseo, mientras que en el grupo B se observó disminución del deseo y en la puntuación total del IFSF ($p=0.0021$).
Se observó una discreta superioridad de la combinación de Valerato de estradiol/Dienogest para mantener el puntaje del IFSF por encima de 29.1 en periodos posteriores a los 18 meses (RR: 1.05 [1.02-1.17]; $p = 0.01$).
En el grupo A se identificó una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$), de mayor deseo sexual a los 36 meses.

Al finalizar el estudio resultó la combinación anticonceptiva Valerato de estradiol/Dienogest una terapia menos agresiva en la alteración del ciclo de la respuesta sexual de las usuarias.

**Conclusiones.**
Los resultados indican que la combinación Valerato de estradiol/Dienogest afecta menos el deseo, la excitación y la puntuación del IFSF que la combinación Etinilestradiol/Drospirenona.
**Palabras clave:** Andrógenos; Anticonceptivos; Mujeres; Sexualidad; Testosterona.

**GPP-12**

# EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, EN EL QUINDÍO

**Espitia De La Hoz, FJ. De León Ospina DD.**
**espitiafranklin@hotmail.com**
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

## Resumen

**Introducción:**

Las tasas de cáncer de mama tienen una incidencia variable de 19.3 a 89.9 por 100.000 mujeres; son altas (más de 80 por 100.000) en las regiones desarrolladas del mundo y bajas (menos de 40 por 100.000) en la mayoría de los países en desarrollo. En Latinoamérica las tasas están aumentando dado el envejecimiento de la población y a las técnicas de detección.

Es por esto que la identificación precoz de las alteraciones en la función sexual, en las mujeres con cáncer de mama, al igual que los factores asociados, pueden facilitar la puesta en marcha de medidas terapéuticas que eviten la progresión de dichas dificultades, haciendo énfasis en todos los aspectos de su salud sexual.

**Objetivo:**

Evaluar las alteraciones de la Función sexual en las mujeres del Quindío que padecen cáncer de mama.

**Material y Métodos:**

Se procedió a efectuar una investigación de tipo descriptivo trasversal no experimental; incluyó una muestra de 48 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama; evaluadas mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), entre junio de 2016 a junio de 2017. El IFSF es un cuestionario de uso sencillo y rápido, el cual consta de 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo (ítems 1-2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19); donde cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones de repuestas, a las que se les asigna un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios; a mayor puntaje mejor sexualidad. Un puntaje menor o igual a 26,55 considera riesgo de trastorno sexual.

**Resultados:**

El promedio de edad fue de 46.8±7.5 años de edad ((36 a 81 años). Las mujeres, al momento de la realización del presente estudio, contaban con un tiempo promedio de haber sido diagnosticadas con cáncer de mama de 7.38±3.51 años. Alrededor de una tercera parte de las mujeres (29.16%) tenían entre 55 y 64 años. De acuerdo al IFSF, la prevalencia de trastornos sexuales corresponde al 62.5%. El deseo sobresale con una alteración del 54.16% y el orgasmo se afecta en un 45.83%. La mayor prevalencia de trastornos sexuales se presentó en las mujeres con antecedente de mastectomía radical (83.3%), pero en las que recibieron quimioterapia y radioterapia la prevalencia fue del 81.9%.

**Conclusión:**

Un significativo porcentaje de mujeres con cáncer de mama presentan algún grado de afectación de su función sexual (62.5%%), siendo el deseo y el orgasmo, los más afectados. El nivel de alteración es más frecuente en la población de más de 55 años, en las que recibieron quimioterapia y radioterapia, así como en las que se les hizo mastectomía radical.

**Palabras clave**: cáncer de mama, prevalencia, sexualidad, disfunciones sexuales, orgasmo.

**GPP-13**

# PREVALENCIA DE PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL EN MUJERES DEL QUINDÍO: ESTUDIO OBSERVACIONAL

**Espitia De La Hoz, FJ. Estrada Manzur M.**
**espitiafranklin@hotmail.com**
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

**Resumen**
**Introducción**
El prolapso de cúpula vaginal ha sido definido, por la Sociedad Internacional de Continencia, como el descenso del manguito vaginal por debajo de un punto que es 2 cm menos que la longitud vaginal total por encima del plano del himen (1). Su incidencia es variable, oscilando entre 0,2% y 45% (2,3). El riesgo de presentarse se incrementa, con los años, después de la histerectomía; aumenta de 1% (tres años después de la histerectomía) a 5% (15 años después de la histerectomía), y el riesgo sube 5,5 veces si la histerectomía fue vía vaginal (2), siendo mayor si se realizó como consecuencia de un prolapso de órganos pélvicos (3-6).
**Objetivo:**
Establecer la prevalencia de prolapso de cúpula vaginal en mujeres del Quindío, así como los factores asociados a su aparición.

**Material y métodos:**
Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de 507 pacientes ambulatorias del Servicio de Ginecología entre enero de 2007 y junio de 2017. Se determinó la prevalencia de prolapso de cúpula vaginal y se analizaron los datos demográficos, clínicos y prequirúrgicos.

**Resultados:**
La prevalencia de prolapso de cúpula vaginal fue del 28.3%. La edad media en las mujeres fue de 59.7±14.7 años (rango: 42 a 87 años), con predominancia de las hispánicas (61.8%). En el subgrupo de mujeres histerectomizadas, la prevalencia fue del 19.5% en las realizadas por prolapso y del 8.8% en las realizadas vía abdominal.
En el análisis univariado, los factores asociados a prolapso de cúpula vaginal fueron: el antecedente de edad mayor a 65 años, raza hispánica, obesidad, multiparidad, cirugía vaginal y episiotomía ($p < 0.001$).

**Conclusión:**
La prevalencia global de prolapso de cúpula vaginal en las mujeres del Quindío es del 28.3%, con una prevalencia del 19.5% en las que tienen antecedente de histerectomía vaginal y del 8.8% en las realizadas vía abdominal.

**Palabras clave**: Prolapso de la cúpula vaginal; prevalencia; histerectomía.

**GPP-14**

# PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LA EYACULACIÓN FEMENINA. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. EN MUJERES COLOMBIANAS DEL QUINDÍO. 2012 A 2016.

**Espitia De La Hoz, FJ.**
espitiafranklin@hotmail.com
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

**Resumen**

**Introducción:**
La eyaculación femenina es un fenómeno caracterizado por la salida de un líquido, diferente a la orina, a través de la uretra, en el momento del orgasmo. No es nada nuevo, por siglos la expulsión de fluidos uretrales, en las mujeres, ha sido reconocido a todo lo largo de la historia; lo que incluso fue considerado como un sagrado regalo de sanación, por lo tanto, su existencia era considerada como algo normal y natural
**Objetivo:**
Determinar la prevalencia de la eyaculación femenina, en un grupo de trabajadoras sexuales, y evaluar las características físico químicas del fluido uretral expulsado.
**Material y métodos:**
Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, prospectivo, con 78 mujeres trabajadoras sexuales. Se enrolaron mujeres entre 18 y 39 años, atendidas en la consulta del investigador entre el 01 de enero del 2012 al 30 de junio del 2016, en la consulta externa de La Clínica La Sagrada Familia de Armenia. Se incluyeron solo a las mujeres sin incontinencia, sin infecciones de transmisión sexual o vaginosis, y no gestantes ni en puerperio. Se excluyeron las mujeres con antecedentes de cirugías pélvicas, con enfermedades mentales, las que no firmaron el consentimiento informado, mujeres con cáncer de origen ginecológico y las que habían sido sometidas a radio o quimioterapia. Se midió la prevalencia de la eyaculación femenina (expulsión de fluido, a través de la uretra, durante la excitación y el orgasmo), y se evaluaron las características físico químicas de dicha secreción (ácido cítrico, fosfatasa ácida, fructosa, PSA, volumen, viscosidad, osmolaridad, densidad y pH).
**Resultados:**
Se evaluaron un total de 78 mujeres. La edad promedio en años era 32,6±8,2. La prevalencia de la eyaculación femenina fue del 69,23%. En el análisis físico químico del líquido uretral se encontró que el color varió entre nacarado y gris opalescente, con una osmolaridad de 269,3±3,57 mOsm/Kg, pH de 5,4, densidad de a 1.032 g/L, la viscosidad fue de 12,75 mm para el filamento y un volumen promedio de 29,73 cc; las sustancias más comunes fueron PSA 0,75 ng/ml con una concentración promedio de fructosa de 12 mmol/L y de ácido cítrico de 729 mg/L.
**Conclusión:**
La eyaculación femenina es una realidad en nuestra población (69,23%); sin embargo, el 30,76% de las mujeres no la presentaron en este estudio, por lo tanto, se requieren estudios complementarios con un mayor número de participantes para evaluar su prevalencia en el país.

**Palabras clave**: eyaculación, femenino, mujeres, orgasmo, sexualidad.

**GPP-15**

# TUMOR DE COLISIÓN DEL CUELLO UTERINO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ana María Osorio Ruiz, Olga Isabel Restrepo Castro, Marcos Castillo Linares, Boris Alberto Linares Messori. Universidad de la Sabana, Bogotá.

**RESUMEN:**

**Objetivo:** Realizar una revisión de la literatura orientada a describir las características de un tumor de colisión del cérvix.

**Materiales y métodos:** Se presenta un caso de una paciente de 34 años, con citología con adenocarcinoma endocervical, colposcopia con lesión intraepitelial (LIE) de alto grado y biopsia con LIE escamoso y atipia endocervical de alto grado, sugiriendo un tumor de colisión, confirmada por inmunohistoquímica. Se realiza una conización, con un adenocarcinoma in situ endocervical y un LIE escamosa de bajo grado.
Se realizó una revisión de la literatura, la estrategia de búsqueda se construyó en la plataforma PubMed y se realizó una adaptación para el resto de bases de datos desde el año 1956 hasta el 2017.

**Resultados:** Se seleccionaron 38 estudios, se descartaron 4 por no encontrarse texto completo y 1 por el idioma. Se utilizaron 33 artículos, de los cuales la mayoría son reportes o series de casos. El tumor de colisión es poco frecuente, corresponde a la presencia de dos o más neoplasias dentro de un mismo órgano, su etiología puede ser por la división de las células de reserva o como un proceso independiente, hay estudios genéticos que consideran la primera opción, sin embargo, la tipificación de VPH muestra hallazgos contradictorios. Su importancia radica en que tiene peor pronóstico respecto a las variantes puras.

**Conclusión:** El tumor de colisión del cérvix es una patología poco conocida, es importante su identificación para ofrecerles a las pacientes un tratamiento y seguimiento estricto, por el peor pronóstico que presenta.

**Palabras clave:** carcinoma adenoescamosos, neoplasia uterina cervical, tumores malignos mixtos, adenocarcinoma y neoplasia de células escamosas.

**GPP-23**

## EXPERIENCIAS DE CUIDADO DE LAS MUJERES BOYACENSES, SOMETIDAS A MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE SENO

Autores: Dr. Marianne Arlette Duran Avendaño[1], Dr. Carmen Helena Ruiz[2]
[1] Candidata a Magister en Enfermería
[2] Asesor, Magister en Enfermería.
Universidad de la Sabana. Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. El cáncer de mama está asociado a diversos factores genéticos, medioambientales y conductas humanas, que van desde la dieta, la reducción de ejercicios, la obesidad, la exposición al humo del tabaco, hasta la postergación de la maternidad y la disminución de la lactancia. Estas creencias son frecuentes, erróneas y tienden a provocar sentimientos de culpabilidad. En todo el departamento se encuentran elementos culturales que mezclan las tradiciones de los pueblos aborígenes que habitaron la región con las costumbres españolas, impuestas durante la colonia sobre la cultura boyacense, En el campo religioso también se mantiene la tradición oral a través de las costumbres y expresiones lingüísticas particulares de los yerbateros, los hechiceros o brujos, que aún hoy, subsisten en las diferentes provincias del departamento de Boyacá.
Objetivo. Describir las experiencias de cuidado que tienen las mujeres Boyacenses, Sometidas a mastectomía por cáncer de seno, durante el año 2017.

Materiales y métodos. Se realizó con un enfoque cualitativo de tipo etnográfico el cual aplica los elementos básicos de la Etnoenfermería de pequeño alcance, de la teoría transcultural de Leininger

Resultados. Tuvo participación de 10 mujeres como informantes claves y 8 personas como informantes generales. Para el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se desarrollaron 4 fases que establece Leininger.1. Recolección, descripción y documentación de datos en bruto.2. Identificación y categorización de los descriptores y componentes.3. Análisis contextual y de patrones.4. Temas centrales, hallazgos de investigación, formulaciones teóricas, y recomendaciones. Todo el análisis se realizó teniendo en cuenta la guía propuesta por Leininger. Los Factores de la estructura social y cultural, del modelo del Sol naciente, mencionados en el marco teórico, son retomados en el análisis de cada tema. Finalmente, se describieron las experiencias de cuidado vividas por las mujeres Boyacenses sometidas a Mastectomia por cáncer de seno que le han dado significado a sus vidas. Se identificaron en total 208 códigos y 20 patrones recurrentes, que se analizaron y según el nivel de codificación se etiquetaron y codificaron dando origen a seis temas

Conclusiones. Las experiencias de cuidado de las mujeres boyacenses, sometidas a mastectomía por cáncer de seno, presentan una gran influencia cultural adquirida de generación en generación específicamente de las madres y abuelas, las mujeres participantes mostraron como complementan los cuidados profesionales recibidos con la práctica de cuidados tradicionales percibidos como benéficos para su salud física emocional y espiritual y evidenciado con la literatura. Emergieron seis temas como resultado de la investigación: a seis temas 1. El acompañamiento una parte importante en el cuidado de la mujer sometida a Mastectomía, 2. La fuerza de la fe 3. Efectos desagradables del tratamiento 4. La experiencia vivida 5. Importancia del cuidado en la recuperación 6. Alimentación soporte básico en la recuperación.

**GPP-24**

## ANEUPLOIDÍA XYY, SÍNDROME DE JACOB. REPORTE DE CASO DIAGNOSTICADO DURANTE EL CONTROL PRENATAL

Mónica Guerrero Machado. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. El síndrome de Jacob o síndrome XYY es una aneuploidía asociada al cromosoma sexual caracterizado por un cromosoma Y adicional. Fue reportado por primera vez en 1961. Se presenta en 1 de cada 1000 nacidos masculinos, sin embargo, es más frecuente en hombres infértiles. Es la segunda causa de aneuploidía de este tipo en hombres luego del síndrome de Klinefelter (XXY). Se relaciona principalmente con la no disyunción del cromosoma Y durante la meiosis II (84% de los casos) o con un error mitótico poscigótico (16% de los casos). La mayoría de los casos se detectan hasta la adultez (media de 17.1 años). Sólo se diagnostica en un 15% de los casos. En ocasiones se logra un diagnóstico prenatal, cuando la paciente es llevada a amniocentesis más cariotipo fetal por algún hallazgo ecográfico patológico, sin embargo, no existen características al ultrasonido clásicas que orienten a este síndrome.

Materiales y métodos. Revisión de bases de datos PubMed, UptoDate, Embase.

Resultados. Caso clínico Paciente de 26 años, primigestante quién asiste a consulta de alto riesgo por antecedente de hipoacusia neurosensorial bilateral secundaria a meningitis. Durante la valoración ecográfica de detalle en la semana 20 4/7, encuentran RCIU estadío I con un PC fetal de 3.5, sospecha de riñón único pélvico, arteria umbilical única por lo cual es remitida a junta médica donde se realiza seguimiento semanal de doppler fetoplacentario y crecimiento fetal, así como valoración morfológica. Hallazgos ecográficos Útero ocupado por feto único, longitudinal, cefálico, dorso derecho, de 30 semanas 4/7 de gestación. Peso fetal estimado de 1674 gr, menor al percentil 3, FCF 134 lpm, ILA 7,05 cm. A nivel del corte axial del tórax, imagen de cuatro cámaras con tabique interventricular íntegro, sin CIV y tractos de salida visualizados. Al corte axial abdominal no se visualizan riñones a nivel de las fosas renales. Al emplear doppler color, solo se evidencia una arteria renal. En la pelvis, se observa en el corte axial, imagen multiquísitica sugestiva de riñón pélvico ectópico, vejiga adecuadamente distendida, con arteria umbilical única a la exploración del doppler color. Doppler fetoplacentario sin compromiso hemodinámico con aumento de la resistencia de las arterias uterinas.

Conclusiones. El síndrome XYY se diagnostica principalmente en la vida posnatal, durante la adolescencia. Reportes de caso como este son la base para el enriquecimiento de la sospecha diagnostica durante la gestación. Un diagnóstico temprano es fundamental en el manejo oportuno de los trastornos del desarrollo y aprendizaje relacionados con esta aneuploidía.

**GPP-25**

# PREHIPERTENSIÓN COMO FACTOR DESENCADENANTE DE PREEECLAMPSIA EN ADOLESCENTES GESTANTES, DURANTE LOS AÑOS 2014- 2017 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. BOGOTÁ.COLOMBIA

Autores:
1. Duque - Ramírez, R 3102066781 principe22agosto@gmail.com
2. Mejía - Jaimes, A 3102904674 anamamj@hotmail.com
3. Ordoñez – Pereira, M 3192486223 Marlene-ordonez@hotmail.com

Institución: Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.

Introducción:
1. Determinar la pre hipertensión como factor desencadenante de preeclampsia y/o eclampsia en adolescentes gestantes que fueron atendidas en el Hospital Universitario de La Samaritana en un periodo comprendido en los años 2014-2017.
2. Caracterizar el comportamiento de los procesos hipertensivos en la población adolescente gestante con desenlace de pre eclampsia y/o eclampsia.
3. Identificar los trastornos hipertensivos como factor de predicción a preeclampsia y/o eclampsia en adolescentes embarazadas.

Materiales y métodos:
Estudio descriptivo correlacional de un grupo de pacientes desde el año 2014 al 2017, en una población de mujeres gestantes en edades entre 12 y 17 años, con al menos dos controles prenatales sin complicaciones aparentes e ingresaron posteriormente por complicaciones de fin de embarazo o para parto sin trastornos hipertensivos. Se realizó estadística descriptiva, con el programa SPSS 19.0, se realizó la correlación por medio de tablas cruzadas para las pacientes según el estadio de preeclampsia al momento del diagnóstico vs el percentil de la tabla, se comparó entre los percentiles de uno de los controles prenatales vs los percentiles de ingreso del momento del parto o estadio de preeclampsia al momento del diagnóstico. Investigación sin riesgo, no requirió consentimiento informado.

Resultados:
Se incluyeron 97 pacientes con una media de 16 años de edad, se presentó un 11,3% de preclampsia con una DE ± 0,39. Para edades entre 12-14 años la probabilidad de tener preeclampsia es de 40% a diferencia del grupo entre 15-17 años se relaciona con 1-0,406=0,594 (OR=0,4). El porcentaje de prehipertensión en los controles correlacionado a la presentación de preeclampsia es del 9,1%dentro del total de 12 pacientes que fueron registradas con percentil 90**.**

Conclusiones:
Veintitrés pacientes fueron preeclampsia severa, tres fueron eclampsias; el porcentaje de preeclampsia en adolescentes es del (91 / 850) 10,7 % con lo cual podemos decir que no existe una asociación importante entre ser adolescente y desarrollar preeclampsia en el grupo de pacientes.

Palabras clave: Preeclampsia, pre hipertensión, adolescente.

**GPP-31**

# ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

AUTOR(ES): Oliva S. Paz G. Correa D. Molano B.
Contacto: soniaandreaolivam@hotmail.com
INSTITUCIÓN: Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto, Nariño, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La endometriosis de la pared abdominal se define como la presencia de tejido endometrial ectópico superficial al peritoneo parietal, cuyo origen puede asociarse a procedimientos quirúrgicos ginecológicos previos. Su prevalencia es baja, alrededor del 0.03%, siendo el primer caso aislado en nuestra institución, se hace menester su reporte y revisión bibliográfica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo. Reporte de un caso y breve revisión bibliográfica del tema.

RESULTADOS: La endometriosis es clásicamente definida como la presencia de glándulas endometriales y estroma por fuera de la cavidad uterina. Su prevalencia en mujeres de edad fértil es del 10%, relacionada con infertilidad en un 35-50%. El tejido endometrial ectópico se localiza por lo general en la pelvis, pero también puede encontrarse en los pulmones, intestino, uréteres, cerebro y pared abdominal. La endometriosis de la pared abdominal (EPA) es cualquier endometrio ectópico superficial al peritoneo, la definición incluye lesiones que pueden o no estar relacionadas con procedimientos quirúrgicos previos. Está asociada con cesárea en el 57% e histerectomía en el 17%. El tiempo promedio entre la cirugía y la presentación de los síntomas es de 2.1 a 3.6 años y la recurrencia después de la resección es del 4.3%. Datos de diferentes estudios afirman que la prevalencia es tan baja como del 0.03%-1.08% dependiendo de la muestra y lugar de estudio. La clínica más común es una masa palpable que se da en el 96% de las pacientes, seguido por dolor abdominal en un 86% y dolor cíclico asociado a la menstruación en un 57%. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 37 años de edad, con antecedente de tres cesáreas hace 3, 6 y 10 años; quien presento cuadro clínico de sensación de masa en pared abdominal, acompañado de dolor cíclico y crecimiento de masa relacionado a periodos menstruales. Reporte de ecografía abdominal reporto masa heterogénea vascularizada de 4x5cm. Operada en nuestra institución donde se evidencia masa endometrial que infiltraba los rectos abdominales, posteriormente se confirmó el diagnóstico con el estudio histopatológico.

CONCLUSIÓN: La endometriosis abdominal es una entidad poco frecuente en la práctica médica. Un alto índice de sospecha debe tenerse en cuenta en el caso de una mujer que se presenta con dolor abdominal incapacitante localizado en la pared abdominal, con antecedente de procedimientos quirúrgicos ginecológicos previos. Esta patología puede ser confundida con muchas otras entidades quirúrgicas; por lo que recurrir a estudios paraclínicos puede ser fundamental en la certeza diagnóstica. Disponer de estudios de imagen y la precisión de la biopsia con aguja fina son estrategias que nos acercan al diagnóstico definitivo. Posterior al tratamiento quirúrgico, se debe hacer seguimiento de estas pacientes, por el riesgo de recurrencia.

PALABRAS CLAVE: Endometriosis, pared abdominal, reporte de caso.

**GPP-32**

# ASOCIACIÓN DE LOS RETRASOS EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA CON EL ESTADIO CLÍNICO EN MUJERES ATENDIDAS EN 4 CENTROS ONCOLÓGICOS DE MEDELLÍN DURANTE EL 2017. ESTUDIO DE COHORTE

AUTOR(ES)
Martínez-Pérez D, García-García H (ivan.garcia@udea.edu.co, 3005520004), Gómez-Wolff L, Ossa-Gómez C, Rivas-Bedoya Y, Hernández-Herrera G
INSTITUCIÓN
Universidad de Antioquia - Facultad de Medicina, Instituto de Cancerología Las Américas. Medellín, Antioquia, Colombia.

INTRODUCCIÓN
El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en el mundo y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de países menos desarrollados. La identificación de los casos de cáncer de mama en estadios tempranos mejora el pronóstico y la supervivencia de las mujeres; a medida que aumenta el tiempo para el diagnóstico, también lo hace la probabilidad de progresión clínica de la enfermedad, afectando negativamente la supervivencia. *Objetivo:* establecer la asociación del retraso en el diagnóstico de cáncer de mama con un estadio clínico avanzado, así como explorar los factores que influyen en el retraso en el diagnóstico.
MATERIALES Y MÉTODOS
Es un estudio de cohorte, donde se incluyeron 242 mujeres mayores de 18 años, que asistieron a 4 centros oncológicos de Medellín-Colombia durante el año 2017 por diagnóstico de cáncer de mama. Se aplicó a cada participante la encuesta “The Breast Cancer Delay Questionnaire”, que permitió recoger la información sobre los tiempos, factores sociodemográficos y clínicos. Se construyó un modelo de regresión logística para establecer la asociación del retraso en el estadio avanzado.
RESULTADOS
La mediana de tiempo entre el momento de identificación del problema y la biopsia diagnóstica fue de 104,5 días, de la identificación del problema a la primera consulta médica (tiempo de la paciente) de 20 días y de la primera consulta a la biopsia diagnóstica (tiempo del proveedor) de 53 días. En el 52.1% de las participantes tenían un tumor en estadío avanzado. Se encontraron asociados con un estadio clínico avanzado: el retraso en el diagnóstico (OR: 2,15; $IC_{95\%}$: 1,21-3,79), la edad mayor a 40 años (OR: 0,35; $IC_{95\%}$: 0,14-0,83) y la identificación del problema por medio de un síntoma (OR: 2,49; $IC_{95\%}$: 1,27-4,09).
CONCLUSIÓN
Se deben disminuir los tiempos totales en la atención de las pacientes con cáncer de mama para hacer diagnósticos en estadios más tempranos la enfermedad, lo que repercutirá positivamente en calidad de vida en las pacientes, la mortalidad por la enfermedad y los costos del tratamiento.
PALABRAS CLAVE
Neoplasias de la mama, retraso, diagnóstico, estadio clínico.

**GPP-34**

# EVISCERACIÓN VAGINAL ESPONTÁNEA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SACROESPINOCOLPOPEXIA: REPORTE DE CASO

**Autores:** Castillo, M; Gaitán, A; Garzón, C.
**Contacto:** E mail: macaza21@hotmail.com. Teléfono: 3143614772
**Institución:** Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca.

## Introducción

La evisceración vaginal se define como la extrusión del contenido intraperitoneal intestinal a través de un defecto total o parcial en las paredes vaginales**;** fue descrita por primera vez en 1864 por Hynernaux y posteriormente en el año 1907 Mc Gregor reporta un caso de evisceración vaginal postraumática en paciente sin antecedentes quirúrgicos. A partir de entonces, se han publicado casos en los que predominan antecedentes de cirugía pélvica y prolapso especialmente en mujeres postmenopáusicas.

## Descripción de caso clínico

Paciente femenina de 74 años de edad, natural y procedente de Tocancipá con ocupación Ama de casa, G12P12V12 consulta a la Clínica Universidad de la Sabana, por cuadro clínico de 5 horas de evolución consistente en sensación de masa vaginal asociada a sangrado vaginal moderado y múltiples episodios eméticos de contenido bilioso.

Al examen físico se encuentra una paciente hemodinámicamente estable, alerta, con deshidratación leve y signos de irritación peritoneal. En la valoración genital se identifican asas intestinales protruyendo a través de defecto en cúpula vaginal de aproximadamente 4 cm con signos de isquemia, motivo por el cual se traslada a salas de cirugía para realización de laparotomía exploratoria de urgencia por parte de los servicios de ginecología y cirugía general.

Se realiza resección de intestino delgado y anastomosis termino terminal por hallazgo de intestino delgado con signos de necrosis y edema del meso, con posterior cierre de defecto herniario por vía abdominal y vaginal**.** Además, se identifica exposición de cinta transobturadora a través de lesión a nivel vaginal por lo que se realiza resección parcial de la malla sin complicaciones; manejo intrahospitalario por cuatro días y posterior egreso. Evolución postoperatoria a 10 días por uroginecología en Hospital Universitario de la Samaritana.

## Materiales y métodos

Se reporta un caso de evisceración vaginal espontánea en paciente con antecedentes de cirugías ginecológicas, que fue manejado en una clínica privada de III nivel de complejidad en la ciudad de Chía, Colombia, con seguimiento en un hospital público de III nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia.

## Resultados:

Se identificó defecto de cúpula vaginal con presencia de contenido intestinal en vagina, se realizó resección de intestino delgado y anastomosis termino terminal por hallazgo de intestino delgado con signos de necrosis y posterior cierre de defecto herniario por vía abdominal, con evolución clínica satisfactoria durante el seguimiento clínico postquirúrgico a los 12 meses sin recidiva.

## Conclusión:

La baja prevalencia de esta patología asociada a subregistro de casos hace del manejo de la evisceración vaginal un reto para el equipo quirúrgico. El enfoque clínico y quirúrgico determina el pronóstico y el riesgo de recurrencia. La evaluación del paciente debe ser multidisciplinaria y su manejo ajustado a los hallazgos clínicos y la morbilidad específica, considerando las diferentes vías de abordaje.

**Palabras clave:** Prolapso de órgano pélvico, prolapso visceral, intestino delgado.

**GPP-36**

## EXPERIENCIA EN REPARO DE PROLAPSO APICAL USANDO UPHOLD VAGINAL

AUTOR(ES): Luis Fernando Rodríguez* Anna Bedoya** Emma García**

INSTITUCIÓN: * Ginecología y Obstetricia. Cirugía mínimamente invasiva. Piso pélvico. Profesor adscrito servicio de Ginecología Fundación Universitaria Sanitas. **Residentes postgrado de Ginecología y Obstetricia, Fundación Universitaria Sanitas.

INTRODUCCIÓN: El Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) es una patología muy común, con síntomas que pueden afectar la actividad diaria y la vida sexual de las mujeres. La prevalencia exacta es difícil de establecer puesto que hay muchas mujeres que no consultan y hay diferentes sistemas de clasificación para el diagnóstico. El tratamiento del POP depende de los síntomas, del grado del prolapso y el compartimiento comprometido e incluye manejo expectante, terapia de piso pélvico y manejo quirúrgico. Para esta última opción, existen varias alternativas en cuanto al manejo del prolapso apical. Este estudio tiene como fin reportar la experiencia de los sistemas de soporte vaginal UPHOLD en pacientes con prolapso II, IIBa y prolapso apical III, los cuales brindan un soporte mecánico o como puente para el defecto fascial.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo tipo serie de casos. Se incluyeron las pacientes a las que se les realizó corrección de prolapso II, IIBa y prolapso apical III utilizando soporte vaginal UPHOLD entre junio del 2016 y junio del 2017 en la Clínica Universitaria Colombia. Se recolectaron las características clínicas y demográficas de las pacientes, presencia de incontinencia urinaria concomitante, complicaciones en el posoperatorio inmediato y recaída de POP.

RESULTADOS: Se incluyeron 49 pacientes, con un promedio de una media de 63,6 años. Las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial 46%, hipotiroidismo 14%, diabetes mellitus 10% y obesidad 4%. El 59% tenían incontinencia asociada y 12% presentaron complicaciones en el posoperatorio inmediato (4 casos de hematomas retrovesical, un sangrado leve intraoperatorio y dos casos de retención urinaria). En el control posoperatorio 14% de las pacientes presentaron incontinencia desarrollada posterior a la cirugía la cual ya había resuelto a los seis meses del control postquirúrgico. En cuanto a la corrección del prolapso, se encontró que el 100% presentaron corrección del prolapso en la primera intervención y en el seguimiento a 6 meses el 100% de pacientes manifestaron ausencia de síntomas de masa, incontinencia y además se mostraron satisfechas con los resultados de la cirugía.

CONCLUSIÓN: En este estudio se obtuvieron excelentes resultados inmediatos utilizando el soporte vaginal UPHOLD, con 12% de complicaciones menores que no afectaron el resultado quirúrgico a los seis meses. El manejo del soporte apical y anterior con este método, ofrece una alternativa con muy buenos resultados a corto plazo. Además, una baja frecuencia de complicaciones las cuales son fáciles de resolver y no afectan el resultado quirúrgico final. Cabe resaltar que las cirugías fueron realizadas por cirujanos entrenados en piso pélvico y además se continuara el estudio para conocer los resultados a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Prolapso anterior, prolapso apical, UP HOLD.

**GPP-40**

## ENDOSALPINGIOSIS: UNA ENTIDAD INUSUAL. REPORTE DE UN CASO.

Sepúlveda-Agudelo J (janersepulveda@yahoo.es), Wadnipar-Gutiérrez M, Vera-Campos S

Universidad industrial de Santander, Bucaramanga Colombia

**Introducción y objetivos:** La endosalpingiosis es un desorden ginecológico no neoplásico, consiste en la presencia de epitelio tubárico ciliado glandular en una localización ectópica.
Se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de vida, incluso se ha reportado casos en mujeres posmenopáusicas. Se describe una incidencia del 7% en pacientes sometidas a laparoscopia por sintomatología ginecológica, dolor pélvico e infertilidad, presenta una prevalencia de 3,5-12,5%.
Se presenta un caso de una paciente con endosalpingiosis, se realiza una revisión detallada de la literatura.
**Materiales y métodos:** Se reporta el caso de una paciente de 43 años G3P3A0 con dolor pélvico crónico de 6 años de evolución, localizado en fosa iliaca derecha tipo cólico, con antecedente de esterilización quirúrgica y resección de pólipo endocervical. Se realiza laparoscopia exploratoria con hallazgos quirúrgicos de lesiones blanquecinas sobre ambas trompas y superficie de la serosa uterina, sugestivas de endosalpingiosis; se toma biopsia, se envía a patología, con reporte de pared de trompa uterina con focos de restos embrionarios, salpingitis crónica moderada y endosalpingiosis. Control posquirúrgico al mes, refiere mejoría del dolor pélvico, a los 11 meses presenta mejoría del dolor. Se realizó una revisión detallada de la literatura sobre el tema en la base de datos Medline, PubMed, Scielo, Embase, Ovid-Hinari y Bireme.
La paciente firmó consentimiento informado, autoriza la divulgación científica del caso. Se garantizó confidencialidad, protegiendo su identidad, preservando sus derechos.
**Resultados:**
Se obtuvieron 11 publicaciones, 5 reportes de caso, 4 revisiones de la literatura y 2 estudios de cohorte. Un estudio realizado en pacientes sometidas a cirugías ginecológicas comparó la frecuencia de endometriosis y neoplasias ginecológicas con y sin endosalpingiosis. Se observó endometriosis, cáncer uterino y de ovario con mayor frecuencia en las mujeres con endosalpingiosis. Así mismo, se diagnosticó endosalpingiosis en 13 pacientes en un centro en período de 6 años. De éstos, nueve pacientes tenían antecedentes de cirugías realizadas previamente.
**Conclusiones:** La endosalpingiosis es una patología benigna de origen embriológico que se debe considerar ante la presencia de dolor pélvico crónico. Su etiología no está clara, y su diagnóstico suele ser un hallazgo incidental durante estudios imagenológicos o laparotomía o laparoscopia, y solo es confirmado por el estudio histopatológico
Del tratamiento hay pocos datos para establecer una guía de manejo, sin embargo, se considera un manejo conservador, en ocasiones se recomienda la resección quirúrgica para evitar complicaciones. Una completa resección quirúrgica por lo general no es necesaria, los focos de magnitud atípica que se presentan con frecuencia con alteraciones quísticas deben ser extirpados completamente con posteriores controles laparoscópicos.
**Palabras clave:** Endosalpingiosis, dolor pélvico, endometriosis.

**GPP-41**

# REPORTE DE CASO: SECUENCIA DE PIERRE-ROBIN, DIAGNÓSTICO PRENATAL

**AUTORES**: Sanín–Ramírez D[1] (sanindaniel@gmail.com celular: 3173682757), López-Torres LF[1], Sanín-Blair JE[2], Gutiérrez-Marín JH[2], García-Posada RA[2], Campo-Campo MN[2]
[1] Residentes Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.
**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Después de la cuarta semana de desarrollo embrionario, la cavidad oral se separa de la nasal por la fusión del paladar secundario en la línea media derivado del mesénquima del primer arco branquial. En la secuencia o síndrome de Pierre-Robin (SPR), la hipoplasia mandibular altera dicha fusión por interposición de la lengua. Las etiologías asociadas son: anomalías genéticas, oligoamnios, miotonía y enfermedades del tejido conectivo.
La SPR tiene una prevalencia de 1/10.000 nacimientos y puede presentarse aislada o asociado a otras malformaciones en el 37-50%. Tiene una triada característica de retrognatia, glosoptosis y fisura velopalatina. Esto conlleva a dificultades en la succión, obstrucción de la vía aérea superior, alteraciones esofágicas e hipoacusia conductiva. La obstrucción de la vía aérea superior se presenta por prolapso de la lengua, con mortalidad de 1.7-11.3%, llegando al 26% cuando se asocia a otras malformaciones.
El diagnóstico prenatal se puede hacer al detectar la retrognatia en ecografía asociada a polihidramnios. Se presenta el caso de Pierre Robin y sus hallazgos antenatales

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Gestante de 28 años, G3A2V0, O(+). Ecografía III nivel evidencia retrognatia, hipoplasia de rostrum, orejas de implantación baja, malposición de manos y pies, ventriculomegalia leve y disgenesia del cuerpo calloso compatibles con SPR y anomalía tipo Dandy Walker. Cribado para STORCH negativo, sin antecedentes de enfermedades genéticas importantes. FISH que reporta 46 XX, sin cromosomopatías.
A las 39+4 semanas se atiende parto espontáneo, nace bebe femenino, 2.190g y 45cm; se observa retromicrognatia, glosoptosis y paladar ojival, asociado a opacidad cornal bilateral, hipertensión de la arteria pulmonar, hipertrofia del ventrículo derecho, hipoplasia cerebelosa y del cuerpo calloso con microcefalia. El diagnóstico postnatal emitido por genética es un Síndrome Cerebro-óculo-facio-esquelético asociado a la secuencia de Pierre Robin.

**CONCLUSIÓN:**
La secuencia de Pierre-Robin consta de una triada de malformaciones orofaciales que se desarrollan por alteración en la fusión de los pilares palatinos por interposición de la lengua en respuesta a la retracción mandibular. El impacto de dicha entidad radica en su gravedad al estar asociado a obstrucción de la vía aérea. El diagnóstico prenatal se puede hacer al identificar la retrognatia y sospechar paladar hendido por la localización de la lengua.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Pierre-Robin, diagnóstico prenatal.

**GPP-45**

## COLPOCLEISIS SITIO ESPECÍFICA: TÉCNICA DE ROUHIER

**AUTORES:** Marín–Cardona Y1 (yurani8822@gmail.com celular: 3012901009), Bustamante–Agudelo C,1 Echavarría-Restrepo LG2, Gómez-Londoño M2
1Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
2Ginecología y Obstetricia, Uroginecología y Piso pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El prolapso de órganos pélvicos, definido como el descenso de la pared anterior, posterior, y/o la cúpula o útero a través de la vagina secundario a la falla en los elementos de suspensión del piso pélvico. Se asocia a disfunción urinaria, sexual y alteración de la defecación. El prolapso sintomático es una condición que afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres (3 - 6%).
La cirugía obliterativa de vagina (colpocleisis) en pacientes que no desean vida sexual activa penetrativa, tiene un menor tiempo quirúrgico, menor tasas de morbilidad y de pérdida sanguínea; la recuperación es más rápida, y el éxito anatómico es mayor. Las candidatas para la colpocleisis suelen presentar múltiples comorbilidades médicas que las descartan para llevar a una cirugía reconstructiva. Con una eficacia de 90%, mejorando calidad de vida e imagen corporal para la mayoría de pacientes.

Se realizó una revisión sobre el procedimiento colpocleisis (técnica de Rouhier) frente a los resultados anatómicos, resolución de síntomas, satisfacción y la morbimortalidad asociada de pacientes que consultaron a la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín (Colombia)

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo realizado en una Institución de tercer nivel en Medellín – Antioquia entre enero de 2013 a diciembre de 2016; se incluyeron pacientes con prolapso III–IV a quienes se les realizó colpocleisis en dicho período. Se utilizó la escala de cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos (POP-Q) para determinar los niveles de prolapso antes y después de la cirugía. A todas las pacientes se les solicitó además: urodinamia preoperatoria con reducción del prolapso para evaluar incontinencia urinaria oculta o dificultades de la micción y se realizó la escala de Impresión Global de Mejora del Paciente (PGI –I) para la evaluación subjetiva de la respuesta a la cirugía. Aprobado por comité de ética.

**RESULTADOS:** 143 pacientes sometidas a colpocleisis de Rouhier realizada por dos especialistas en Uroginecología; la edad media fue de 75 años; el índice de masa corporal promedio de 27.3; 140 (97.9%) pacientes presentaban comorbilidades médicas. 125 pacientes (87%) tenían prolapso grado III y 18 (12.5%) grado IV. 39 (27.2%) tenían IUE; 10 (6.9%) IUU; 19 (13.2%) IUO. La cirugía anti-incontinencia se les realizó a 67 (46.8%). El promedio de seguimiento fue de 9.7 meses. La tasa de curación y satisfacción fue 97.9%. No se presentaron complicaciones.

**CONCLUSIÓN:** Encontramos alta eficacia de las cleisis en cuanto a la satisfacción de las pacientes, en mejoría de calidad de vida, independiente de la edad, con una baja tasa de complicaciones y fallas quirúrgicas. La colpocleisis es una buena opción de tratamiento para

prolapso de órganos pélvicos estadio III-IV, en quienes no deseen conservar la funcionalidad sexual, sin embargo este concepto debe ser individualizado para cada paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Colpocleisis, adulta mayor, prolapso de órgano pélvico.

**GPP-46**

# CONSTRUCCIÓN NEOVAGINA EN SÍNDROME DE ROKITANSKY POR TÉCNICA MCINDOE-BANISTER MODIFICADA CON INJERTO CUTÁNEO LIBRE

**AUTORES**: Lemus-Gallego LA[1] (lislemus87@gmail.com cel: 3108958420) Bustamante-Agudelo C[1], Echavarría Restrepo LG[2], Trujillo-Gallego LF[2], Gómez-Londoño M[2.]

[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.

[2]Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Uroginecología y Piso Pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana.

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Antioquia, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKHS) es una malformación mülleriana en la que se encuentra ausencia de la vagina y el útero; tiene una prevalencia de 1/5.000 mujeres nacidas. Se caracteriza por amenorrea primaria, función ovárica normal, desarrollo de características sexuales secundarias y cariotipo femenino (46, XX). Algunas pacientes pueden tener otras malformaciones asociadas, renales (40%), esqueléticas (10% -12%) y auditivas (4.5%).

Se han descrito numerosos procedimientos quirúrgicos, cuyo objetivo es crear una neovagina de tamaño y condición fisiológica adecuados, para permitir el coito y desarrollo de la función sexual de las pacientes. Uno de los métodos más utilizado es el descrito por McIndoe y Bannister en 1938, en el que se utiliza un injerto cutáneo que cubre una prótesis, que es insertada en un espacio creado quirúrgicamente entre la vejiga y el recto.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** revisión de la literatura, reporte de casos.

**RESULTADOS:** las pacientes fueron valoradas por un equipo multidisciplinario (ginecología endocrinológica, uroginecología y piso pélvico, cirugía plástica, anestesiología con especialidad en dolor, piscología y fisioterapia); fueron intervenidas mediante la técnica McIndoe-Banister, así:

1. Injerto cutáneo tomado de la cara súpero-externa del muslo.
2. Preparación de colgajo cutáneo, logrando un recubrimiento total de la prótesis (jeringa de irrigación de 60 ml sin punta).
3. Tunelización del tabique intervésico-rectal y creación de neovagina, por medio de incisión transversal en forma de “H” en el introito vaginal; disección roma del tejido intervésico-rectal, consiguiendo formar una cavidad que progresivamente se prolonga hasta llegar al peritoneo del fondo de saco de Douglas.
4. Colocación de prótesis en la cavidad realizada.
5. Fijación de la prótesis alrededor del introito vaginal con sutura absorbible y en los extremos externos al periné, durante 5-7 días.
6. Retiro de prótesis e introducción de dilatador lubricado con crema de estrógenos para uso diario, hasta la reepitelización del injerto.

**Casos 1 y 2**: Pacientes de 19 y 22 años respectivamente, valoradas por ginecología endocrinológica por amenorrea primaria, ambas con diagnosticó de MRKHS, con resonancia magnética de pelvis que demuestra agenesia de útero, cérvix y 2/3 superiores de vagina, cariotipos 46, XX, sin anomalías renales ni esqueléticas. Examen físico de las pacientes con un desarrollo normal de caracteres sexuales secundarios y genitales externos normales con vaginas cortas.

**CONCLUSIÓN:** el desarrollo de las técnicas quirúrgicas para la creación de la neovagina, ha permitido ofrecer a las pacientes con MRKHS el desarrollo de la función sexual normal, logrado a través de la intervención de un equipo multidisciplinario, resultados satisfactorios que impactan la calidad de vida de estas mujeres.

**PALABRAS CLAVE:** síndrome de Rokitansky, neovagina, técnica McIndoe-Banister.

**GPP-47**

# TRATAMIENTO CONSERVADOR CON PESARIO EN PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS DURANTE EL EMBARAZO

**AUTORES**: Lemus-Gallego L[1] (lislemus87@gmail.com Celular: 3108958420), Fernández-Velásquez C[1], Echavarría-Restrepo LG[2], Trujillo-Gallego LF[2], Gómez-Londoño M[2]
[1] Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Ginecología y Obstetricia, Uroginecología y Piso Pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana.
**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El prolapso de los órganos pélvicos (POP) se define como el descenso del útero y/o los diferentes órganos vecinos, como la vejiga, el recto o el intestino como consecuencia de debilidad de los elementos suspensorios.
La prevalencia de POP durante el embarazo es difícil de estimar pues la mayoría de los estudios se han enfocado en la incidencia en mujeres postmenopáusicas. Existe una correlación directa entre el aumento de la paridad y el riesgo de desarrollar un prolapso, por lo que cada vez es más común encontrarlo durante el embarazo. A medida que se desarrollan las opciones de tratamiento para el POP se ha incrementado la conciencia y aceptación de la búsqueda de atención médica para problemas ginecológicos de las mujeres que manifiestan síntomas asociados al POP, pero la falta de evidencia hace que no existan pautas en el manejo de dicha entidad durante la gestación. Es fundamental comprender los objetivos y expectativas del tratamiento en la paciente gestante.
El tratamiento conservador permite disminuir costos y efectos adversos, no alteran los tejidos en caso de una cirugía posterior, evita que el prolapso empeore, disminuye frecuencia y severidad de síntomas. Las opciones incluyen observación, cambios en el estilo de vida, rehabilitación del piso pélvico y el uso de pesario.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión de la literatura, reporte de casos.
**RESULTADOS:** 37 años, G2P1, 15 semanas de gestación, antecedente de colpopexia con malla Splentis por prolapso apical noviembre 2014. Ingresa por sensación de bulto en vagina, al examen físico recidiva apical grado III con cérvix de 40mm con un punto C del POP-Q en +3 con valsalva. Se decide realizar tratamiento conservador con pesario; prueba de pesario con Gellhorn número 5 que no toleró por sensación de cuerpo extraño en vagina y dificultad para iniciar la micción, se cambia pesario por anillo con diafragma número 5, el cual logra reducir completamente el prolapso y le da comodidad.
Seguimiento semanal durante el primer mes y luego cada 3-4 semanas, donde se retira pesario, se lava y se revisan paredes vaginales, sin encontrar sangrado, erosión o ulceración. Se identificó en el mes de enero vaginosis por Gadnerella la cual fue tratada por 7 días en los cuales se retiró pesario. Última valoración 09/02/2018 (30 semanas) continúa asintomática.

**CONCLUSIÓN:** Los pesarios vaginales son una opción efectiva, económica y aceptable para las mujeres con prolapso durante el embarazo con mínimos efectos adversos para el binomio madre hijo. La educación que recibe la paciente sobre los cuidados del pesario y la comodidad de uso son muy importantes para garantizar su continuidad; además el seguimiento minucioso evitará complicaciones o efectos secundarios de su uso.

**PALABRAS CLAVE:** Pesario, Embarazo, Prolapso de órganos Pélvicos.

**GPP-48**

# REGULADOR MECÁNICO EXTERNO (REMEEX): UNA ALTERNATIVA PARA LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

**AUTORES**: Marín Cardona Y[1] (yurani8822@gmail.com, celular: 3012901009), Lemus-Gallego LA[1], Echavarría Restrepo LG[2], Gómez-Londoño M[2], Trujillo-Gallego LF[2], Castaño JC[3]
[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2]Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Uroginecología y Piso Pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana.
[3]Especialista en Urología, Clínica Universitaria Bolivariana. Clínica CES. Urogine Tesoro.
**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Antioquia, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** El Remeex es un sistema que permite ajustar la tensión ideal de las cintas anti-incontinencia intentando evitar o minimizar posibles reintervenciones, el uso de este sistema se informó por primera vez en la literatura en el 2003. Las indicaciones para utilizarlo en incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina son: hipermotilidad uretral, uretra fija, disfunción esfinteriana primaria, fracaso de otras técnicas anti-incontinencia, hiper-reflexia vesical. Existen diferentes revisiones que evidencian aumento en la satisfacción de las pacientes y disminución de la disfunción miccional relacionada con el exceso de tensión de la cinta, proporcionando una buena tasa de curación con una baja tasa de complicaciones, teniendo la posibilidad de ajustar a largo plazo la tensión de la cinta. Esto hace que dicho procedimiento se simple en manos de expertos, seguro y eficaz para el manejo de la IUE.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** revisión de la literatura, reporte de casos.

**RESULTADOS:** doce pacientes fueron llevadas a cinta reajustable en la Clínica Universitaria Bolivariana de Junio 2016 a Enero 2018. 7 (58%) con edad mayor de 60 años y 5 (42%) menor de esta edad. 10 (83%) tenían como indicación principal IUE recidivante, 1 paciente presentó IUE asociada a trauma vesical posterior a un accidente de tránsito y otra detrusor acontractil. Solo 4 (33%) tenían prolapso de órganos pélvicos concomitante. 8 (67%) tenían dos cirugías anti-incontinencias previas, 2 (16%) sólo una y 1 (8%) ninguna. Las pacientes fueron valoradas por el equipo de Uroginecología y Urología quien decide ofrecer esta alternativa quirúrgica previa valoración urodinámica y ecografía de piso pélvico para determinar ubicación de cintas antiguas, una vez se realizaba el procedimiento, se les realizó seguimiento una semana posterior con realización de prueba de continencia de las cuales el 83% quedaron con residuo postmiccional en rango seguro (menor 100ml). El seguimiento promedio fue de 6-9 meses donde 8 (67%) de las pacientes quedaron continentes, 1 (8%) pérdida mínima, 2 (16%) con síntomas obstructivos que requirieron reajuste de la cinta. Dos pacientes presentaron urgencia urinaria posterior que requirió agregar antimuscarínico con gran mejoría de los síntomas. El 91% de las pacientes relató subjetivamente mejoría en su calidad de vida.

**CONCLUSIÓN:** las cintas reajustables son una alternativa segura y eficaz con bajas tasas de complicaciones para aquellas pacientes con IUE de difícil manejo y recidivantes, impactando notoriamente en la calidad de vida; sin embargo requiere de experticia del cirujano y de la individualización de cada paciente para que haya buenas tasas de éxito y satisfacción.

**PALABRAS CLAVE:** cinta reajustable, incontinencia recidivante, tensores.

**GPP-49**

# REGULADOR MECÁNICO EXTERNO (REMEEX): UNA ALTERNATIVA PARA LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

**AUTORES**: Marín Cardona Y[1] (yurani8822@gmail.com, celular: 3012901009), Lemus-Gallego LA[1], Echavarría Restrepo LG[2], Gómez-Londoño M[2], Trujillo-Gallego LF[2], Castaño JC[3]
[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2]Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Uroginecología y Piso Pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana.
[3]Especialista en Urología, Clínica Universitaria Bolivariana. Clínica CES. Urogine Tesoro.
**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Antioquia, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** El Remeex es un sistema que permite ajustar la tensión ideal de las cintas anti-incontinencia intentando evitar o minimizar posibles reintervenciones, el uso de este sistema se informó por primera vez en la literatura en el 2003. Las indicaciones para utilizarlo en incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina son: hipermotilidad uretral, uretra fija, disfunción esfinteriana primaria, fracaso de otras técnicas anti-incontinencia, hiper-reflexia vesical. Existen diferentes revisiones que evidencian aumento en la satisfacción de las pacientes y disminución de la disfunción miccional relacionada con el exceso de tensión de la cinta, proporcionando una buena tasa de curación con una baja tasa de complicaciones, teniendo la posibilidad de ajustar a largo plazo la tensión de la cinta. Esto hace que dicho procedimiento se simple en manos de expertos, seguro y eficaz para el manejo de la IUE.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** revisión de la literatura, reporte de casos.

**RESULTADOS:** doce pacientes fueron llevadas a cinta reajustable en la Clínica Universitaria Bolivariana de Junio 2016 a Enero 2018. 7 (58%) con edad mayor de 60 años y 5 (42%) menor de esta edad. 10 (83%) tenían como indicación principal IUE recidivante, 1 paciente presentó IUE asociada a trauma vesical posterior a un accidente de tránsito y otra detrusor acontractil. Solo 4 (33%) tenían prolapso de órganos pélvicos concomitante. 8 (67%) tenían dos cirugías anti-incontinencias previas, 2 (16%) sólo una y 1 (8%) ninguna. Las pacientes fueron valoradas por el equipo de Uroginecología y Urología quien decide ofrecer esta alternativa quirúrgica previa valoración urodinámica y ecografía de piso pélvico para determinar ubicación de cintas antiguas, una vez se realizaba el procedimiento, se les realizó seguimiento una semana posterior con realización de prueba de continencia de las cuales el 83% quedaron con residuo postmiccional en rango seguro (menor 100ml). El seguimiento promedio fue de 6-9 meses donde 8 (67%) de las pacientes quedaron continentes, 1 (8%) pérdida mínima, 2 (16%) con síntomas obstructivos que requirieron reajuste de la cinta. Dos pacientes presentaron urgencia urinaria posterior que requirió agregar antimuscarínico con gran mejoría de los síntomas. El 91% de las pacientes relató subjetivamente mejoría en su calidad de vida.

**CONCLUSIÓN:** las cintas reajustables son una alternativa segura y eficaz con bajas tasas de complicaciones para aquellas pacientes con IUE de difícil manejo y recidivantes, impactando notoriamente en la calidad de vida; sin embargo requiere de experticia del cirujano y de la individualización de cada paciente para que haya buenas tasas de éxito y satisfacción.

**PALABRAS CLAVE:** cinta reajustable, incontinencia recidivante, tensores.

**GPP-50**

## SÍNDROME DE FOWLER: UN RETO DIAGNÓSTICO SIN ACABAR

**AUTORES**: Marín Cardona Y[1] (yurani8822@gmail.com, celular: 3012901009), Lemus-Gallego LA[1]Echavarría Restrepo LG[2], Gómez-Londoño M[2], Trujillo-Gallego LF[2], Castaño JC[3]
[1]Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2]Especialista en Ginecología y Obstetricia, subespecialista en Uroginecología y Piso Pélvico, Clínica Universitaria Bolivariana.
[3]Especialista en Urología, Clínica Universitaria Bolivariana. Clínica CES. Urogine Tesoro.
**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Antioquia, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La retención urinaria crónica consiste en una vejiga no dolorosa con volumen residual elevado. La obstrucción mecánica y las enfermedades neurológicas representan la mayoría de los casos, sin embargo ante cualquier causa demostrable se debe sospechar un síndrome de Fowler (SF).
El SF es una alteración secundaria a un fracaso para relajarse del esfínter uretral externo (EUE), representa sólo el 1% de retención crónica y afecta mujeres jóvenes. Su causa no está dilucidada, se sospecha en canalopatía hormonal disminuyendo el umbral de excitabilidad de membrana manteniendo la contracción del esfínter y fracaso de la relajación. Se caracteriza por flujo miccional intermitente y prolongado, tenesmo vesical y aumento de la frecuencia miccional; luego retención urinaria con altos volúmenes residuales.
La Urodinamia facilita el diagnóstico: sensación vesical disminuída, capacidad vesical elevada, aumento de la presión del detrusor con hipoactividad del mismo y disminución de flujo máximo. Así mismo la electromiografía (EMG) confirma el diagnóstico: descargas repetitivas complejas de EUE en la fase de vaciamiento y se corrobora con la visualización del cierre del EUE en fase de diástole en la videurodinamia.
El único tratamiento conocido que puede restaurar la función miccional en las pacientes con SF es la neuromodulación sacra.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** revisión de la literatura, reporte de caso.

**RESULTADOS:** Paciente de 52 años, consulta por síntomas obstructivos vesicales y constipación severa. RNM con intususcepción recto rectal con tránsito intestinal lento. Urodinamia con obstrucción funcional, se solicita videourodinamia:
Onda plana, Q max: 12ml/seg, tiempo de micción: 65seg, micción: 430ml, residuo: 300ml primera sensación: 138ml, primer deseo: 250ml, repleción vesical: 330ml, sensación de urgencia: 360ml, capacidad vesical: 400ml, compliance normal, contracción del detrusor débil, presión máxima del detrusor: 36cmH2O, presión de apertura: 9cmH2O. Electromiografía no coordinada. Fluoroscopia: vejiga de paredes lisas regulares sin defectos de llenado, esfínter competente, hipoactividad contráctil del detrusor. Se llevó a Staff por el grupo de Uroginecología y se ofrece neuromodulación sacra como pilar de tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** El SF es una entidad difícil de diagnosticar y requiere primeramente sospecha de acuerdo a la historia clínica y los hallazgos de la Urodinamia, así solicitar la videourodinamia y la electromiografía para confirmar dicho diagnóstico y ofrecer alternativas de tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Retención urinaria, Síndrome de Fowler, esfínter uretral externo.

**GPP-51**

# KRUKENBERG: PARADIGMA DIAGNÓSTICO EN EL ENFOQUE DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA

**AUTORES**: Fernández-Velásquez C[1] (caticafer68@hotmail.com, 3146620990), Marín-Cardona Y[1], Carvajal-Restrepo M [2]
[1] Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[2] Ginecología y Obstetricia, Clínica SOMER.
**INSTITUCIÓN:** Clínica SOMER, Rionegro. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Las metástasis ováricas representan el 15% al 28% de los tumores de ovario, la incidencia del tumor Krukenberg (TK) es rara, 1-3% de todos los tumores ováricos y 9% de todas las metástasis; 72-83% son bilaterales, la edad media oscila entre 40 y 45 años, y el 35-45% son menores de 40 años.

El cáncer del tracto gastrointestinal (TGI) tiene más probabilidad de metástasis ováricas siendo una de las causas más importantes de falla del tratamiento.

El pronóstico es peor, en comparación con el de otros tumores gastrointestinales primarios. Anteriormente, la quimioterapia era el principal tratamiento, pero la eficacia fue decepcionante con supervivencia de 7 a 11 meses. Algunos informes retrospectivos indican que la citoreducción podría mejorar el pronóstico, sin embargo, no se ha establecido una estrategia terapéutica óptima para este tipo de tumor.

Los tumores de Krukenberg a menudo se asocian con diferentes grados de metástasis peritoneales, que con frecuencia inducen ascitis, obstrucción intestinal, hidronefrosis, falla renal aguda y afectan gravemente la calidad de vida del paciente; en algunas descripciones de casos se evidencia no tan frecuentemente metástasis pulmonar que confunde aún más el diagnóstico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Revisión literatura, reporte de casos.

**RESULTADOS:** Paciente de 25 años, 1 mes de evolución de disnea, diaforesis, dolor pleurítico, adenopatías, ictericia, hemoptisis y melenas. TAC tórax-abdomen: Derrame pleural bilateral, lesiones pulmonares consolidadas, líquido libre, lesión anexial compleja de ovario derecho de gran tamaño; ca125 de 217, AFP 4.2, ACE 164.

Ingresa en malas condiciones, inestable, hemoglobina: 6 gr/dL se transfunde, y se ingresa a UCI, donde requiere soporte ventilatorio y vasopresor, con falla renal. Estudios complementarios muestran lesiones sugestivas de metástasis óseas en pelvis; como primer diagnóstico se sospecha tuberculosis pulmonar (baciloscopias negativas extrainstitucionales), dada la inestabilidad y las imágenes de pelvis se decide llevar a laparotomía.

Se encuentra tumor de ovario derecho gigante, quiste complejo izquierdo, abundante líquido lechoso difuso, compromiso gástrico significativo por masa infiltrante en el cuerpo del estómago en la pared anterior, posterior y retroperitoneo, adenopatías mesentéricas. Durante la cirugía la paciente presenta paro cardíaco y tras 20 minutos de reanimación fallece. Posteriormente la patología confirma tumor primario de estómago.

**CONCLUSIÓN:** El enfoque inicial de la masa anexial es fundamental para realizar un diagnóstico certero, donde el pilar es descartar malignidad (primaria o metastásica). Sin embargo, existen situaciones en las que la epidemiología se sale de lo común: presentaciones agudas, edad temprana e inestabilidad hemodinámica en las que los tumores de ovario primario o metastásicos de tracto gastrointestinal no deben dejarse olvidados, y más si desconocemos la predisposición genética y los factores asociados.

**PALABRAS CLAVE:** Masa anexial, Krukenberg, metástasis.

**GPP-55**

**MADURACIÓN CERVICAL CON DILATACIÓN MECÁNICA EN PACIENTE CON DOS CESÁREAS PREVIA.**

Autores:
Muñoz Acevedo MA*, Colonia Toro A**.
*Residente de ginecología-obstetricia Universidad CES
**Ginecoobstetra, Epidemiólogo. Hospital General de Medellín.

Hospital General de Medellín.
Medellín – Colombia.

Introducción y Objetivos. La inducción del trabajo de parto es una intervención obstétrica común en todo el mundo, aproximadamente entre 20-30% de los partos serán inducidos. La inducción es la iniciación del trabajo de parto con el objetivo de la dilatación completa del cérvix para finalizar con el parto vaginal. La inducción puede realizarse con métodos farmacológicos y no farmacológicos. Un número importante de pacientes presenta contraindicación o uso limitado para la maduración cervical con misoprostol; antecedente de cicatrices uterinas por cesárea previa o miomectomía. A continuación se presenta el caso clínico de una paciente precesareada 3 veces con contraindicación para uso de misoprostol y alto riesgo de ruptura uterina, es en esta situación donde la maduración cervical con métodos mecánicos pudiera tener ventajas y seria el método ideal.

Materiales y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Paciente femenina de 31 años, G4C3, con embarazo de 22 semanas, es remitida de institución donde se le realiza reducción fetal, asiste para atención parto con feto muerto en proceso de interrupción voluntaria del embarazo. Paciente con antecedente de tres cesáreas previas, sin antecedentes de importancia. Al examen físico signos vitales estables. Inicialmente programa para cesárea, pero al tratarse de un feto muerto y debido a la edad gestacional se decide realizar maduración cervical con método mecánico, para continuar terminación vaginal del embarazo. Se realiza procedimiento con sonda foley calibre 16. Inserción bajo guía ecográfica, se confirma localización intrauterina y se insufla con 20 cc de agua destilada, sin complicaciones. Se realiza tracción suave hasta el orifico cervical interno y se fija sonda a la cara interna de la pierna derecha, procedimiento sin complicaciones y bien tolerado. La paciente continua monitorización en UCE Obstétrica, a las 12 horas de la colocación de la sonda Foley se realiza tracción de la misma, a las 18 horas presenta expulsión espontanea de la sonda Foley, se evalúa cuello con progresión de la dilatación, se inicia oxitocina. Después de 40 horas de la colocación de la sonda Foley se da parto vértice espontaneo, se realiza revisión de cavidad uterina, sin evidencia de ruptura uterina.

Conclusiones. Estudios recientes han demostrado que las gestantes con un cuello uterino desfavorable a término, el catéter de Foley parece tener un perfil de seguridad superior que el misoprostol, siendo igualmente efectivos para la inducción del parto. El aumento de la tasa de cesáreas ha planteado un problema a los obstetras, ya que son renuentes a dar trabajo de parto a las mujeres con una cesárea previa y cérvix desfavorable, por el posible riesgo aumentado de una ruptura uterina que puede representar una amenaza para la madre y el feto. No está asociado con un mayor riesgo de morbilidad infecciosa. Se ha demostrado que la inserción de

catéter Foley es segura en pacientes con cicatriz uterina previa con alta probabilidad de tasa de parto vaginal.

**GPP-56**

## DISPOSITIVO MIRENA: REACCIÓN DECIDUAL.

Cortes-Caballero C (cccaballero@gmail.com), Wadnipar-Gutiérrez M, Vera-Campos S, Mogollón-Zehr M, Carrillo-Marín S.
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga Colombia

**Introducción y objetivos:** El dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG, Mirena) es un método anticonceptivo reversible, de larga duración y altamente eficaz, con un índice de pearl de 0.16. El mirena tiene acción local en el cérvix y endometrio, siendo en este último su función más importante.
Se describen los cambios histopatológicos generados por la acción directa de la liberación de levonorgestrel para evitar el uso indiscriminado del dispositivo sin tener en cuenta estas consideraciones.
**Materiales y métodos**: Paciente de 58 años G4P3C1 con cuadro clínico de dos años de evolución, caracterizado por sangrado uterino anormal, dolor pélvico crónico, dispareunia y flujo vaginal abundante de coloración blanquecina que no cedió al tratamiento antibiótico. Se realiza una ecografía transvaginal que reporta leiomioma intramural, agrandamiento uterino difuso, e imágenes sugestivas de adenomiosis. Como tratamiento se decide utilizar el dispositivo LNG Mirena, sin embargo, en 17 meses la hemorragia no respondió a este. Se propone una histerectomía abdominal y se envía muestra a patología para su diagnóstico histológico. El diagnostico microscópico mostró marcada reacción decidual, sugestiva de efecto por dispositivo mirena; además se encontró endocervicitis crónica con quistes de retención y reacción granulomatosa de cuerpo extraño. Se realizó una revisión de las bases de datos PubMed, Scielo, Embase, Ovid-Hinari y Bireme, seleccionando los artículos más relevantes.
La paciente firmó consentimiento informado autorizando la divulgación científica del caso. Se garantizó confidencialidad, protegiendo su identidad y preservando sus derechos.

**Resultados**: Se obtuvieron 10 artículos, 2 reportes de caso, 6 revisiones de la literatura, 1 revisión sistemática y 1 estudio de cohorte. Se describe que entre los efectos secundarios del dispositivo liberador de levonorgestrel, se encuentra la reacción decidual causada por el aumento de estímulo de la progesterona, muy poco común en pacientes posmenopáusicas. La progesterona produce una transformación del estroma en decidua completa o incompleta, las células pueden presentar pleomorfismo, hipercromatismo e irregularidades nucleares y las glándulas endometriales pueden mostrar el fenómeno de Arias Stella con cambios hipersecretores y atipias celulares desde moderadas a severas.

**Conclusiones:** El mirena está indicado en mujeres que precisan anticoncepción eficaz y duradera, además, también sirve como parte del tratamiento de la hemorragia uterina anormal, endometriosis, leiomiomas uterinos, adenomiosis y en la profilaxis de hiperplasia endometrial en pacientes en etapa del climaterio y en el manejo del cáncer de endometrio en estadio temprano. A pesar de la amplia gama terapéutica del dispositivo, se observa que causa cambios en la morfología del endometrio. En nuestro caso había marcada reacción decidual por el efecto local producido por la liberación de levonorgestrel que género una supresión del endometrio. Las alteraciones descritas en la literatura y observados en nuestro caso se debieron a los efectos directos en el endometrio y las reacciones de tipo mecánicos de este como: atrofia glandular, reacción decidual estromal, e infiltración de leucocitos

**Palabras clave:** levonorgestrel, dispositivo intrauterino, reacción decidual.

**GPP-57**

## LEIOMIOSARCOMA MIXOIDE GIGANTE: REPORTE DE CASO

Cortes-Caballero C (cccaballero@gmail.com), Wadnipar-Gutiérrez M, Vera-Campos S, Mogollon-zehr M, Toncel-Churio C.
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga Colombia.

**Introducción y objetivos:** Los sarcomas uterinos son tumores malignos de origen mesodérmico, representan el 3-5% de las neoplasias uterinas; de los diferentes tipos histológicos en los que se clasifican, el leiomiosarcoma es el segundo grupo en frecuencia, después del carcinoma. El leiomiosarcoma (LMS) representa el 1% de las neoplasias malignas de los genitales femeninos. Es un tumor de comportamiento irregular, agresivo, asociado con altas tasas de progresión, recurrencia y mortalidad.
Se presenta un caso inusual por su gran tamaño, características histológicas y baja frecuencia, se realiza una revisión detallada de la literatura.
**Materiales y métodos:** Paciente de 51 años G3P3C0 con cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por hemorragia uterina anormal y dolor pélvico crónico. Al examen físico se encontró masa abdomino-pélvica, firme, no dolorosa. Se realizó una ecografía que reporto una masa sólida, abundantemente vascularizada con áreas irregulares anecoicas. Por la sospecha de malignidad se realiza histerectomía total y se envía pieza quirúrgica a patología. En el estudio macroscópico se encuentra masa con adherencias en su superficie externa, peso de 3.870 gr y dimensiones de 27x 21x9.5 cm. Al cortarlo presenta superficie arremolinada con áreas de aspecto mixomatoso. En algunos campos predominan células musculares lisas con núcleos fusiformes con atipia y abundante citoplasma dispuesto en haces que se entrecruzan, zonas laxas y con hialinización separadas por material mixoide. Se realizó una revisión de la literatura sobre el tema en la base de datos PubMed, Scielo, Embase, Ovid-Hinari y Bireme.
La paciente firmó consentimiento informado, autorizando la divulgación científica del caso. Se garantizó confidencialidad, protegiendo su identidad y preservando sus derechos.

**Resultados:** Se obtuvieron 14 artículos, 7 revisiones de la literatura, 5 reportes de caso, 2 estudios de cohorte. Su variante mixoide se caracteriza por ser una neoplasia gelatinosa grande que, por lo general, parece circunscrita en el examen macroscópico. Microscópicamente, las células del músculo liso están separadas ampliamente por material mixoide con índice mitótico bajo. Otras características microscópicas que ayudan a su identificación son la infiltración miometrial y la invasión vascular. A pesar del bajo recuento mitótico, el leiomiosarcoma mixoide tiene el mismo pronóstico desfavorable que el leiomiosarcoma típico.

**Conclusiones:** El principal diagnóstico diferencial del sarcoma es el leiomioma. Actualmente, no existe un método fiable para diferenciarlos en el preoperatorio. El diagnóstico debe ser sospechado cuando se acompaña de dolor pélvico, en una mujer posmenopáusica particularmente. Ante sospecha clínica y pruebas de imagen compatibles con sarcoma, el diagnostico se realiza mediante estudio histológico. La presencia de diferentes grados de atipia celular y la presencia de necrosis zonal, hemorragias, márgenes mal definidos y nódulos ayudan a diferenciarlo del leiomioma. Sin embargo, los tumores mixoides del músculo liso del útero con atipia nuclear significativa, independientemente del recuento mitótico o la presencia o ausencia de necrosis, debe clasificarse como un leiomiosarcoma.

**Palabras clave:** leiomioma, leiomiosarcoma, sarcoma uterino.

**GPP-58**

# CÁNCER DE VULVA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN (HUSVF).

**AUTORES**
Hernández-Cardona M, Piedrahita-Mejía J, Córdoba-Gómez C.
isa987@gmail.com, 3014764995.
**INSTITUCIÓN**
Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de vulva representa sólo el 4% de los cánceres del sistema reproductor femenino y el 0.6% de los cánceres en la mujer. La mayoría de las pacientes son asintomáticas y algunas presentan sangrado, secreción, úlceras o dolor. Los sitios de aparición más frecuentes son: labios vulvares (60%), clítoris (15%) y periné (10%).

La sobrevida a 5 años para los estadios tempranos (I y II), donde el abordaje es quirúrgico, es el 86%. En los estadios avanzados (III y IVA), que tienen como tratamiento la radioterapia con o sin quimioterapia, disminuye a 57%. En caso de metástasis (IVB), queda la opción de quimioterapia (IVB) y sólo sobrevive el 17%.

El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y demográficas de las pacientes y el cáncer de vulva, identificar el tipo histológico más común, documentar los procedimientos médico-quirúrgicos y sus resultados (tamaño del tumor, tipo de cirugía, la necesidad de quimio o radioterapia como tratamiento complementario) en esta población.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de tipo transversal descriptivo. Se incluyeron pacientes por conveniencia, de cualquier edad, con diagnóstico histopatológico de cáncer de vulva en los diferentes estadios (I, II, III y IV) y CIE 10 C519 en el sistema SAP en el periodo entre el 01 de enero de 2011 y el 31 de diciembre del 2016, que ingresaron al HUSVF de Medellín para evaluación por ginecología oncológica, excluyendo los duplicados. De cada historia clínica se extrajeron las variables de interés, se agruparon en una base de datos en Excel para luego ser interpretada y descrita.

## RESULTADOS

La muestra fue de 30 pacientes. La edad promedio del diagnóstico fue 59 años. Los síntomas más frecuentes fueron: masa (66%), prurito y ulceración (13%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma escamocelular (96%, n=29). La distribución según el estadio FIGO fue: I (26%), II (23%), III (13%), IV (20%) y sin reporte (16%). La aparición de cáncer vulvar en las pacientes jóvenes, tuvo relación con el antecedente personal de inmunosupresión, presente en el 13% de las pacientes. El 46% de las pacientes habían fallecido al momento de la recolección de los datos. No se aplicó protocolo de ganglio centinela.

## CONCLUSIONES

El cáncer de vulva en nuestro medio se diagnostica en estadios avanzados en la mitad de los casos, con edad promedio similar a lo reportado en la literatura internacional, con casos aislados de pacientes jóvenes inmunosuprimidas. La mayoría de las pacientes presentaron masas mayores de 4 cm al momento del diagnóstico, lo que representa dificultad para considerar la cirugía y nuevos procedimientos como el protocolo de ganglio centinela.

**PALABRAS CLAVE:** Neoplasias de la vulva, factores de riesgo, pronóstico, sobrevida, biopsia del ganglio linfático centinela.

**GPP-59**

# REPORTE DE CASOS. CÁNCER DE CÉRVIX TIPO GLASSY CELLS DIAGNOSTICADO DURANTE EL EMBARAZO

**AUTORES**
Gómez- Carvajal A, Hernández-Cardona M.
amilenacarvajal@gmail.com, 3127465486
**INSTITUCIÓN**
Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix representa la segunda causa de cáncer más frecuente entre las mujeres colombianas, con una inidencia de 18.7/100.000 y mortalidad de 8/100.000. Entre sus factores de riesgo de encuentran la infección por VPH (especialmente los tipos 16 y 18), el inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales, infecciones de transmisión sexual, tabaquismo y la inmunosupresión. En sus estadios iniciales es asintomático, pero en estadios avanzados se presenta con sangrado o secreción vaginal maloliente, pérdida de peso y uropatía obstructiva. Los tipos histológicos más frecuentes son el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma. El subtipo histológico Glassy Cells representa sólo un 1.6% de los casos. La estadificación es clínica, y la incidencia por estadios es I: 38%, II: 32%, III: 26%, IV: 4%, con una sobrevida a 5 años de 70%, 60%, 45% y 18%, respectivamente.
Se presenta el caso de una paciente a la que durante el embarazo se le hace el diagnóstico de Cáncer de cérvix tipo Glassy Cells. El objetivo es describir este tipo de cáncer, sus características y documentar los procedimientos médico-quirúrgicos que tuvieron lugar y sus resultados.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura de los estudios publicados relacionados con el cáncer de cérvix tipo Glassy cells. Se reporta el caso de una paciente en estado de gestación con este diagnóstico.

## RESULTADOS

Se presenta el caso de una paciente de 25 años, con embarazo de 17 semanas a quien se le hace diagnóstico de carcinoma adenoescamoso tipo Glassy Cells en cérvix, inicialmente estadio Ib2. La paciente deseó continuar con el embarazo. Se realizó linfadenectomía pélvica laparoscópica y no fue posible realizar traquelectomía por tamaño tumoral. Se demuestra también compromiso ganglionar. Recibe quimioterapia neoadyuvante durante la gestación con carboplatino y paclitaxel. A las 28 semanas presentó ruptura prematura de membranas ovulares, con posterior corioamnionitis y fue llevada a cesárea, encontrando compromiso de parametrios y es re-estadificada como estadio IIIB. Posteriormente recibió quimio-radiación concomitante y braquiterapia, con adecuada evolución. El neonato fue dado de alta posterior a una estancia hospitalaria de 5 semanas, sin hallazgos anormales a la fecha.

## CONCLUSIONES

El carcinoma de cérvix tipo Glassy Cells es un subtipo histológico agresivo, de mal pronóstico especialmente si se acompaña de invasión linfovascular o grandes volúmenes tumorales, con sobrevida a 5 años en estadios iniciales del 55%. Su tratamiento durante el embarazo, como los demás tipos de cáncer de cérvix, constituye un reto clínico, donde deben balancearse riesgos, beneficios y deseos de la paciente.

**PALABRAS CLAVE:** neoplasias del cuello uterino, carcinoma Glassy cell, factores de riesgo, sobrevida, embarazo.

**GPP-60**

# RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL PARA ALTERACIONES CROMOSÓMICAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA DEL CENTRO MEDICO IMBANACO EN CALI – COLOMBIA

**Autores:** López DL, Hincapié LC, Otero E, Camacho R, Herrera E, Quintero CH.
Centro Médico Imbanaco. Cali, Colombia.

**Introducción y objetivos:**
Las aneuploidías son alteraciones en el número de cromosomas, representan las anomalías más comunes en embriones humanos, con incremento importante en mujeres de edad avanzada. Embriones morfológicamente normales generan fallos de implantación y abortos tempranos por causa de aneuploidías.
El screening genético preimplantacional (PGS) permite preseleccionar embriones cromosómicamente normales antes de transferirlos al útero, aumentando la tasa de implantación y reduciendo la pérdida precoz del embarazo después de la Fecundación In Vitro (FIV).
El objetivo de este estudio es describir las características y los resultados de las pacientes a las que se les ha realizado PGS en la Unidad de Medicina Reproductiva de nuestro centro desde su inicio en marzo de 2017.

**Materiales y Métodos:**

Estudio retrospectivo de 14 casos de PGS con análisis de 24 cromosomas entre marzo y diciembre de 2017. La FIV se realizó mediante ICSI (microinyección espermática) y la biopsia embrionaria en tercer día de desarrollo. El análisis cromosómico se realizó mediante NGS (Next Generation Sequencing) de alta definición en el laboratorio de Genética Reproductiva de Igenomix®. Los embriones fueron vitrificados en quinto día de desarrollo en estadio de blastocisto y transferidos en ciclo diferido. Las pacientes recibieron asesoría personalizada previa al procedimiento.

Las indicaciones para la realización del PGS fueron: seis fallo de implantación, tres aborto habitual, dos factor masculino severo (oligoastenoteratozoospermia severa y criptozoospermia), dos edad materna avanzada y una por traslocación robertsoniana.

El número de embriones biopsiados, las tasas de implantación, embarazo por transferencia, embriones evolutivos post biopsia y embriones euploides fueron las principales medidas de resultados. La información fue recolectada en una base de datos Excel (v16.0) y se realizó un análisis uní y bivariado. Se garantizó la confidencialidad y la no identificación de los pacientes, siendo presentado al comité de ética médica.

**Resultados:**
La media de edad de las pacientes fue de 35.2 (28 – 41). La tasa de ovocitos MII fue del 81%(203/250) y la de fecundación del 86%(175/203). 82 embriones alcanzaron óptimo desarrollo en día tres, 46 embriones fueron desvitrificados y biopsiados mientras que los 36 restantes se biopsiaron en ciclo en fresco. La tasa de evolución embrionaria a blastocisto en día cinco fue del 94%(77/82). 28 embriones fueron euploides (24%).

La tasa de implantación por embrión transferido fue del 69%(9/13), y la de embarazo por transferencia fue del 73%(8/11). De los ocho embarazos clínicos hay cuatro en curso y cuatro nacidos vivos. No hubo ningún aborto, pero si un embarazo bioquímico (excluido de la tasa de embarazo). Dos pacientes no tuvieron transferencia debido a ausencia de embriones euploides, y una conserva sus embriones congelados en nuestro laboratorio.

**Conclusiones:**
Los resultados de este programa de PGS ponen en evidencia el logro de excelentes tasas de implantación y embarazo clínico a partir de la transferencia de un embrión cromosómicamente normal. Reportes similares se encuentran en la literatura internacional. Como pioneros en el suroccidente colombiano, esperamos seguir avanzando y brindar a la población herramientas claras para mejorar sus posibilidades reproductivas a través de nuestro programa.

**Palabras clave:** Screening Genético Preimplantacional, aneuploidías, Fecundación In Vitro FIV.

**GPP-62**

## SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO EN PACIENTE EMBARAZADA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Manuela Cerón Cardona, Lina Esperanza Castillo Barrera. Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. 3. Introducción El Síndrome Hemolítico Urémico se caracteriza por la triada (Anemia Hemolítica Microangiopática no inmune, trombocitopenia e Insuficiencia renal aguda), encontrando 2 tipos del mismo (Típico o Atípico) La incidencia es baja en la literatura, reportada 1-2/1.000.000 (U.S.A), 0.11/1.000.000 (Europa), ya que es mucho más común su diagnóstico durante la infancia con una incidencia en este grupo etáreo de 3.3/1.000.000. Durante el embarazo no hay estadísticas claras que permitan establecer una incidencia pues no es una patología de presentación común Es importante conocer acerca de la entidad pues su presentación clínica tiene un gran parecido con la pre-eclampsia y el síndrome hellp lo que puede retrasar su diagnóstico y por ende su manejo y empeorar el resultado materno y perinatal. Se plantea la presentación de este reporte de caso en el concurso de posters del congreso nacional de Ginecología y Obstetricia que se llevará a cabo el presente año en el mes de Mayo. Objetivo general - Reportar el caso de una paciente con Síndrome Hemolítico Urémico durante el tercer trimestre del embarazo diagnosticado y tratado en Mayo de 2015 en el Hospital universitario Clínica San Rafael. Objetivos específicos - Describir las características clínicas, paraclínicas y el desenlace de un caso de síndrome hemolítico Urémico en la gestación. -Realizar una revisión de la literatura actual acerca del Síndrome Hemolítico Urémico en el embarazo.

Materiales y métodos. Se realizará un reporte de caso que se considera como un estudio observacional descriptivo. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos es de carácter retrospectivo.

Resultados. Presentamos el caso de una paciente con SHUA, manifestado en puerperio, la forma de enfocar y confirmar el diagnóstico, mostramos el impacto positivo del manejo con eculizumab, el cual mejoro la función renal, y el pronóstico a largo plazo de la paciente.

Conclusiones. El estado del embarazo puede ser considerado un disparador de la enfermedad. Hay que tener en cuenta estados predisponentes, propios de cada paciente El síndrome urémico hemolítico atípico posparto se puede manifestar desde el puerperio mediato. La medición del ADAMST 13 es clave para definir el manejo y redireccionar estudios posteriores. El manejo con eculizumab, mostro mejorías significativas hematológicas y de la función renal a corto y largo plazo.

**GPP-65**

# ¿CUALES SON LAS VARIABLES RECOMENDABLES PARA ESTABLECER UN PERFIL DE RESERVA OVÁRICA EFICIENTE?

**AUTOR(ES):** Mendoza JC (1) *, Cubillos J (1), Puccini G (1), Ruiz H (1), Arango A (1)
**INSTITUCIÓN:**
(1) Asociados en Reproducción Humana. Bogotá, Colombia.
** Correo electrónico: drjcmendoza@hotmail.com Tel. 6330303*

**INTRODUCCIÓN:** En la literatura se han propuesto diferentes variables biofísicas, de laboratorio y ecográficas para valorar la reserva ovárica, la cual se ha relacionado con la cantidad y calidad de los óvulos, así como al pronóstico de respuesta a la estimulación ovárica para los diferentes tratamientos de infertilidad. Diseñamos un perfil de reserva ovárica que involucró las variables descritas y el objetivo de nuestro estudio fue evaluar dichas variables de manera independiente para definir la mayor eficiencia de cada una de ellas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo para evaluar el perfil de reserva ovárica aplicado en una cohorte de 59 pacientes que consultaron a nuestro centro entre enero de 2015 y enero de 2018. Se excluyeron las pacientes con diagnóstico de ovario poliquístico.
Las variables utilizadas basadas en los reportes de la literatura y aplicadas en conjunto fueron: variables biofísicas: edad, índice de masa corporal (IMC), variables bioquímicas: Hormona Folículo Estimulante (FSH), Hormona Luteinizante (LH), Estradiol (E2) y Hormona Antimulleriana (AMH) y variables ecográficas: volumen ovárico, recuento folicular antral (RFA). A cada variable se otorgó un puntaje según los valores de los resultados los cuales al ser sumados (puntaje final), clasificaban a las pacientes de la siguiente manera: Perfil pobre (menor a 6), perfil reducido (7 a 12), perfil aceptable (13 a 18) o perfil óptimo (19 a 24).
Se realizó un análisis estadístico a partir de una prueba de normalidad de la distribución de la población, se estimaron medidas de tendencia central y números absolutos para el análisis univariado; se utilizó una prueba de ANOVA para estimar diferencias y correspondencias para la prueba. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas con valores inferiores a (p= 0.05)

**RESULTADOS:** El grupo de mujeres analizado tiene un promedio de 39.8 años (DE (±)4) y no eran obesas (IMC: 23,1 (±) 3,8). El análisis multivariado evidenció diferencias estadísticamente significativas para la edad (0.047 (IC 95% 0.021-0.078)), FSH (0.007 (IC 95% 0.001-0.018), LH (0.032 (IC 95% 0.011-0.057), AMH (0.001 (IC 95% 0.000-0.007)) y RFA (0.002 (IC 95% 0.001-0.008)). El test de ANOVA mostró correspondencia para la **edad** (p: 0,004), **FSH** (p: 0,001), **LH** (p: 0,024), **AMH** (p: 0.000) y **RFA** (p: 0,000).

**CONCLUSIONES:** El análisis independiente de cada variable que compone nuestro perfil de reserva ovárica, evidenció que las variables realmente eficientes en su orden de mayor a menor son: AMH, RFA, FSH y LH. No se encontró utilidad para el cálculo de IMC, relación FSH/LH y tampoco para la medición del volumen ovárico promedio ni para el Estradiol.

**PALABRAS CLAVE**: Reserva ovárica, AMH, RFA, FSH, LH.

**GPP-66**

# PERITONITIS GRANULOMATOSA SECUNDARIA A CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA

Rodríguez-Daza HO, Restrepo-Moreno M
henryrodriguezdaza@gmail.com, 3118082737

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá. Cundinamarca. Colombia

## INTRODUCCIÓN

El derrame del contenido de un quiste dermoide durante cirugía es común y puede, en raras ocasiones, generar una peritonitis granulomatosa. El objetivo es describir el caso de una paciente con peritonitis granulomatosa después de la resección laparoscópica de quistes dermoides, la cual tuvo resolución ante el manejo expectante.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se reporta el caso de una paciente que presentó una peritonitis granulomatosa después de la rotura de quistes dermoides durante su extracción laparoscópica.

## RESULTADOS

Paciente de 25 años con cuadro clínico de dolor pélvico no cíclico. Ecografía transvaginal que reporta masas de aspecto sólido bilaterales de 10 cm y 4 cm, marcadores tumorales negativos. Durante la cistectomía por laparoscopia presenta drenaje del contenido quístico a la cavidad peritoneal. Se realiza lavado exhaustivo con solución salina. La patología reporta teratoma quístico maduro.

Ocho meses después reconsulta por dolor pélvico intenso. Ecografía transvaginal con imagen quística de 11 cm con septos finos en su interior y marcadores tumorales negativos. Es llevada a laparoscopia con evidencia de pelvis bloqueada por adherencias y gran pseudoquiste peritoneal en fondo de saco, comprometiendo ambas trompas y ovarios, implantes peritoneales de aspecto graso generalizado, incluyendo la superficie hepática. Se realiza biopsia, la cual reporta infiltrado inflamatorio crónico asociado a células gigantes multinucleadas. Se decide tratar de manera expectante.

Cuatro meses después la paciente presenta mejoría sintomática. Es llevada a laparoscopia para valoración de factor tubo-peritoneal ante deseo de fertilidad, evidenciando resolución de quiste pseudoperitoneal y disminución de respuesta inflamatoria. Se realiza salpingolisis bilateral.

## CONCLUSIONES

Los teratomas constituyen un 10 a 15 % de los tumores de ovario. La laparoscopia es la vía preferida para su manejo. Sin embargo, se ha reportado un mayor riesgo de rotura y derrame del contenido quístico por esta vía.

El término peritonitis granulomatosa incluye un amplio rango de condiciones inflamatorias peritoneales en respuesta a infección o a un cuerpo extraño. En este caso se presenta porque el contenido del quiste dermoide se comporta como un cuerpo extraño y genera una respuesta inflamatoria extensa acompañada de fibrosis, nódulos reactivos y ascitis. El riesgo después de la rotura de un quiste dermoide es aproximadamente del 0.2%. La prevención se hace con lavado exhaustivo y la remoción de todo el material visible.

Los síntomas son inespecíficos. Las imágenes pueden mostrar ascitis, lesiones quísticas e implantes peritoneales de aspecto lipídico. Debido a puede imitar una carcinomatosis, la biopsia y diagnóstico histológico deben realizarse siempre antes de definir el manejo.

Aunque no existen estudios comparativos que indiquen cuál es el manejo ideal, en la mayoría de reportes de casos la resolución se presenta de manera espontánea. En caso de ser llevada a cirugía se debe evitar la resección extensa para minimizar la morbilidad. Existen reportes de casos tratados con esteroides e Infliximab con buenos resultados, aunque no han sido comparados con el manejo conservador.

PALABRAS CLAVE: Teratoma, Quiste dermoide, Laparoscopia, Peritonitis.

**GPP-69**

# EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA CIRUGÍA DE BURCH VS CINTAS LIBRES DE TENSIÓN EN EL TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA DE ESFUERZO

Córdoba-Silvestre S (cordobasilvestre@hotmail.com, 3124481728)
Alarcón-Nivia M, Rueda-Pinilla E, Hernández-Anaya P, Gómez-Olarte E.
Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia
Hospital Regional Manuela Beltrán, Socorro, Santander, Colombia
Hospital Regional García Rovira, Málaga, Santander, Colombia

## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres es uno de los síntomas más frecuentes en consulta de ginecología. Se han planteado varios manejos quirúrgicos como colposuspensión de Burch y cintas libres de tensión. La tasa de eficacia entre ambas técnicas puede ser evaluada de forma objetiva o subjetiva. Se ha propuesto evaluar la eficacia subjetiva por medio de cuestionarios como *el Urogenital Distress Inventory* (UDI-6).

El objetivo de éste estudio fue evaluar de la eficacia subjetiva de la técnica de Burch vs cirugía con cintas libres de tensión en el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo mediante criterios subjetivos a los 24 meses de realizado el tratamiento quirúrgico.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte cerrada retrospectiva de mujeres con incontinencia urinaria en manejo con técnica de Burch o cirugía con cintas libres de tensión, en el Hospital Regional Manuela Beltrán y el Hospital Regional García Rovira. Su realización fue aprobada por los comités de ética de cada institución.

Las pacientes fueron identificadas a partir de base de datos de historias clínicas. Los criterios de inclusión fueron mujeres con diagnóstico clínico de incontinencia urinaria de esfuerzo a quien se les haya practicado por primera vez corrección con técnica de Burch o cirugía con cintas libres de tensión a partir de 2015 y pacientes que acepten pertenecer al proyecto de investigación por medio de su consentimiento informado. Posteriormente se contactaron y se obtuvo su consentimiento informado vía telefónica. Los criterios de exclusión fueron historia de vejiga neurogénica y vejiga hiperactiva y, retiro del consentimiento informado o la no participación en la valoración postquirúrgica. A las que aceptaron, se le leyó el cuestionario UDI-6 con posterior registro en Microsoft Excel. El análisis estadístico se hizo en Stata 12.1 (StataCorp LC. College Station 2014). Se consideró como significativo cuando $\alpha<0.05$.

## RESULTADOS

Se analizaron 201 pacientes, 159 (79.1%) con técnica de Burch y 42 (20.9%) con cintas libres de tensión. La eficacia subjetiva a los 24 meses de realizado el procedimiento quirúrgico, para cirugía de Burch fue de 69.81 %, mientras para las cintas libres de tensión fue de 69.05% (*P* 0.924). Al comparar los distintos grados de severidad de las que tuvieron sintomatología según el cuestionario UDI-6, las que refirieron sintomatología leve fue en Burch 20.83% vs Cintas 46.15%, sintomatología moderada 66.67% vs 23.08% y sintomatología severa 6.25% vs 23.08%, con diferencia significativa (*P* 0.031).

## CONCLUSIONES

No hubo diferencia en la eficacia subjetiva entre las dos técnicas quirúrgicas. Al comparar las pacientes que presentaron sintomatología fue mayor en los síntomas leves y severos en pacientes a quienes se les practicó técnica con cintas libres de tensión.

**PALABRAS CLAVE**
Incontinencia de esfuerzo, Burch, Cintas suburetrales.

**GPP-73**

## EVENTO CEREBRO VASCULAR ASOCIADO A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN LA GESTACIÓN: REPORTE DE UN CASO

Mesa Mario Santiago[1], Castilla Wilmar, Páez Lety, Ariza Sergio, Franco Pablo y Quemba Mónica. Universidad de Boyacá – Grupo de Investigación Hygea - Hospital Regional de Sogamoso ESE.

Especialista Ginecología y Obstetricia PUJ. Correo: mariosantiagomesa@gmail.com

**Introducción**: La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en el embarazo es cercano a 1 en 25.000 embarazos, siendo precisamente mayor la mortalidad en el embarazo (30%).

**Materiales y métodos:** Reporte de caso clínico de gestante con ACV asociado a síndrome anti-fosfolípido (SAF).

**Resultados:** Mujer de 42 años, G4P1V1O1A1 con 26.5 semanas de gestación, consulta a urgencias con ecografía de ese día que reporta edad gestacional de 23 semanas, oligohidramnios severo, signos de RCIU simétrico, aneuploidía, movimiento fetales positivos, niega síntomas de vasoespasmo y otra sintomatología, signos vitales sin alteraciones (TA:117/67, FC:79, FR:18, FCF:135), indican maduración pulmonar. Medicina materno-fetal realiza Doppler con reporte de ILA 3.5, y con reporte de proteinuria en 24horas de 190mg, se descarta preeclamsia y se da egreso. Al cuarto día paciente re-ingresa con disminución de movimientos fetales durante 18 horas, cefalea (10/10) manejada con dolex con mejoría leve, dolor abdominal en epigastrio tipo cólico (6/10), exacerbándose con cambios posicionales, episodio emético y diarreico. Refiere antecedentes patológicos síndromes de Sjogren y Antifosfolípido, y farmacológicos administración de enoxaparina cada 12horas, ácido acetil salicílico 10mg/día, calcitriol, multivitaminas, ranitidina, alfametil dopa 250mg cada 12horas. Paraclínicos reportan: leucocitos 16000 mm3, neutrófilos 83.4%, linfocitos 10.1%, hemoglobina 10.6 g/dl, hematocrito 33.1%, plaquetas 103000, tiempo de protrombina 15.7seg, tiempo parcial de tromboplastina 60.7seg. Debido a cuadro clínico, se recomienda terminación voluntaria de embarazo por posibles complicaciones, paciente decide desistir de esta terapéutica, refiriendo entender y aceptar riesgo. Así, cuatro horas posterior al ingreso, se realiza ecografía obstétrica reportando feto único vivo, presentación de pelvis, dorso cambiante, movimientos evidentes, FCF 156lpm, PEF 828gr, ausencia de líquido amniótico. Paciente persiste con cefalea, se administra acetaminofén 1grVO y se continua vigilancia clínica, tras lo cual paciente presenta signos vitales TA 158/78 mmHg FC 65 FR 20 FCF: 157, disartria y hemiplejia derecha y Glasgow 12/15; RMN cerebral evidencia hemorragia núcleo basal izquierda incipiente, edema vasogénico perilesional, con efecto compresivo sobre el cuerno anterior del ventrículo lateral izquierdo. Neurocirugía decide manejo expectante y vigilancia en UCI, siendo el manejo obstétrico la finalización de la gestación a la estabilización de la paciente. Se inicia neuroprotección con sulfato de magnesio y dexametasona 8mgIV cada 8horas. Se realiza TAC de control observando cambios por sangrado intraparenquimatoso ganglio basal izquierdo, coagulo intra-axial de un tamaño aproximado de 68x38x39, con pequeña área de hipodensidad perilesional por edema, volumen de sangrado de 52cc en aumento, signos de drenaje hemático hacia el sistema ventricular, hernia subfalcina, se solicita RMN cerebral, el cual reporta hemorragia ganglio basal izquierda, hidrocefalia no comunicante, herniación subfalcial, uncal, amigdalar, signos de edema cerebral difuso. Se realiza

cesárea de urgencia por diagnóstico de muerte cerebral, dando fruto de sexo femenino con pobre pronóstico, quien es traslada a UCI neonatal.

**Conclusiones:** El SAF se asocia a un elevado riesgo de trombosis en la gestación, siendo importante considerar a las gestantes con este antecedente con alto riesgo de desarrollar ACV, tornándose su diagnóstico definitivo como un reto en la práctica clínica.

**Palabras clave:** Accidente cerebrovascular, Síndrome Anti-fosfolípidos, Embarazo.

**GPP-74**

# LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EMBARAZO: ABORDAJE CLÍNICO Y MANEJO DE LA AGUDIZACIÓN (BROTE) EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO OBSTÉTRICA.

**AUTOR(ES):** Vanegas-Ortiz S; Rojas-Guacaneme L; Montoya-Palacios G; Sánchez-Muñoz J; Ospina Cabrera M.

**INSTITUCIÓN**: Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia

**INTRODUCCIÓN:**
Revisión de la literatura enfocada a determinar los estándares de abordaje y manejo clínico en gestantes con Lupus Eritematosos Sistémico (LES) quienes presentan agudización de su enfermedad en forma severa, requiriendo manejo en la unidad de cuidado intensivo obstétrico.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura, En la que se incluyeron ensayos clínicos controlados con o sin asignación aleatoria, estudios observacionales, meta-análisis, y revisiones de la literatura. La búsqueda se realizó en bases de datos electrónicas (MEDLINE vía PubMed, CENTRAL y EMBASE vía Ovid) y de ensayos clínicos en curso (Clinical trials). También se realizó búsqueda en bola de nieve a partir de los estudios incluidos. La búsqueda se restringió por tipo de idioma a inglés y español.

**RESULTADOS:** En el abordaje de la paciente obstétrica con LES es necesario la correcta implementación de las escalas validadas para la objetivación de la severidad de las manifestaciones clínicas una vez establecido el diagnostico se debe contar con pautas de manejo actualizadas de alta efectividad, que permitan controlar la afección orgánica derivada de la agudización, con la finalidad de generar un impacto en la morbimortalidad materna y fetal asociada a esta entidad.

**CONCLUSIONES:** El abordaje de la paciente obstétrica con brote lúpico severo, debe realizarse de forma multidisciplinaria por profesionales que cuentan con las competencias para la identificación clínica de hallazgos sugestivos de actividad, los cuales son objetivizados con la correcta implementación de las herramientas disponibles y validadas (Índice de actividad lúpica en embarazo LAIP), con base a estas se determinará el manejo efectivo e individualizado que disminuirá la lesión de órgano blanco secundaria a la actividad aguda y con esto las complicaciones materno fetales, impactando así en la morbimortalidad de la paciente gestante con LES.

**PALABRAS CLAVE:** Lupus y embarazo, SLEPDAI, LAIP, manejo brote lúpico.

**GPP-76**

## REPORTE DE CASO: CARCINOMA DE CÉRVIX NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO POR HISTOLOGÍA ESTADIO IV B

Luz Adriana Alméciga [1] Diana Lucía Zárate [2]

1. Residente IV año, Departamento Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia
2. Ginecóloga Oncóloga, Departamento Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá Colombia

Introducción: Los tumores neuroectodérmicos primitivos son neoplasias malignas de células pequeñas y redondas, que derivan de la cresta neural. Existen escasos reportes de caso de este tipo de tumores en la literatura.
Objetivo: Presentar caso de paciente con diagnóstico de carcinoma de cérvix neuroectodérmico primitivo estadio IV B por compromiso metastásico pulmonar y osteolítico múltiple. En tratamiento paliativo de quimio-radioterapia.

Tipo de estudio: Reporte de caso.
Materiales y métodos: Paciente de 24 años con historia de hemorragia uterina anormal (sangrado genital persistente) de 3 meses de evolución para lo cual recibió manejo con anticonceptivos orales sin adecuada respuesta. Tras la realización de examen físico y estudios de extensión, se corrobora masa cervical de gran extensión que compromete hasta el tercio inferior de la vagina a 1 cm del introito y parametrios hasta pared pélvica, además de compromiso metastásico pulmonar y óseo. Histología compatible con carcinoma de cérvix neuroectodérmico primitivo, estadio IVB por lo que se inicia manejo con quimioterapia y radioterapia con intensión paliativa.

Resultados: se dispone en la literatura reportes de caso y estudios con escaso número de pacientes incluidos, en los cuales se encuentra una sobrevida a 5 años de 33%, su diagnóstico se basa en criterios histológicos, genéticos y de inmunohistoquímica. El tratamiento con mayor evidencia de impacto en la sobrevida involucra manejo quirúrgico, quimio-radioterapia mejorando la sobrevida a 5 años a 54.4%
Conclusión: Los tumores neuroectodérmicos primitivos son neoplasias infrecuentes, especialmente en el tracto genital femenino. El diagnóstico se realiza por histología, inmunohistoquímica y análisis genéticos. Su pronóstico suele ser desfavorable. Se acepta un enfoque multidisciplinario, para manejo quirúrgico, quimio y radioterapia para mejorar sobrevida.

Palabras clave: tumor de Ewing, tumores neuroendocrinos periféricos primitivos, neoplasia cervical.

**GPP-77**

# CARCINOMA DE CÉRVIX ESTADIO IB1 DIAGNOSTICADO EN EL EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, BOGOTÁ.

Autores: Santana DJ[1], Serrano OF[2] Scarpetta LA[3]
**1** Ginecóloga Oncóloga UMNG-INC Jimena_santana@hotmail.com

2 Ginecólogo Oncólogo UMNG-INC

3. Residente de Ginecología y Obstetricia UMNG- HMC

## Introducción:

El cáncer cervical es una de las patologías malignas diagnosticadas con mayor frecuencia durante el embarazo con un rango de incidencia reportada entre 1-12 / 10.000 embarazos[1]. En Colombia fueron reportados 9 casos entre el 2007-2013 siendo la patología oncológica que con mayor frecuencia se diagnóstica durante la gestación[2].

## Reporte del caso:

Paciente de 33 años, G3P2V1, con embarazo de 23 semanas que ingresa al servicio de urgencias de Ginecoobstetricia del Hospital Militar Central Bogotá, por sangrado genital. Al examen ginecológico se observa cérvix sin lesiones exofíticas con sangrado escaso proveniente de lesión ulcerada en hora 7, se realiza biopsia que reporta Carcinoma escamoso infiltrante (Estadio FIGO IB1).

## Tratamiento:

Se administra terapia neoadyuvante (cisplatino + paclitaxel) primer ciclo en semana 27 y segundo ciclo en semana 30. Se realiza cesárea corporal, histerectomía radical, linfadenectomía pélvica y biopsia paraórtica, salpingectomía bilateral y oforopexia.

**Reporte histopatológico:** Carcinoma escamoso infiltrante hasta el tercio externo de la pared cervical de 4.5 cms, parametrios, ganglios pélvicos y reborde vaginal comprometidos por tumor. Se considera progresión tumoral.

**Terapia definitiva:** Quimio-radiación concomitante.

## RESULTADOS:

Actualmente paciente con tratamiento oncológico completo sin signos de recaída loco regional ni sistémica. Libre de enfermedad.
Recién nacido vivo a las 35 semanas de 2140 gramos, adecuada adaptación sin aplasia medular, no requirió manejo en UCI-N. Actualmente sin déficit neurológico evidenciado.

## DISCUSIÓN:

El manejo estándar para el cáncer cervical es la cirugía en estadios tempranos y la quimio-radiación concomitante para estadios localmente avanzados. Cuando el cáncer de cérvix es diagnosticado durante el embarazo, se presenta una situación compleja para la madre, el recién nacido y el médico en el que la supervivencia materna, fetal y deseo de fertilidad futura tendrán un gran impacto en la decisión final del tratamiento. En pacientes que desean continuar la gestación, una de las opciones de manejo es la quimioterapia neoadyuvante, la cual se ha considerado segura para la madre y el feto hasta alcanzar la viabilidad fetal para posteriormente administrar a la madre el manejo estándar[3]. En el caso expuesto la paciente presenta evolución

satisfactoria de su postoperatorio con alta al segundo día. Se conservó función ovárica por medio de ooforopexia. Se documenta finalmente progresión de la enfermedad dado reporte histopatológico de histerectomía radical por lo cual se administra manejo con quimio-radiación concomitante. Actualmente libre de enfermedad. El recién nacido fue dado de alta con la madre sin ninguna complicación.

**Palabras Clave:**
Embarazo, Cáncer, Cérvix.

**GPP-78**

# PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE INSUFICIENCIA OVÁRICA PRIMARIA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA-GINECOLÓGICA EN DOS INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN DURANTE EL AÑO 2017

**AUTORES**: Hormaza – Ángel M[1] (patricha2007@gmail.com celular: 3206817451), Martínez – Sánchez L[2], Arias – Zapata C[3], Pérez – Palacio M[4], Gómez – Otálvaro M[4]
[1] Ginecología y Obstetricia. Endocrinología ginecológica, Clínica Bolivariana – Endocrino S.A
[2] Docente, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina
[3] Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
[4] Estudiante de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana

**INSTITUCIÓN:** Clínica Universitaria Bolivariana y Endocrino S.A, Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** La insuficiencia ovárica primaria (IOP) afecta al 1-2 % de las mujeres menores de 40 años, su influencia en la salud provocada por la falta de estrógenos es relevante pues genera riesgo de padecer osteoporosis, trastornos psicológicos y aumento de enfermedad cardiovascular. Un alto porcentaje de mujeres tienen retraso importante en el diagnóstico luego del inicio del patrón menstrual irregular, siendo hasta de 5 años en el 25% de ellas. El objetivo es entonces determinar el perfil clínico y epidemiológico de la IOP en consulta de endocrinología ginecológica en dos instituciones de salud de la ciudad de Medellín durante el 2017.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se realizó muestreo no probabilístico de casos consecutivos, que incluyó historias clínicas de mujeres con diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria en las que se tomaron variables clínicas y paraclínicas de interés para el estudio. La información fue almacenada y analizada en el programa SPSS vr. 21. Este estudio conto con el aval ético de las instituciones.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 25 pacientes de las cuales 21 tenían amenorrea secundaria y el promedio de edad de amenorrea definitiva en este grupo era de 28.5 años (13-41). El 80% de las participantes eran mayores de edad al momento del diagnóstico de IOP. El 63% de las mujeres con amenorrea secundaria tenían antecedente de ciclos menstruales regulares.
Del total de las pacientes, 6 tuvieron alguna vez un embarazo. De las participantes 32% tenían antecedente de consumo de anticonceptivos orales. Seis pacientes tenían causa conocida de su enfermedad, de las cuales 3 eran secundarias a tratamientos por otras patologías, 2 alteraciones genéticas y 1 paciente causa quirúrgica. Frente a los antecedentes patológicos, 3 pacientes tenían hipotiroidismo, 2 artritis reumatoide, 2 depresión, 1 paciente leucemia mieloide aguda y 1 enfermedad cardiovascular. El 60% de las pacientes tenían un IMC normal y 16% tenían obesidad. El 62% de las participantes no realizaban ejercicio. El 44% presentaron calores, 32% sudoración y 20% depresión como síntomas predominantes. Del 80% de las pacientes, el promedio de FSH fue de 72,22 UI/L. Del 65,3% de las pacientes, el promedio de estradiol fue de 23,75 pg/m. Del 76% de las pacientes, el promedio de TSH fue de 2,69 mU/L. De las pacientes que contaban con perfil lipídico, el promedio de colesterol total fue de 200 mg/dL. Siete pacientes tenían baja masa ósea. Nueve pacientes contaban con cariotipo, de las cuales 1 presentaba un mosaicismo 45 X/46 XX y otra paciente tenía síndrome de Turner. 22 pacientes estaban en tratamiento hormonal, de las cuales 90,9% se encontraban en terapia hormonal con estrógenos y progestágenos.

**CONCLUSIÓN:**
La IOP es una patología que, aunque es poco prevalente, está relacionada con múltiples patologías entre las que se destacan: baja masa ósea, enfermedades cardiovasculares y depresión. Lo cual implican una alta carga de morbilidad en estas pacientes, de allí la importancia de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:**
Insuficiencia ovárica primaria; menopausia prematura; genética.

**GPP-79**

# EMBARAZO MÚLTIPLE DOBLE BICAVITARIO EN ÚTERO BICORNE UNICOLLIS CON ACRETISMO PLACENTARIO EN EL HEMIÚTERO IZQUIERDO: REPORTE DE CASO.

Edgar Didacio Sánchez, Andrea del Pilar Rodríguez, Liliana Arango, Johana Corredor, Andrés Mauricio Camacho, Luz Adriana Unigarro. Hospital Central de la Policía Nacional. Bogotá, Colombia.

## INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones Müllerianas se relacionan con infertilidad, abortos recurrentes y diversas complicaciones obstétricas. Estos trastornos de la reproducción en pacientes con malformaciones uterinas están relacionados: a) un defecto de la vascularización del tabique que impediría una correcta implantación y el buen desarrollo del cigoto; b) constricción de la cavidad uterina; c) la incompetencia cervicoístmica; d) la presencia de una mayor decidualización endometrial, y e) la pérdida de la masa muscular miometrial. En el caso del útero Bicorne se han encontrado tasas de aborto espontáneo entre un 28 y un 35%, tasas de nacimientos prematuros comprendidas en un rango del 14 al 23% y un porcentaje de supervivencia fetal de alrededor de un 60%.

## OBJETIVO:

Reportar el caso de paciente portadora desconocida de malformación Mülleriana asintomática, Útero Bicorne Unicollis, que presenta embarazo múltiple doble bicavitario espontaneo y acretismo placentario en el hemicuerpo uterino izquierda.

## CASO CLÍNICO:

Paciente de 31 años, primigestante, sin antecedentes de importancia, inicio de control prenatal a las 6 semanas, se hace diagnóstico de embarazo múltiple doble de forma temprana. El tamizaje sonográfico de primer trimestre hace la aproximación diagnóstica a la presencia de una gestación bicavitaria en un útero bicorne con complemento transvaginal que confirma la presencia de un solo cuello. Dados los hallazgos ecográficos se decide solicitar complemento con RMN, la cual se realiza a las 21 semanas, encontrando: Gestación Múltiple Bicorial Biamniótica Bicavitario en presencia de Malformación Mülleriana (Bicornis Unicollis). Las placentas en ambas cavidades de inserción normal. Las placentas en ambas cavidades de inserción normal. A las 26 semanas se observa una desaceleración en la velocidad de crecimiento del feto 2, ubicado en el cuerno izquierdo, inicia seguimiento con Doppler Fetoplacentario bisemanal. A las 33 semanas la evaluación doppler del feto comprometido muestra datos de vasodilatación central, ausencia de flujo de fin de diástole en ambas arterias umbilicales y ausencia en la onda a del ductus venoso por lo que se decide llevar a cesárea, obteniéndose dos fetos de sexo femenino de 1980 y 1450 gramos (discordancia del 26 %), los cuales se trasladan a la UCIN. Al momento del alumbramiento, la placenta del hemicuerpo izquierdo, localizada en la pared posterior, se encuentra adherida de forma anormal a la gotera parieto cólica izquierda cerca al ángulo esplénico por lo que se procede a realizar Histerectomía del hemicuerpo uterino izquierdo. La evolución postoperatoria fue adecuada por parte de la paciente y de los recién nacidos.
El informe de patología (N° 2018000123) reportó presencia de Vellosidades Coriales en el tercio interno de la pared miometrial. Placenta Increta.

## CONCLUSIÓN:

La Placenta acreta es un complicación del embarazo que se ha relacionado a una serie de factores de riesgo que generan una agresión contra el miometrio y el endometrio, como el

antecedente de cirugías uterinas en especial la cesáreas. En este caso no están presentes dichos predictores. Es probable que el inadecuado desarrollo uterino de algunas malformaciones mullerianas puedan estar relacionadas con una infiltración patológica trofoblástica al miometrio siendo un factor no descrito a considerar para el desarrollo de placentación anormal.

**PALABRAS CLAVE:**
Útero Bicorne, Acretismo Placentario, Embarazo Múltiple.

**GPP-80**

## REVISIÓN DE LA LITERARIA: TORSIÓN AGUDA DE UN LEIOMIOMA SUBSEROSO. REPORTE DE CASO

**AUTORES:** Linares-Messori B, Castillo–Zamora M, Restrepo-Castro O.
**INSTITUCIÓN:** Universidad de la Sabana Chía, Cundinamarca, Colombia.

**Introducción**: Leiomioma es la neoplasia benigna de músculo liso más frecuente en mujeres en la edad reproductiva, a pesar de que es una patología muy frecuente sus complicaciones son muy raras pero cuando ocurren generan una morbilidad significativa. No se conoce incidencia ni prevalencia de sus complicaciones ya que existen pocos casos reportado en la literatura.
Cuando nos enfrentamos a la torsión de un leiomioma enfrentamos grandes retos, siendo el diagnóstico el mayor de ellos. Teniendo en cuenta lo anterior nos enfocaremos en el abordaje diagnóstico y manejo quirúrgico de esta patología. Es de gran importancia realizar un adecuado reporte de los casos para así poder desarrollar un protocolo de manejo. Presentamos el reporte de caso de una paciente de 36 años con cuadro clínico de abdomen agudo secundario a la torsión de leiomioma subseroso, y hacer una revisión de la literatura publicada acerca del enfoque (abordaje) diagnóstico

**Métodos**: Con la terminología MeSH “Torsion”, “Leiomyoma”, “Subserosal”, “Treatment”, se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos (PubMed, Science Direct, EMBASE), incluyendo ensayos clínicos controlados con o sin aleatorización, reporte de casos y revisiones de la literatura que estuvieran enfocados en el diagnóstico y manejo. Se reporta el caso de una paciente femenina de 36 años con cuadro clínico de dolor abdominal progresivo que posteriormente presenta abdomen agudo. Se consideró como primera posibilidad diagnóstica una torsión anexial razón por la cual se decide llevar a una laparotomía exploratoria encontrando una leiomiomatosis uterina importante con una torsión de un leiomioma subseroso. En el post operatorio presentó una evolución clínica favorable y resolución de dicho cuadro.

**Resultados**: Se identificaron solo reportes de casos y revisión de la literatura en los que mostraban la necesidad del apoyo de las imágenes diagnósticas para mejorar la precisión del diagnóstico de manera pre quirúrgica y de una buena historia clínica para un mejor enfoque diagnóstico. No obstante la mayoría de los casos mostraron que el diagnóstico definitivo se realiza intra operatoriamente. En este caso la paciente fue sometida a una laparotomía exploratoria gracias a un diagnóstico temprano y así se logró evitar complicaciones.

**Conclusión:** Por ser una patología de muy poca prevalencia e incidencia, debemos realizar una documentación de cada uno de los casos para así poder crear un protocolo de manejo, establecer un enfoque diagnóstico oportuno de la torsión de un leiomioma subseroso, lo cual se convierte un gran reto. El diagnóstico de esta patología se realiza mediante clínica e imágenes diagnósticas tales como ecografía pélvica transvaginal e incluso resonancia magnética como primera línea en casos de sospecha clínica. No obstante el manejo quirúrgico es fundamental para confirmar su diagnóstico y resolución del cuadro

**Palabras clave:** Leiomioma subseroso, pedículo, torsión, abdomen agudo, miomectomía.

**GPP-81**

# TUMOR DE OVARIO MUCINOSO BORDERLINE BILATERAL EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO.

**Autores:** Sánchez, Y*; Botero, N; Grajales, A. K; Vásquez, Y. P; Castaño, L. T.
*310 8585056, yesid.sanchez@yahoo.com

**Institución:** Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué – Tolima, Colombia, Universidad del Tolima, Semillero de Investigación en Oncología SION.

**Introducción:**
Los tumores de ovario borderline (TOB) son neoplasias epiteliales poco comunes, son una forma intermedia entre un tumor benigno y uno maligno, se presentan unilaterales o bilaterales. El 80% de los tumores de ovario borderline de tipo mucinoso (TBM) tienen un comportamiento benigno, suelen ser grandes y unilaterales, se presentan sobre todo en mujeres de edad avanzada. Se considera que este tipo de tumor tiene un excelente pronóstico con una sobrevida global a 10 años del 90% para estadios iniciales. Dada la baja frecuencia de este tumor en paciente joven, el objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un tumor de ovario mucinoso borderline de tipo intestinal con carcinoma intraepitelial, haciendo énfasis en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

**Materiales y métodos:**
Se presentó el caso de una paciente de 21 años que consultó por masa anexial bilateral con marcadores CA 125 y CA 19-9 elevados, al servicio de ginecología oncológica. La patología quirúrgica informó tumor mucinoso Bordeline de tipo intestinal con carcinoma intraepitelial. Se realizó una búsqueda sistemática usando las palabras clave: tumor de ovario en paciente joven, tumor ovario bordeline y tumor de ovario mucinoso, en las bases de datos PubMed, Sciencie Direct y Springer.
Se solicitó autorización de la paciente a través del consentimiento informado y aprobación del Comité de Bioética y la oficina de Docencia e investigación.

**Resultados:**
De los artículos encontrados se seleccionaron 21 que estaban relacionados con el tema y de estos se seleccionaron 14, de los cuales 3 corresponden a reporte de caso y 11 a revisión de literatura. Por la forma de presentación en este caso del TBM en edad temprana y con bilateralidad, el abordaje se convierte en un reto, puesto que la producción de hormonas sexuales y la preservación de la fertilidad se hacen aún más complejas, especialmente en pacientes nulíparas. Los TOB con frecuencia pueden presentar elevaciones de los niveles de CA 125 y CA 19-9, como se evidenció en este caso. El manejo quirúrgico es el principal tratamiento para los TOB. Diversos estudios, sugieren que los marcadores tumorales séricos predicen de manera significativa la patología final, se recomienda usarlos para guiar el tratamiento intraoperatorio, así como para identificar recaídas.

**Conclusión:**
Los TOB representan del 10 al 20% de todas las neoplasias ováricas epiteliales, se presentan generalmente durante la 3ª - 4ª década de vida de la mujer y se diagnostican limitados al ovario en el 80% de los casos. La baja frecuencia de este tumor en pacientes jóvenes puede convertirse en un reto diagnóstico por lo que se considera relevante conocer su abordaje, resaltando la

importancia de su tratamiento quirúrgico y seguimiento con un adecuado examen físico, marcadores tumorales y otros exámenes imagenológicos.

**Palabras clave:** Tumor, ovario, borderline.

**GPP-83**

# HISTERECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA EN UN TRANSEXUAL MASCULINO: REPORTE DE UN CASO

Sepúlveda-Agudelo J*
Rivera-Contreras OE
Wandurraga-Barón N

[1]Autor principal: Janer Sepúlveda Agudelo. Teléfono de contacto: 3153756341
E-mail: janersepulveda@yahoo.es
**Institución:** Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia.

## RESUMEN

**Introducción:** La cirugía laparoscópica ha crecido en cuanto a su utilidad en el campo de la ginecología; sin embargo, su uso se ha limitado para fines terapéuticos; en la actualidad se está abriendo a otros horizontes, como en la cirugía de reasignación de sexo, en la cual ha ganado importancia en los últimos años.

**Objetivo**: Reportar un caso de histerectomía por laparoscopia en cirugía de cambio de sexo "Female-to.male" en Colombia, en paciente diagnosticado como transexual; por otro lado, realizar una revisión de la literatura, respecto a las distintas alternativas de manejo quirúrgico en el contexto de esta condición.

**Materiales y métodos:** Paciente de 35 años, en tratamiento hormonal con undecanoato de testosterona, diagnosticado como transexual, el cual fue sometido a histerectomía laparoscópica como parte de reasignación de sexo, en una institución de III nivel de complejidad, en la ciudad de Bucaramanga, con seguimiento postoperatorio favorable. Se realizó búsqueda en las bases de datos de PUBMED (MEDLINE), EMBASE y LILACS, con los términos MESH: "hysterectomy", "laparoscopy", "transsexualism", en inglés, español y checo, sin limitación de tiempo.
El paciente firmó consentimiento informado, autoriza la divulgación científica del caso. Se garantizó confidencialidad, protegiendo su identidad, preservando sus derechos.

**Resultados**: La investigación incluyó 25 artículos, descartándose 11 de ellos y fueron elegidos 14 dado su pertinencia con el tema: 1 artículo de serie de casos, 4 originales, 6 reportes de caso y 3 revisiones de la literatura.

**Conclusiones:** este caso es el primero en ser reportado en la literatura nacional, referente a histerectomía laparoscópica, en individuo transexual como parte de cirugía de reasignación de sexo, lo que abre la puerta a una nueva indicación.

**Palabras clave:** Histerectomía, Laparoscopia, transexualismo.

**GPP-84**

# MANEJO LAPAROSCÓPICO DE EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL: REPORTE DE UN CASO

Rendón-Becerra C.*, García-JI., Forero-Delgadillo A. ***

* Servicio de cirugía endoscópica ginecológica. Universidad del Cauca, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Cali, Colombia.,
Email: ceaure123@hotmail.com, Celular: 3173801989
** Servicio de Ginecología y Obstetricia, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Cali, Colombia.
*** Medico. Fundación Universitaria Juan N. Corpas

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El embarazo ectópico cornual es definido como un embarazo con una localización anormal sobre la porción proximal de la trompa de Falopio que compromete la pared muscular del útero. La incidencia de esta patología es relativamente poco frecuente y ocurre aproximadamente en un 2-4% de todas las gestaciones ectópicas y menos del 1% de todos los embarazos.

El manejo laparoscópico es considerado el tratamiento estándar para la gestación ectópica sin embargo en casos de embarazos cornuales aumenta el riesgo de laparoconversión por el alto riesgo de sangrado no controlado por la dificultad para la reconstrucción laparoscópica del cuerno después de una resección en cuña.

Las técnicas de cirugía mínimamente invasiva dependiendo de la experiencia quirúrgica y la habilidad del cirujano, los resultados clínicos de este manejo han sido efectivos y seguros para esta patología. El objetivo de este caso es describir la experiencia en el manejo del embarazo cornual con abordaje laparoscópico en un centro médico de tercer nivel.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 21 años con historia previa de salpingooforectomía derecha indicada por tumor torcido de ovario, ingresa al servicio de urgencias por dolor pélvico y sangrado vaginal, al examen ecográfico se evidenció a nivel paranexial derecho saco gestacional con presencia de embrión único vivo (LCR:12mm) para 8 semanas, BHCG cuantitativa: 8.500 mUI/ml

Se solicitó valoración por servicio de cirugía endoscópica ginecológica con la propuesta de realizar abordaje laparoscópico al tener contraindicación al manejo médico según criterios clínicos. Los hallazgos intraoperatorios correspondieron a embarazo ectópico cornual derecho de 6 cm con presencia de embrión, se realizó resección cornual con reparo del defecto con sutura endoscópica sin complicaciones, recibiendo dosis única de Metrotexate y salida posterior al día siguiente con buena evolución posquirúrgica.

## CONCLUSIONES

La técnica laparoscópica asociado a una experiencia quirúrgica mejora los resultados clínicos o la necesidad de realizar una laparoconversión durante el tratamiento del embarazo cornual. El manejo médico debe ser considerado cuando sea candidato a los criterios clínicos, sin embargo cuando el tratamiento quirúrgico está indicado, el abordaje laparoscópico en personal entrenado

debería ser el método de preferencia ya que es seguro y efectivo con un buen resultado posoperatorio.

**PALABRAS CLAVE**

Embarazo ectópico, embarazo intersticial, embarazo cornual, laparoscopia.

**GPP-85**

## SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER; CREACIÓN DE NEOVAGINA POR TÉCNICA DE DAVIDOV

Autores: Tabares Trujillo M.; Díaz Reyes C.; Cleves Acevedo J.
Institución: Hospital Universitario del Valle Evaristo García, Santiago de Cali, Universidad del Valle

### Introducción:

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH), es un síndrome de relativa baja frecuencia, que afecta a 1 de cada 4000- 5000 mujeres, en la población general[1]. Se caracteriza por aplasia o agenesia congénita del útero y de los dos tercios superiores de la vagina, en mujeres que tienen función ovárica y genitales externos normales, además de presencia de caracteres sexuales secundarios normales durante la pubertad, para el cual se han descrito múltiples opciones terapéuticas conservadora e intervencionistas.[2]

El objetivo de este reporte aportar a la literatura un caso de creación de neovagina por técnica de Davidov en una paciente con MRKH.

### Materiales y métodos

Paciente de 25 años, nulípara, sin sexarca, además de amenorrea primaria, con estudios imagenológicos compatibles con agenesia mulleriana, en revisión clínica se encuentra vagina corta de 1 cm, y caracteres sexuales secundarios normales. Se realiza Neovagina por técnica de Davidov. Mediante abordaje dual, perineal y laparoscópico, procedimiento sin complicaciones, en seguimientos ambulatorios con longitud vaginal total de 10 cm y uso de férulas. Con indicación de progresión en tamaños de férulas.

### Resultados

En la revisión de la literatura cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión 15 artículos, que tuvieron relación con el reporte de este caso.

El tratamiento del síndrome de MRKH incluye tanto terapias conservadoras como quirúrgicas, dentro de las cuales está incluida la creación de una neovagina, en mujeres que son emocionalmente estables y maduras, que están próximas a iniciar su actividad sexual.

Actualmente, existen descritos múltiples técnicas de neovagina. Recientemente, se ha mencionado la técnica de Davidov (TD), en la cual, el peritoneo pélvico es usado para crear el revestimiento de la neovagina, por medio de la asistencia laparoscópica, se crea una pestaña, que eventualmente se convertirá en el espacio de la neovagina[12]. Basados en la experiencia y evidencia, la TD laparoscópica, puede ser considerada como un método quirúrgico seguro y efectivo, para el tratamiento de las pacientes con SMRKH; representa una vía mínimamente invasiva, que ofrece una adecuada visualización y resultados estéticos óptimos, con cicatrización mínima en pacientes jóvenes.

Además, no requiere ninguna instrumentación particular y puede ser realizado por equipos con experiencia, se asocia con menor tiempo de estancia hospitalaria, mayor longitud vaginal, y asociación con cobertura más temprana de epitelio vaginal normal (a los 6 meses 80% en el grupo de Davidov y 60% en el grupo control de Vecchietti),

Por lo anterior, se ha asumido que la TD modificada, se posiciona como un procedimiento seguro, con resultados anatómicos aceptables, con menor necesidad de uso de dilatadores mecánicos para lograr mantener el resultado final.

## Conclusión

Se aporta a la literatura, un reporte de caso de TD para manejo del SMRKH, con el cual se logró una longitud vaginal aceptable en el seguimiento a tres meses sin documentación de complicaciones.

**Palabras clave:** Síndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, Neovagina, Davidov tecnique.

**GPP-86**

## FACTORES ASOCIADOS A TRES SINTOMAS MENOPAUSICOS EN AFROCOLOMBIANAS CON LA ESCALA CERVANTES VERSION ABREVIADA DE 10 PREGUNTAS

Monterrosa-Castro A. Durán-Méndez L, Mercado-Lara M.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La valoración de la calidad de vida es un aspecto importante de la atención sanitaria de las mujeres en etapa de climaterio. El enfoque de atención individual e integral de la mujer conlleva identificar el deterioro de la calidad de vida tomando en consideración diferentes aspectos sobre todo lo referente a lo étnico y a lo racial. El objetivo del estudio fue identificar factores asociados a oleadas de calor, dolor musculo/articular y sequedad vaginal en afrocolombianas usando la versión abreviada de la Escala Cervantes de 10 preguntas (EC-10).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal perteneciente al proyecto CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), avalado por comité de ética de la Universidad de Cartagena, Colombia. Se incluyeron mujeres de piel negra, hijas de padre y madre de raza negra, que se auto reconocieran como afrocolombianas. Participación voluntaria, anónima y con consentimiento informado. Se utilizó formulario con variables sociodemográficas y EC-10, adaptación de la original y valora síntomas menopáusicos. La versión breve de 10 preguntas de la Escala Cervantes fue propuesta con población colombiana. Se realizó regresión logística para establecer factores asociados a tres de las síntomas: oleadas de calor, dolor musculo/articular y sequedad vaginal. Análisis con EPI-INFO-7. Se estimó tamaño de la muestra de acuerdo con proyección del Censo del DANE 2005. Estudio sin riesgos.

**RESULTADOS:** se estudian 646 mujeres, edad promedio 48,7±5,7, el 41,9% premenopáusicas, 17,4% perimenopáusicas y 40,5% posmenopáusicas. α de Cronbach: 0,82. El 73,1% informó sofocos, 71,3% dolor musculo/articular y 25,5% sequedad vaginal. Las factores de riesgo asociados a sofocos fueron: grupo etario 50-54 años OR: 3,8 [2,2-6,6], sobrepeso OR: 3,2 [2,1-5,0] y actividad laboral fuera de casa OR: 1,4 [1,0-2,1]. Se encontró asociación a dolor musculo/articular de la obesidad-II OR: 4,1 [1,5-11,0], grupo etario 50-54 años OR: 4,6 [2,6-8,1], actualmente unidas OR: 1,9 [1,3-2,7], posmenopausia superior a 5 años OR: 2,2 [1,1-4,2]. Fueron factores de riesgo para sequedad vaginal: fumar actualmente OR: 3,3 [1,9-5,7], transición hacia la menopausia OR: 2,7 [1,6- 4,6] y posmenopausia OR: 3,4 [2,2-5,2]. Se asoció como factor protector para dicho síntoma: uso de terapia hormonal OR: 0,2 [0,1-0,5], actividad laboral fuera de casa OR: 0,4 [0,3-0,6] y posmenopausia después de los 45 años OR: 0,4 [0,2-0,7].

**CONCLUSIONES:** diferentes factores protectores y de riesgo están asociados a oleadas de calor, dolor musculo/articular y sequedad vaginal en afrocolombianas.

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Grupos étnicos; Climaterio.

**GPP-89**

# ENDOMETRIOSIS CON COMPROMISO PLEUROPULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CON ENFERMEDAD PÉLVICA Y EXTRAPÉLVICA

Tobar-Parra JM*, Rendón-Becerra CA.**, Molina-Bolaños CC.*,
Penagos-Tafur JC ***
Correo: ju_ma217@hotmail.com teléfono 3174052967

* Residente programa de ginecología y obstetricia. Universidad del Cauca.
** Docente programa de ginecología y obstetricia. Universidad del Cauca. Servicio de cirugía endoscópica ginecología, Hospital Universitario San José de Popayán.
*** Servicio de cirugía de tórax, Hospital Universitario San José de Popayán.
Popayán, Cauca - Colombia

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La endometriosis afecta un 10 a 15% de la población en general, con un compromiso mundial de 176 millones de mujeres. La prevalencia de endometriosis a nivel extrapélvico con compromiso pulmonar y pleural es una patología de poca frecuencia y de difícil diagnóstico, existen en la literatura alrededor de 100 reportes de casos con compromiso torácico de los cuales el 90% evidencian afección principal del pulmón derecho.

El cuadro clínico ocurre en las primeras 72 horas del inicio de la menstruación, caracterizado por ser catamenial y la inspección visual intraoperatoria presencia de focos endometriósicos a nivel torácico. El diagnóstico definitivo es mediante histopatología.

La cirugía toracoscópica asistida por video (VATS) es el tratamiento de elección ya que permite la inspección y tratamiento. En casos severos con asociación de endometriosis pélvica es necesario realizar manejo definitivo con histerectomía y salpingooforectomía bilateral. El objetivo es describir la experiencia de un caso con endometriosis pleuropulmonar y pélvico a la cual se realizó manejo por cirugía mínimamente invasiva.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 38 años, G4P3A1, historia de hemoneumotorax espontaneo manejo con toracostomía hace 2 años, remitida con historia de dolor pleurítico, disnea de mínimos esfuerzos con compromiso hemodinámico, dolor pélvico severo y sangrado uterino anormal concomitante. Estudios realizados evidencian derramen pleural derecho del 50%, se llevó a toracostomía de urgencia con presencia de hemotórax. Estudios ginecológicos: ecografía adenomiosis, endometriomas bilaterales de 3 cm, ca 125: 200U/ml, valorado por servicio de cirugía endoscópica quien hace diagnóstico de hemotórax catamenial y sospecha de endometriosis pulmonar por lo que indica video toracoscopia por parte de cirugía de tórax.

Videotoracoscopia evidenció múltiples adherencias pleurales, lesiones nodulares en base pulmonar la mayor de 2,5 cm en segmento 9 del lóbulo inferior, lesiones de aspecto blanquecino y lesiones violáceas en pleura parietal posterior, estudio histopatológico reportó endometriosis pulmonar.

Manejo por cirugía mínimamente invasiva con anexohisterectomía, hallazgos de endometriosis estadio IV (puntaje ASRM: 44): síndrome adherencial severo, múltiples focos de endometriosis pélvicos y ováricos, fosas ováricas ocluidas, colon sigmoides adherido al útero y oclusión parcial de fondo de saco posterior. Reporte de histopatología: adenomiosis, endometriosis ovárica.

## CONCLUSIONES

La endometriosis extrapélvica es una patología poco usual. Cuando hay compromiso pleuropulmonar la VATS es el método diagnóstico de elección. No existe un manejo estandarizado y en casos severos requiere manejo quirúrgico radical. En nuestro caso nos basamos en experiencia y algunas series de caso. Resaltamos que el diagnóstico y el tratamiento fueron realizados por cirugía mínimamente invasiva.

## PALABRAS CLAVE
Neumotórax; hemotórax; endometriosis; cirugía torácica asistida por video; Procedimientos Quirúrgicos Mínimamente Invasivos.

**GPP-90**

## LÁSER DE ERBIO PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESTRÉS. ¿POR QUÉ ESPERAR PARA OFRECERLO?

Juan Fernando Bojanini Betancur, Óscar Andrés Tuberquia Agudelo. Clínica Juan Fernando Bojanini. Medellín, Colombia.

Introducción y Objetivos. La incontinencia urinaria (IU) es un trastorno de salud muy frecuente que deteriora la calidad de vida de muchas mujeres, especialmente aquellas de mayor edad. Nuestro objetivo fue determinar la seguridad y eficacia de la terapia láser intravaginal para mejorar los síntomas de las pacientes con incontinencia urinaria por estrés (IUE).

Materiales y métodos. En una serie prospectiva de 122 mujeres que recibieron terapia para IUE con Er:YAG laser en 3 sesiones a intervalos de 3 semanas. Se evaluó la mejoría en la calidad de vida usando el cuestionario "International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF)" con seguimiento de 6 meses luego de la realización del procedimiento. Se registraron también los eventos adversos asociados al procedimiento. El análisis estadístico se realizó con la prueba X2 de Pearson para aplicar el contraste de hipótesis de diferencia de los síntomas antes y después del tratamiento. El nivel de significancia estadística se fijó en $P<0,05$

Resultados. Los síntomas de IUE y sequedad vaginal tuvieron una mejoría significativa (p 0,001). No se observaron eventos adversos mayores, los eventos adversos menores incluyeron dolor leve, sensación de ardor, prurito y sangrado leve. Los resultados clínicos medidos con ICIQ-SF mostraron una tasa de curación del 50,8%, mientras que la tasa de mejoría fue del 26,2%, lo que representa una tasa de éxito en la reducción de los síntomas de la IUE y la mejora de la calidad de vida del 77%.

Conclusiones. El tratamiento con láser intravaginal Er: YAG es una opción prometedora mínimamente invasiva, segura y eficaz para tratar a mujeres con síntomas de IUE que desean alternativas a la cirugía.

Palabras clave: Urinary incontinence, laser therapy, Quality of life.

**GPP-91**

## TRATAMIENTO DEL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA CON ERBIUM: YAG LASER. ESTUDIO PROSPECTIVO DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN MUJERES CON MENOPAUSIA SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE MAMA

Juan Fernando Bojanini Betancur. Clínica Juan Fernando Bojanini. Medellín, Colombia.

Introducción y Objetivos. El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) afecta hasta el 50% de las mujeres postmenopausicas. Este puede ser especialmente severo en sobrevivientes de cáncer de mama con menopausia inducida. El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad, eficacia y satisfacción de las pacientes que recibieron tratamiento con Er: YAG laser vaginal y comparar si el resultado del tratamiento con láser para SGM es similar cuando se realiza en mujeres luego de menopausia inducida por manejo de cáncer de mama y pacientes con menopausia natural.

Materiales y métodos. Se reclutaron 40 pacientes con síndrome genitourinario de la menopausia, 20 pacientes sin historia de cáncer de mama (grupo A) y 20 pacientes con antecedente de cáncer de mama (grupo B). Las pacientes en el grupo A fueron asignadas aleatoriamente en dos subgrupos, denominados A1 y A2. Las pacientes en el subgrupo A1 recibieron preparación vaginal con estriol 0,5 mg tópico 3 veces a la semana por dos semanas antes del tratamiento láser para hidratar la mucosa vaginal. Las pacientes en el grupo A2 y el grupo B recibieron preparación vaginal con inyecciones de plasma rico en plaquetas (PRP) dos semanas antes de la terapia con láser. Luego de la preparación vaginal, los 3 grupos fueron tratados con 2 sesiones de tratamiento con láser RenovaLase (2940nm Er: YAG laser in modo no ablativo). El tiempo de seguimiento fue de 12 meses. Los efectos secundarios del láser como dispareunia, sequedad y evitación del coito fueron evaluados, adicionalmente se interrogó a las pacientes sobre la satisfacción con el tratamiento.

Resultados. Se encontró reducción estadísticamente significativa de sequedad vaginal ($p<0,001$) y dispareunia ($p<0,001$), en los 3 grupos en el seguimiento a 12 meses postratamiento. También se encontró mejoría en la vida sexual de las pacientes medido por la evaluación de la evitación del coito antes y después del tratamiento ($p<0,001$). No se registraron eventos adversos serios. Los pacientes calificaron el tratamiento como altamente satisfactorio.

Conclusiones. El tratamiento con láser es satisfactorio en la reducción de síntomas producidos por SGM tanto en mujeres con menopausia natural como la inducida como terapia para el cáncer de mama.

Palabras clave: genitourinary syndrome of menopause, GSM, menopause, vaginal laser treatment, breast cáncer, vaginal dryness, dyspareunia.

**GPP-92**

# EXENTERACIÓN PÉLVICA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE CUELLO UTERINO Y RECAÍDA TUMORAL CON MANEJO NO ESTÁNDAR

**Autores**: Sánchez-Jiménez, Y*, Méndez-Salas, J; Sandoval-Ramírez, L.
*310 8585056, yesid.sanchez@yahoo.com
**Institución:** Clínica Tolima, Ibagué – Tolima, Colombia, Universidad del Tolima, Semillero de Investigación en Oncología SION.

## Introducción

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa más frecuente de cáncer en población femenina en Colombia y la segunda en morbimortalidad, en este caso se hace alusión a un adenocarcinoma mal diferenciado de cuello uterino estadio IIB según la clasificación FIGO, en una paciente con obesidad grado I, multípara, quien muestra recaídas a pesar de un tratamiento terapéutico con quimio-radioterapia concomitante más braquiterapia, que se repitió en dos oportunidades con intervalo menor a dos años, además se practicó cirugía de rescate tipo exenteración pélvica posterior. Pese al tratamiento realizado presentó nuevamente recaída tumoral, enfocándose a manejo paliativo, realizándose nefrostomía y posible quimioterapia a base de Bevacizumab por enfermedad refractiva.

## Materiales y Métodos

Se hizo reporte de caso clínico de una paciente diagnosticada en el Instituto Nacional de Cancerología, con adenocarcinoma de cuello uterino estadio IIB. Posteriormente es valorada por el ginecólogo oncólogo quien redefine el curso terapéutico; se solicitó aprobación de la paciente para el uso de la historia clínica.

## Resultados

El siguiente caso reporta la evolución clínica que tuvo una paciente de 44 años de edad, obesa tipo I, con diagnóstico de adenocarcinoma de cuello uterino mal diferenciado estadio IIB, a pesar de que se siguió el protocolo de quimio-radioterapia no hubo respuesta, repitiendo el mismo tratamiento antes de 2 años y presentó nuevamente recaída por lo que se decidió manejo quirúrgico. Diagnosticada en julio de 2014, con biopsia tumoral y resonancia que mostró masa cervical de 4 centímetros con extensión a vagina en tercio superior. Inició tratamiento en noviembre de 2014 (quimio-radioterapia concomitante más braquiterapia). Seguimiento en el 2015 sin presentar signos de recaída tumoral. En abril de 2016 presenta recaída tumoral, su grupo tratante en Bogotá deciden re irradiación con quimioterapia concomitante. En noviembre de 2016 se documenta persistencia tumoral central. En enero de 2017 por resonancia magnética pélvica se evidencia masa de aspecto neoplásico en canal endocervical; ginecología oncológica considera cirugía de rescate. Se realizó exenteración pélvica posterior en abril 2017, con resultado de patología de tumor de cuello uterino mal diferenciado en un patrón sólido con todos los bordes reportados como negativos. En diciembre 2017, se documenta recaída tumoral local por biopsia, TAC y PET-SC de la cúpula vaginal, ocasionando hidroureteronefrosis bilateral, por lo que se decide nefrostomía bilateral y posible manejo con quimioterapia con finalidad paliativa.

## Conclusiones

Este caso pone en evidencia la recurrencia y la persistencia del adenocarcinoma de cuello uterino posterior a un tratamiento oncológico de quimio-radioterapia concomitante en dos oportunidades con intervalo menor a dos años, lo cual no está estandarizado; un tratamiento quirúrgico de exenteración pélvica posterior, evidenciando un caso de enfermedad refractiva por lo cual su plan terapéutico actual se enfoca a un manejo paliativo.

**Palabras clave**

Adenocarcinoma, recaída, cuello uterino, radioterapia, quimioterapia.

**GPP-94**

# MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSAS UTERINAS: REPORTE DE CASO Y MANEJO ENDOSCÓPICO POR MONOPUERTO

**Castro-Cuenca CG (giovanicastro@hotmail.com, tel: 3102115795), Pérez-Muñoz A**
**Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud F.U.C.S, Bogotá DC, Colombia**

## Introducción:

Las malformaciones arteriovenosas del útero son una condición infrecuente con una incidencia del 4.5%. Se pueden dividir en formaciones congénitas o adquiridas, siendo estas últimas más frecuentes, usualmente asociadas a un evento gestacional como un embarazo ectópico, abortos o enfermedad trofoblástica.

## Materiales y métodos:

Se describe el caso de una paciente de difícil diagnostico a quien se le dio manejo definitivo quirúrgico a través de cirugía endoscópica con técnica monopuerto/SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery).

## Resultados:

Paciente de 34 años gestas: 3, para: 2, con cuadro de amenaza de aborto, evaluación ecográfica inicial que muestra embarazo de 8.7 semanas con embrión único vivo y se decide manejo expectante. Reconsulta una semana después con cuadro de aborto retenido; recibe manejo con Misoprostol 800 mcg intravaginales. En ecografía de seguimiento a los 10 días encuentran endometrio engrosado y sangrado por lo que se da nueva dosis de Misoprostol de 400 mcg. 3 días después acude al servicio de urgencias con sangrado abundante, evaluación ecográfica muestra útero aumentado de tamaño que a nivel miometrial en la pared anterior y fúndica, múltiples imágenes saculares y redondeadas de carácter vascular, con abundante flujo de baja resistencia que compromete la totalidad del grosor miometrial con dificultad para delimitar la pared endometrial posterior. Valor de BHCG de 58 mIU/mL, se solicita resonancia nuclear magnética confirma masa fúndica de 60 mm compatible con malformación arteriovenosa.
Se define manejo quirúrgico definitivo por paridad satisfecha, con un útero de 83x53x47 mm y por preferencia estética de la paciente, se ofrece manejo con histerectomía total por laparoscopia con monopuerto/SILS, cirugía que se realiza sin complicaciones. La patología muestra en los cortes correspondientes a la lesión dependen del fondo y pared posterior, con endometrio basal hemorrágico y decidua basal residual necrótica, presencia de linfocitos y polimorfonucleares que comprometen vasos espiralados dilatados, de paredes adelgazadas con trombos con grados variables de evolución y vellosidades coriónicas fibróticas o hialinizadas por retención. En el miometrio adyacente hay células trofoblasticas de tipo intermedio en el sitio de implantación. Cambios que comprometen el tercio interno de la pared uterina, sin evidencia de restos embrionarios.

## Conclusión:

En nuestro caso se evidencia la dificultad que presenta el diagnostico prequirúrgico claro de la condición, evidenciando que la confirmación angiográfica de la lesión hace parte relevante del estudio antes de definir la terapia definitiva en la paciente. Como se evidencia en múltiples reportes similares. El trabajo diagnostico no es definitivo hasta no tener los hallazgos histopatológicos, por eso la consejería y la información antes de dar manejo definitivo quirúrgico es limitada.

Con los reportes de la condición en cualquiera de sus formas de presentación se aumenta la sospecha diagnóstica de la condición y eventualmente esto permitiría encontrar las características ecográficas que diferencien la malformación arteriovenosa de alteraciones en placentación o productos retenidos de la gestación.

**Palabras clave:** Malformación vascular, cirugía laparoscópica.

**GPP-95**

## ASOCIACIÓN ENTRE ENDOMETRIOSIS Y ENDOMETRITIS CRÓNICA EN PACIENTES QUE CONSULTAN A UNA UNIDAD DE FERTILIDAD. POSIBLE RELACION ETIOPATOGÉNICA

Elayne Margarita Vásquez Medrano, Ivonne Jeannette Díaz Yamal, Jimmy Castañeda Castañeda, Ramón E. Sotolongo León, Jaime Villamil Pérez, Fernando Gómez.

Fundación Universitaria Sanitas - Unidad de Fertilidad PMA. Bogotá, Colombia.

Introducción y Objetivos. INTRODUCCIÓN: La endometritis crónica y la endometriosis tienen muchas características en común. Ambos trastornos son enfermedades inflamatorias crónicas de patogénesis poco clara que pueden causar sangrado uterino anormal, dolor y su fertilidad. OBJETIVO: Evaluar la asociación entre endometriosis y endometritis crónica diagnosticada por hieroscopia o histología convencional.

Materiales y métodos. Se realizó búsqueda de todos los reportes de patología de la unidad de patología adscrita a la unidad de fertilidad Procreación Medicamente Asistida y la Clínica Marlo incluidos desde enero de 2016 hasta enero de 2018. Se tomaron todos los reportes procedentes de cirugías ginecológicas por causa benigna, así como las pacientes con diagnostico histeroscópico durante mismo periodo. Análisis retrospectivo de 10 pacientes con diagnostico histológico y/o histeroscópico de endometritis crónica. De estas 4 pacientes tenían endometriosis con diagnóstico ecográfico y/o histológico y 6 sin endometriosis. Para histeroscopia se usó SSN o glicina para distender la cavidad con una presión generada por goteo de una bolsa suspendida a 1mt por encima de la paciente. Evaluación minuciosa tanto en pared uterina anterior como posterior. El diagnóstico histológico fue realizado por el grupo de la unidad de patología adscrita cuando detectó infiltrado estromal con predominio linfocitario y presencia de al menos una célula plasmática. Se identificaron las características clínicas de cada paciente, que se obtuvieron de historias clínicas, descripciones operatorias y reportes ecográficos. Se excluyeron las muestras que mostraban carcinoma invasivo cervical, carcinoma endometrial y pólipos endometriales. La presencia de endometriosis se identificó mediante descripciones quirúrgicas, videos de cirugías laparoscópica, reportes de histología y hallazgos ecográficos. Realizó análisis descriptivo de características demográficas de pacientes incluidas, con el fin de establecer una relación entre la endometriosis y la endometritis crónica.

Resultados. 10 pacientes con diagnóstico de endometritis crónica, 40% presentó diagnóstico quirúrgico o ecográfico de endometriosis. Mediante análisis de cada variable demográfica y clínica, se encontró que la población es homogénea. No diferencias significativas entre los grupos con y sin endometriosis en cuanto a edad, IMC, duración del ciclo. Sin embargo, hubo diferencia estadísticamente significativa en número de embarazos en cada grupo. La gravidez fue significativamente mayor ($p=0.0485$) en grupo sin endometriosis que el grupo de endometriosis, mientras que la paridad no tuvo diferencia. No diferencias en cuanto a miomatosis ($p=0.4$). Hubo 5 pacientes en el grupo sin endometriosis y uno en el grupo de endometriosis con diagnóstico de SOP. La endometriosis se encontró en (4/10) de las pacientes. No diferencias significativas en enfermedades asociadas: adenomiosis, miomatosis y sop, por lo cual no influyeron en el resultado.

Conclusiones. La endometritis crónica es una condición asintomática y de difícil diagnóstico, el cual puede ser mediante hallazgos histeroscópicos o al menos una célula plasmática en

histología. Las publicaciones previas establecen relación entre endometriosis y endometritis crónica muestran que la incidencia de esta última es significativamente mayor en el grupo de endometriosis. Este estudio reveló que endometriosis se asocia con endometritis crónica. Sin embargo, la causa de la endometriosis en las pacientes con endometritis y viceversa, no está clara. Se necesitan más estudios.

**GPP-96**

**AGENESIA BILATERAL DE FEMUR EN GESTANTE CON ANTECEDENTE DE DIABETES PREGESTACIONAL: REPORTE DE CASO.**

**AUTORES:** Reyes G, Arias-Parra G, Russo G, Linares B, Duque-Ramírez R, Gallo R.
**INSTITUCIÓN:** Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá DC, Colombia.

**Introducción**: La agenesia bilateral de fémures es una de las malformaciones menos comunes encontradas en la literatura, existen solo 5 casos reportados de esta malformación, de los casos reportados este es el primero en Colombia y en el que además de agenesia bilateral de fémures se describe malformación cardiaca, ambos hallazgos con fuerte asociación a hiperglicemia materna.

**Métodos**: Se realizó la búsqueda de la literatura en bases de datos PubMed, Embase, Clinicalkey, Uptodate, mediante palabras clave y términos MeSh, se limitó a reportes de casos, entre los años 1995 al 2017.Se recopilo historia clínica e imágenes diagnosticas intra y extrainstitucional para descripción del reporte de caso.

**Resultados**: Paciente de 27 años de edad G3P2C2V2 con embarazo de 27,1 semanas con antecedente de diabetes insulino requirente, quien suspendió terapia insulínica por creer que era riesgoso al enterarse tardíamente que estaba en embarazo, al ingreso con cifras glumétricas fuera de metas sin controles prenatales por lo que se solicita perfil infeccioso y TORCH los cuales resultan negativos . Ecografía obstétrica de ingreso reporta: Agenesia bilateral de fémur y malformación cardiaca. Ecocardiograma fetal con hallazgo de posible tronco arterioso tipo II, eje cardiaco anormal, desviado a la izquierda, CIV del tracto de salida grande con cabalgamiento de la válvula truncal y adecuada función biventricular. A la edad gestacional de 38,1 semanas se realiza cesárea extra institucional con recién nacido con microtia bilateral, hipoplasia renal derecha, criptorquidea bilateral, Rx de huesos largos: Meromelia con ausencia congénita de fémures con cambios displásicos secundarios de los acetábulos

**Conclusión:** Aunque la diabetes materna es un factor de riesgo perse para malformaciones fetales, el real factor de riesgo es la hiperglucemia por tanto el control adecuado de niveles glucemia debe ser uno de los pilares de la atención medica prenatal

**Palabras clave:** Agenesia bilateral de fémur, malformación cardiaca, diabetes materna, reporte de casos.

**GPP-97**

# ADENOCARCINOMA ENDOMETRIOIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO METASTÁSICO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL POR MIOMATOSIS UTERINA: REVISIÓN DE LITERATURA Y REPORTE DE CASO

**AUTORES:** Gaitán-López A, Arias-Parra G, Peña-Amézquita L, Zambrano M
**INSTITUCIÓN:** Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá DC, Colombia.

**Introducción**: El adenocarcinoma endometrioide es una entidad que se origina a partir de células del revestimiento del útero (el endometrio) *,* típicamente se origina del epitelio glandular del epitelio .Luego de su desarrollo inicial su crecimiento está determinado por la invasión del estroma endometrial y la expansión exofitica dentro de la cavidad endometrial e invasión del miometrio Nuestro objetivo es la presentación del caso de una paciente con Adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado metastásico a pesar de no tener tejido endometrial para el desarrollo de esta patología por tener un antecedente de histerectomía 18 años atrás por miomatosis uterina con patología benigna.

**Métodos**: Se realizó la búsqueda de la literatura en bases de datos PubMed, Embase, Clinicalkey, Uptodate, mediante palabras clave y términos MeSh, hasta el 2018 .Se recopilo historia clínica intrainstitucional y extrainstitucional de la paciente para descripción del reporte de caso.

**Resultados**: Paciente de 69 años de edad G1P1V1 quien consulta por cuadro clínico de 4 meses de evolución consistente en sensación de masa pélvica es valorada por junta quirúrgica con reporte de ecografía pélvica transvaginal que muestra ausencia de útero por antecedente quirúrgico, cúpula vaginal libre de masas ni colecciones. Masa anexial derecha de 55x52x61mm. Ovario izquierdo de 17x10x15 mm y tomografía axial computada de pelvis con contraste que reporta masa sólida que hace cuerpo con la pared abdominal situada sobre línea media a nivel de región suprapúbica de 6.5x6x10 cm, ricamente vascularizada; se localiza por encima de domo vesical. Imagen cálcica asociada de 4.3mm sobre región paratrigonal derecha acompañante. Reporte de marcadores tumorales: Alfa fetoproteína 3.6 (negativo), Antígeno carcinoembrionario 4.0 (negativo), Gonadotropina coriónica humana subunidad beta (negativa) y Ca 125 58.5 (positivo). en conjunto con servicio de cirugía general se decide llevar a laparotomía exploratoria + biopsia por congelación, reporte de patología con hallazgo de adenocarcinoma endometroide metastásico moderadamente diferenciado FIGo2 grado nuclear 2 con diferenciación escamosa focal, positivos para Ck7m PAX8, RE, RP, Vimentina, control marcadores Ca125 13.8. Se remite para manejo interdisciplinario por Ginecología oncológica extrainstitucional en donde revisan nuevamente hallazgos patológicos en placas reconfirmando lectura: Iinmunofenotipo favorece adenocarcinoma endometrioide y primario ginecológico.

**Conclusión:** No se encontró en la literatura reportes de casos de Adenocarcinoma endometriode con antecedente de histerectomía previa, casos como este sugieren un reto etiológico del mecanismo fisiopatológico de la presentación de la misma.

**Palabras clave:** Adenocarcinoma endometrioide, etiología, diagnóstico.

**GPP-99**

## PRUEBAS RÁPIDAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

Autores: Amaya-Guio J (Teléfono: 321 4951491; Correo: jamayaguio@gmail.com), Ángel-Müller E, Vásquez-Vélez L, Torres-Montañez N, Grillo-Ardila C.

Institución: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la exactitud diagnóstica de las pruebas rápidas para la detección de la infección por el Treponema pallidum, en cualquier estadio, en hombres y mujeres no gestantes en edad reproductiva, comparadas con la combinación de pruebas treponémicas y no treponémicas como estándar de referencia.

Materiales y métodos

Este trabajo es una revisión sistemática realizada en compañía de la Colaboración Cochrane en la cual se realizó una búsqueda de la literatura disponible hasta el 18 de Septiembre de 2016. Se incluyeron estudios de exactitud diagnóstica que hayan reclutado pacientes de forma prospectiva y consecutiva o a través de muestreo aleatorio. Sólo los estudios que reportaron la aplicación de la prueba rápida y el estándar de referencia y presentaron una tabla de 2x2 fueron elegibles para la inclusión. Incluimos hombres y mujeres no gestantes en edad reproductiva, reclutados en centros de atención primaria y secundaria sin diagnóstico previo de sífilis.

Resultados

Se incluyeron 8 estudios para un total de 11.783 participantes, entre 1999 y 2015. Tres estudios fueron patrocinados por la industria farmacéutica. La prevalencia promedio fue de 10,1%. Se evaluaron un total de 11 pruebas rápidas. Seis de los estudios incluidos fueron multicéntricos. Siete estudios reclutaron pacientes de alto riesgo (trabajadoras sexuales, usuarios de drogas endovenosas) y un estudio reclutó pacientes con sintomatología urinaria baja. Encontramos, con baja calidad de la evidencia, que las pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis tienen una sensibilidad moderada (S 83% IC 0.71-0.91) y alta especificidad (E 98% IC 0.96-0.99). Los forest plot y la curva ROC demostró un alto grado de heterogeneidad entre los estudios, la cual se encontró en mayor medida para la sensibilidad que para la especificidad.

Conclusiones

Calidad de baja evidencia demuestra que las pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis podrían ser un método adecuado en poblaciones de alto riesgo y en aquellas con alta probabilidad de pérdida del seguimiento. El desempeño de estas pruebas rápidas discrepa con los hallazgos encontrados en otras revisiones sistemáticas. Se necesitan más publicaciones aplicadas en población general, con bajo riesgo y en condiciones de campo para valorar la exactitud diagnóstica de las pruebas rápidas en escenarios clínicos reales y no en condiciones controladas de laboratorio.

Palabras clave: sífilis, pruebas rápidas, revisión sistemática.

**GPP-101**

# USO DE BOLSA PARA MORCELACIÓN CONTENIDA EN MIOMECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA EN UNA CLÍNICA DE BOGOTÁ: REPORTE DE CASOS

**AUTORES:** *Gómez-corredor F (fergomezmd@hotmail.com - 3107720323);); Villabona-Silva P (paquis_87@hotmail.com); Villamil-Pérez J (jevilpe@hotmail.com); Castañeda-Castañeda J (jimmycastañedac@gmail.com); Díaz-Yamal I (idiazyamal@gmail.com); Sotolongo-León R (ramonsotolongo@yahoo.com).*
**INSTITUCIÓN:** Fundación Universitaria Sanitas, Procreación Medicamente Asistida, Clínica de Marly. Bogotá - Colombia

**INTRODUCCIÓN:** A partir del año de 2014, posterior a la comunicación de la FDA sobre el riesgo de diseminación de tejido con la técnica de morcelación, las diferentes sociedades recomiendan realizar morcelación de forma contenida. Múltiples opciones se han desarrollado para este fin, sin embargo el costo y poca disponibilidad son una barrera. Nuestro trabajo muestra el uso de una bolsa de morcelación intraperitoneal de bajo costo y fácil acceso en todos los hospitales del país.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó miomectomía contenida en bolsa por laparoscopia a 6 pacientes, con un promedio de edad de 39 años. Se reseco un número máximo de 3 miomas, con un tamaño promedio de 7,8 cm. Respecto a la clasificación FIGO se resecaron miomas desde tipo 2 hasta tipo 8, incluyendo dos miomas tipo 2-5. Se utilizó una bolsa fabricada en polietileno de baja densidad, material que ha sido utilizado y probado ya en humanos. En todas las pacientes se realizó la morcelación de las piezas quirúrgicas sin complicaciones. Al final de procedimiento se verifico la integridad de la bolsa con marcación de azul de metileno.
**DISCUSIÓN/RESULTADOS:** La cirugía mínimamente invasiva se ha convertido en la técnica quirúrgica de elección para la miomectomía, y con ella la técnica de morcelación para la extracción de las piezas quirúrgicas. Sin embargo por el riesgo de diseminación de enfermedad maligna, se desarrollaron sistemas de aislamiento de las piezas que evitaran la diseminación del tejido. El uso de una bolsa de aislamiento permite crear un ambiente independiente para la morcelación y así evitar los efectos adversos ya mencionados.
En la actualidad hay varios sistemas que buscan este objetivo y publicaciones sobre su uso y posible seguridad respecto a la morcelación de los tejidos. Sin embargo el costo de este tipo de dispositivos es una limitante importante al momento de decidir la morcelación contenida, sumado a las diferentes variables encontradas en su uso, como la necesidad de perforación de la bolsa con riesgo de diseminación del tejido que se ha visto según reportes desde el 9,2% hasta un 33%, lo que indica la necesidad de perfeccionar las técnicas utilizadas.

La bolsa utilizada por nuestro equipo, genera los beneficios de un sistema aislado para la morcelación, pero a bajo costo, lo que hace que se pueda utilizar en diferentes centros del país.

**CONCLUSIÓN:** La morcelación contenida es una técnica quirúrgica actualmente utilizada y que brinda beneficios en la extracción de los tejidos. El uso de un sistema de aislamiento de bajo costo generaría un impacto en el uso de esta técnica, sin embargo se necesita más estudios en cuanto a protección y resultados a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: morcellation, bag, leiomyoma, myomectomy, uterine myomectomy.

**GPP-102**

## CARCINOMA PAPILAR INTRAQUÍSTICO DE LA MAMA- REPORTE DE DOS CASOS

Claudia Bastidas Guarín, Javier Fernando Gutiérrez Villegas, Diana Milena Martínez Borrero, Diego A. Vargas. Universidad Libre Cali. Cali, Colombia.

Introducción y Objetivos. El carcinoma papilar encapsulado es un tumor de poca frecuencia, representa entre 0.5% al 2% de todos los cáncer de mama, tiene mayor presentación en mujeres 96.5% y es percibido como un cáncer de avanzada edad. La supervivencia global con carcinoma papilar in situ frente a invasiva 85,0% 75,0%, respectivamente con p= 0,05 a los 5 años y una sobrevida a los 10 años del 61,7% y 60,6%, respectivamente con p= 0,08). El carcinoma papilar se considera un tumor invasivo de bajo riesgo. Puede presentarse en forma pura, o asociado a carcinoma ductal in situ (46%), o carcinoma invasivo (36%). Sin embargo, difiere de otros estudios descriptivos con respecto al invasor con un (53%) de presentación. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son secreción por el pezón y la presencia de masa palpable retro-areolar indolora. El abordaje principal es quirúrgico, la radioterapia y terapia hormonal se prescribe para los carcinomas papilares asociados a in-situ e invasión y pacientes con carcinoma puro menores de 50 años. Por su poca frecuencia se describen dos casos de carcinoma papilar invasivo.

Materiales y métodos. Información detallada obtenida de la historia clínica de la paciente previo consentimiento informado.

Resultados. 1. Mujer de 77 años asiste en el 2016 a control. Antecedente histológico en el 2013 de papiloma intraductal y ectasia izquierda. Refiere sensación de masa en seno izquierdo. Examen físico: Nódulo de 2,5x2,5cm intercuadranterica superior izquierdo, no dolorosa y sólida a la punción. Mamografía del 2015 negativa. Ecografía de mama 2016: Nódulo solido de 2,5x2,5cm bien delimitado. TRUCUT: Lesión papilar con atipia leve. Se plantea cuadrantectomía. Paciente no acepta. Acude en el 2018 con masa de 4cm se propone cuadrantectomía izquierda más ganglio centinela, la paciente no desea imágenes. Diagnostico histopatológico: Carcinoma papilar encapsulado de 4.5x4.5x4cm sin invasión estromal y un in-situ Grado I, foco de 5mm, bordes libres de 5mm. RE: 100% RP: 90%. En junta multidisciplinaria de tumores se recomienda radioterapia más hormonoterapia. 2. Mujer de 72 años remitida por masa desde noviembre 2017. Al examen físico nódulo a las 12 derecho supraareolar sin adenopatías. Mamografía de noviembre 2017: Nódulo en tercio medio denso de bordes definidos BIRADS 0 - sin adenopatías. Ecografía mama noviembre de 2017: Nódulo de 20mm a las 12 derecho sin adenopatías BIRADS IVa. Se plantea cuadrantectomía. Diagnostico histopatológico: Carcinoma papilar intraquístico de 2x2cm. Sin evidencia de invasión estromal. Márgenes de sección libres 1cm, RE: 100% RP: 70% se presentó en junta de tumores se plantea hormonoterapia.

Conclusiones. Se describen casos de carcinoma papilar intraquístico asociado a insitu, carcinoma poco frecuente según reportes de la literatura, se realizó manejo con cuadrantectomía y ganglio centinela por los tamaños de los tumores que pueden tener un cáncer oculto en más de 20% de casos además de estar localizados en cuadrante superior externo y se inició terapia hormonal, por informe de series de pacientes donde se encontró que se asocia con mayor recurrencia local.

**GPP-108**

**ENDOCEPTIVO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL EN EL MANEJO DE HEMORRAGIA UTERINA EN UNA PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA.**

**AUTORES:** Ávila FA, Hurtado DF.
**INSTITUCIÓN:** Fundación Clínica Valle del Lili, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** En la historia natural de las hepatopatías crónicas, existen problemas ginecológicos asociados al tratamiento de mujeres en etapas avanzadas de la enfermedad por alteraciones en los factores de coagulación que pueden afectar el ciclo endometrial y las consideraciones especiales sobre la anticoncepción, el embarazo, la atención posparto y la menopausia.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de una paciente de 63 años de edad, diagnosticada con cirrosis, Estadío CHILD C, secundaria a esteatohepatitis no alcohólica (NASH) a la espera de trasplante.

Consulta por cuadro clínico de un día de evolución de sangrado recatl y vaginal. Al ingreso con palidez, ictericia mucocutánea generalizada, tensión arterial 90/40, hemoglobina en 9 gr/dl, trombocitopenia (38.000/$mm^3$ plaquetas), INR 3.8, hiperlactatemia (Lactato 2.89 mmol/L), creatinina en 2.52 mg/dl, e hiperbilirrubinemia (bilirrubina total: 51 mg/dl). Se inicia manejo en unidad de cuidados intensivos y se solicita endoscopia de vías digestivas altas y colonoscopia, los cuales no muestran evidencia de sangrado activo.

Los paraclínicos de control muestran descenso de la hemoglobina hasta 6.7 gr/dl, se realiza nuevamente un examen físico evidenciando sagrado vaginal en escasa cantidad pero constante, por lo cual se interconsulta al servicio de endocrinología ginecológica quienes evalúan la necesidad de lograr el control del sangrado sin causar efectos no deseados. El uso de anticonceptivos hormonales combinados es descartado, dada la contraindicación absoluta en estos casos; se plantea entonces la colocación de un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel teniendo en cuenta su acción local al bloquear el estímulo estrogénico sobre el endometrio, logrando disminuir la vascularización y el grosor endometrial, con concentraciones escasas de progestágeno en la circulación sistémica. Su colocación se realiza fácilmente y sin complicaciones, el procedimiento es muy bien tolerado por la paciente, el sangrado vaginal se limita por completo y los niveles de hemoglobina permanecen estables, lo cual permite el alta de la paciente.

**RESULTADOS:** La evidencia sobre el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con enfermedad hepática es limitada. Sin embargo, extrapolando la literatura disponible sobre el carcinoma hepatocelular, y según los criterios de elegibilidad médica para anticonceptivos de Estados Unidos (USMEC) no hay restricciones en el uso de anticonceptivos de progestinas o DIU en mujeres con cirrosis compensada leve. No hay datos publicados que aborden el uso de anticonceptivos combinados entre mujeres con cirrosis descompensada severa, la recomendación actual es evitar los métodos que contienen estrógenos en estas pacientes

**CONCLUSIÓN:** Para las mujeres con trombocitopenia asociada a cirrosis y sangrado menstrual abundante secundario, el DIU de levonorgestrel y otros métodos de progestinas ofrecen importantes beneficios no anticonceptivos, principalmente el control del sangrado. El USMEC no restringe el uso del DIU de cobre entre mujeres con cirrosis severa; sin embargo, no se recomienda para mujeres con trombocitopenia o sangrado menstrual abundante ya que no disminuye la pérdida de sangre menstrual.

**PALABRAS CLAVE:** Cirrosis hepática, anticoncepción.

**GPP-109**

# ENDOCEPTIVO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL EN PACIENTE CON PORFIRIA INTERMITENTE AGUDA

**AUTORES:** Ávila FA, Hurtado DF.
**INSTITUCIÓN:** Fundación Clínica Valle del Lili, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** La porfiria intermitente aguda se debe a la deficiencia parcial de la enzima de la síntesis de hemo, porfobilinógeno desaminasa. La prevalencia de estas mutaciones en las poblaciones occidentales es de aproximadamente 1 portador por cada 2000 personas. La información disponible en la literatura con respecto a la utilización de anticonceptivos en pacientes con porfiria es muy limitada y existe una carencia de estudios con rigor epidemiológico que permitan extraer conclusiones basadas en la evidencia. Definir un método de planificación familiar en esta población representa un reto para el médico tratante y la paciente, dado los riesgos de un posible embarazo y los efectos secundarios producidos por los compuestos farmacológicos con contenido hormonal.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de una paciente de 18 años de edad, e historia familiar de porfiria intermitente aguda, quien debuta con cuadro clínico complejo sugestivo de peritonitis generalizada asociado a compromiso neurológico con requerimiento de intubación orotraqueal. Una reevaluación minuciosa del caso permite enfocar el cuadro como porfiria intermitente aguda con hallazgo de porfobilinógeno en orina positivo y ácido delta-aminolevulínico positivo. Posterior al manejo de múltiples complicaciones, se plantea la necesidad de definir un método de anticoncepción dado que se trata de una paciente en edad reproductiva, con vida sexual activa. Es valorada por el servicio de endocrinología ginecológica, quienes basándose en evitar el uso de moléculas con dosis altas de progestágenos, optan por un endoceptivo liberador de levonorgestrel (Mirena®) dado su mecanismo de acción basado en la actividad hormonal local sobre el endometrio y su distribución sistémica baja. El DIU se coloca sin complicaciones y un control posterior, 6 meses posterior al egreso, evidencia una paciente completamente asintomática, tolerando adecuadamente el endoceptivo, sin presentación de sangrado durante 4 meses.

**RESULTADOS:** No se dispone de evidencia clara con respecto al uso de los anticonceptivos hormonales en pacientes con porfiria, sin embrago, las sociedades científicas dedicadas a esta enfermedad, no recomiendan el uso de los anticonceptivos hormonales combinados dado que pueden desencadenar ataques de porfiria aguda. En especial se contraindican los métodos inyectables e implantables por la dificultad en el retiro, así como los anticonceptivos orales de emergencia por su alto contenido de progestágenos. Es necesario aclarar que algunos dispositivos intrauterinos (p. Ej., Mirena) contienen un progestágeno que tiene principalmente acción local dentro del útero y solo ingresa en el torrente sanguíneo en cantidades escasas, considerándose una opción válida en este grupo de pacientes.

**CONCLUSIÓN:** La experiencia hasta la fecha sugiere que este tipo de dispositivo solo conlleva, posiblemente un riesgo mínimo, de provocar un ataque agudo por lo cual se considera una alternativa segura. En el caso presentado podemos evidenciar la evolución favorable desde el punto de vista ginecológico, logrando ofrecer una opción segura de planificación familiar, con disminución en el sangrado menstrual y adecuada tolerancia.

**PALABRAS CLAVE:** Porfiria intermitente aguda; Anticoncepción.

**GPP-112**

## CRISIS DE ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORME DURANTE EL EMBARAZO UN RETO EN EL MANEJO

Autores
Cardona Ospina A***, Duque Ortega JG****, Villegas García SM**, Muñoz Acevedo MA*
*Residente de ginecología-obstetricia Universidad CES
** Gineco-Obstetra, Clínica del Prado
***Gineco-Obstetra, especialista en medicina materno fetal, Clínica del Prado
****Médico Internista, subespecialista en hematología
simavigas@yahoo.com teléfono 3113225299

Clínica del Prado Medellín-Colombia

Introducción y Objetivos. En Colombia la incidencia estimada es de 5000-8000 casos, de 60-120 nuevos casos año. La anemia de células falciformes (ACF) ocurre por defecto genético en el brazo corto del cromosoma 11, resultante en defecto de la hemoglobina S con la sustitución de valina por acido glutámico en la cadena beta de a Globina. La desoxigenación de la HbS provoca la polimerización entre las moléculas de hemoglobina alterándose la arquitectura y la flexibilidad de los eritrocitos y la forma de "hoz". Llevando a aumento de la viscosidad y vaso oclusión que conduce a infarto e inflamación del tejido. La reperfusión lleva a liberación de radicales libres y daño oxidativo. Hay 3 tipos de anemia de cella falciformes son HbS, HbSC, HbSB. La HbS libera oxígeno a los tejidos con mayor facilidad y, por lo tanto, a los pacientes con ACF generalmente son capaces de tolerar niveles de hemoglobina más bajos. La complicación de ACF puede ser agudas (dolor torácico, crisis aplásica), infección (ITU, sepsis), lesión de órgano (necrosis avascular nefropatía). En el manejo se describe asesoría preconcepción, evitar desencadenantes y prevención de infecciones. Las complicaciones en la gestación incluyen complicaciones maternas (hipertensión y preeclampsia) y fetales (aborto, RCIU y muerte fetal). No se recomienda de rutina las transfusiones, solo si indicado para mujeres con niveles de hemoglobina muy bajos a término

Materiales y métodos. Reporte de caso

Resultados. Paciente de 28 años G4P3 con embarazo de 32+4 semanas con antecedente de anemia de células falciforme remitida con cuadro de dolor opresivo en región torácica constante no mejora con analgesia de 12 horas de evolución, acompañado de artralgias. Se realiza electrocardiograma normal y enzimas cardiacas negativas, por lo cual se sospecha de crisis dolorosa de anemia de células falciforme y se formula manejo analgésico, oxigeno e hidratación por persistencia de dolor torácico se realiza AngioTAC de tórax descartando TEP. Reporte de paraclínicos HB 7, 7 valorada por hematología, ordena trasfusión de 3 U GR, continua manejo en UCE, durante hospitalización presenta elevación de cifras de presión arterial mayor de 156/100 con elevación de LDH y transaminasas, por lo que se realiza diagnóstico de preeclampsia severa y Síndrome de Hellp incompleto se decide terminación de la gestación, con inducción fallida por lo cual se lleva a cesárea , sin complicaciones, paraclínicos de control persistencia de hiperbilirrubinemia directa y LDH 1700, signos de hemolisis, en seguimiento hospitalario paciente presenta mejoría clínica y de paraclínicos, no presenta lesión de órgano blanco.

Conclusiones. Esta descrita muerte materna por trombosis cerebral, neumonía, infección postparto y sepsis. Las principales complicaciones son parto por cesárea; preeclampsia, abruptio de placenta. En el estudio presentado por la Universidad de carolina del sur reporto una tasa de mortalidad de las mujeres con ACF fue de 72,4 muertes por 100.000 partos. Puede complicar el 0.1% de los embarazos, pero representó el 1% de todas las muertes maternas. Finalmente, la disminución de la hemoglobina S reduce las alteraciones vasculares en placenta y mejora la oxigenación del feto.

Palabras Clave: Anemia de células falciformes, embarazo.

**GPP-113**

## REPORTE DE CASO SÍNDROME DE ENDOMETRIOSIS TORÁCICA PRESENTADA COMO HEMOTÓRAX ESPONTÁNEO RECIDIVANTE

**AUTORES:** Ávila F, Escobar MF, Velásquez M, Mosquera C,
**INSTITUCIÓN:** Fundación Clínica Valle del Lili, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** La endometriosis es una enfermedad inflamatoria crónica estrógeno-dependiente, presentada en mujeres en edad fértil, asociada principalmente a dolor pélvico e infertilidad; se caracteriza por la presencia de glándulas y estroma endometrial por fuera de la cavidad uterina, su localización es más común en la pelvis, sin embargo, no es exclusiva de esta área anatómica.
La prevalencia de la enfermedad es de cerca del 5%, con un pico de presentación entre los 25 y 35 años de edad. No sólo afecta órganos pélvicos, también puede afectar otras regiones, entre éstas el tórax. Se ha descrito el Síndrome de Endometriosis Torácica, en el que hay tejido endometrial en las vías aéreas, la pleura y el parénquima pulmonar, suele cursar con dolor torácico, disnea, tos, hemoptisis y dolor escapular, es también conocido como Síndrome Catamenial, dichos síntomas suelen presentarse 2 a 3 días previos al inicio del período menstrual. Un 73% de las pacientes con Endometriosis Pulmonar cursan con un Neumotórax Catamenial, 14% con Hemotórax Catamenial. El diagnóstico es difícil, por la inespecificidad de los síntomas. Sin embargo la anamnesis adecuada puede llevarnos a sospechar la entidad en mujeres principalmente jóvenes, con cuadros de dolor pélvico crónico e infertilidad asociada en algunos casos, siempre teniendo en cuenta un factor determinante, que es la relación de los síntomas con el ciclo menstrual. En el presente trabajo analizamos 1 caso de Síndrome de Endometriosis Pulmonar.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Reporte y análisis de caso de Síndrome de Endometriosis Torácica
**RESULTADOS:** Paciente de 37 años, G0P0, con cuadro de dolor pélvico crónico de más de 5 años de evolución, quien en agosto de 2016 presentó cuadro de derrame pleural espontáneo que finalmente fue llevado a toracoscopia; con hallazgos intra-operatorios sugestivos de síndrome endometriosis torácica, pero con reporte de patología no concluyente, paciente evolucionó a la mejoría, pero ante persistencia de síntomas pélvicos se lleva Histerectomía más salpingo-oferectomía bilateral por miomatosis uterina en septiembre de 2016. En mayo de 2017 reconsulta por hemoptisis, dificultad respiratoria y dolor torácico, se evidencia nuevo derrame pleural derecho, se realiza nueva toracoscopia en la que encuentran 200 cc de líquido cetrino, lesiones en parénquima pulmonar derecho sugestivas de focos endometriósicos. El reporte de patología estas lesiones indica “Se observan glándulas atrapadas, con fibrosis estromal y hemorragia antigua, las cuales expresan receptores de estrógenos. Conclusión: Pleuritis crónica, endometriosis, Hiperplasia mesotelial reactiva. Paciente mejora y se inicia tratamiento con dienogest 2 mg diarios, sin nuevas recaídas hasta la fecha.
**CONCLUSIÓN:** La endometriosis torácica, aunque es una entidad de baja incidencia, debe sospecharse en el contexto de pacientes con síntomas respiratorios e historia de cuadro clínico típico de endometriosis pélvica, una vez confirmado el diagnóstico y realizado el manejo quirúrgico inicial las pacientes deben tener manejo médico para evitar recidivas.

**PALABRAS CLAVE:** Endometriosis pulmonar; Síndrome catamenial; Endometriosis pleural.

**GPP-114**

# REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA. CORIOAMNIONITIS POR CÁNDIDA ALBICANS EN GESTANTE CON TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO Y MEMBRANAS ÍNTEGRAS.

María Fernanda Figueredo Satizábal, MD; Meliza Goméz Kafury, MD; Ana María Toro Cifuentes, MD; Jorge Ricardo Paredes Aguirre, MD. Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia.

RESUMEN

**Objetivo:** Reportar dos casos de Corioamnionitis Aguda causada por Cándida Albicans en una gestante sin factores y en un gestante portadora del dispositivo intrauterino. Revisar en la literatura la asociación de Cándida Albicans con trabajo de parto pretérmino y el desenlace a corioamnionitis, así como las consecuencias fetales y/o neonatales.

**Presentación de los casos:** Se presenta el caso de una primigestante de 20 años de edad con embarazo de 33.4 semanas, quien ingresa en trabajo de parto pretérmino con membranas ovulares íntegras al servicio de Urgencias en una institución de Nivel III, desarrolla corioamnionitis subclínica; se encuentra un signo ecográfico sugestivo de infección intraamniótica (Sludge), con cultivo de líquido amniótico positivo para Cándida Albicans. Cuadro que posteriormente conllevaría a un óbito fetal.
Se presenta segundo caso de una secundigestante de 26 años de edad con gestación de 24 semanas, portadora de dispositivo intrauterino, quien ingresa por trabajo de parto pretérmino y membranas íntegras; ecografía obstétrica con evidencia de signo de Sludge y cervicometría de 16 mm, cultivo y citoquímico de líquido amniótico positivo para Cándida Albicans con un resultado final de recién nacido pretérmino con candidiasis cutánea congénita.

**Discusión:** A pesar de la elevada frecuencia de colonización vaginal por levaduras en gestantes, la infección ascendente y las complicaciones obstétricas son muy infrecuentes, con una incidencia descrita para corioamnionitis por especies de Cándida del 0,8%. Su presencia habitualmente se ha asociado a desenlaces perinatales graves como: candidiasis cutánea congénita, candidiasis sistémica, neumonía, meningitis y septicemia. Dentro de las opciones de manejo de corioamnionitis aguda fúngica está el uso endovenoso de Anfotericina B o Fluconazol oral o endovenoso.

**Conclusiones:** La infección intraamniótica ocasionada por Cándida Albicans es infrecuente, pero con desenlaces fetales y neonatales graves. Aún no existe consenso acerca de cuál es la aproximación terapéutica más adecuada para el manejo de las gestantes con dicho diagnóstico prenatal; sin embargo, prevalece la importancia de tratar oportunamente las infecciones vaginales por C. Albicans durante el embarazo, con el fin de disminuir los riesgos potenciales de corioamnionitis aguda por dicho germen. Retiro de diu en primer trimestre en la medida que sea posible.

**Palabras Clave:** Corioamnionitis, Cándida Albicans, Dispositivo intrauterino, Óbito fetal, Candidiasis cutánea congénita.

**GPP-115**

# DOLOR INGUINAL CRÓNICO, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE ENDOMETRIOSIS

**AUTOR(ES):** Zambrano-Moncayo CP (claupzm@gmail.com, 3204574514), López- Isanoa J D, Villegas–Echeverri J D, López-Jaramillo J D, Herrera AL, Piedrahita D

**INSTITUCIÓN**: Unidad de Ginecológica Avanzada y Dolor Pélvico (ALGIA), Clínica Comfamiliar, Pereira, Risaralda, Colombia

**INTRODUCCIÓN**:
La endometriosis es una patología ginecológica benigna y es una de las principales causas de dolor pélvico crónico de origen ginecológico. Se caracteriza por la presencia de tejido endometrial por fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente su aparición en ligamentos uterosacros, fondo de saco de Douglas, tabique rectovaginal, espacio vesico uterino e intestino. Sin embargo, en ocasiones se pueden encontrar focos de endometriosis en sitios inusuales como en el caso de la endometriosis umbilical, torácica, pared abdominal y del canal inguinal. La endometriosis de canal inguinal es una presentación poco frecuente. Candiani et al, reportaron una incidencia de 0,6% en una serie de 958 pacientes con endometriosis.
El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con endometriosis inguinal con dolor pélvico crónico y sospecha de hernia inguinal.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Reporte de caso clínico de una paciente con dolor pélvico crónico a nivel inguinal, con sospecha de hernia inguinal y con hallazgo de endometriosis en el canal inguinal.

**Aspectos éticos** Se realiza una descripción del caso clínico sin realizar ninguna intervención sobre la paciente.

**RESULTADOS – PRESENTACIÓN DEL CASO:**
Paciente de 33 años con cuadro clínico de 2 años de evolución, consistente en dolor pélvico tipo cólico de predominio en región inguinal bilateral, que aumenta con el ejercicio, asociado a dismenorrea y con EVA: 8/10. No tiene antecedentes de importancia, ciclos regulares 30x3, G0P0. Al examen físico con dolor a la palpación en región inguinal bilateral, TV sin alteraciones. Se solicitó RNM la cual se encontraba dentro de límites normales, ecografía de pared abdominal con imagen sugestiva de hematoma hacia el oblicuo interno; no se descarta hematoma. Se programó para laparoscopia operatoria para dolor y posible herniorrafia inguinal. Durante el procedimiento se encontraron focos de endometriosis en base de ligamento uterosacro izquierdo y fondo de saco posterior, los cuales fueron resecados; en la exploración de los canales inguinales, se evidenció salida de material achocolatado a través de los canales inguinales, por lo que realizó resección de peritoneo, lavado del canal y coagulación de focos en el canal y ureterolisis. No se evidenció hernia inguinal. El procedimiento se realizó de forma ambulatoria sin complicaciones. En el control post quirúrgico, la paciente presentó adecuada evolución clínica con reporte de patología que confirma hallazgo de endometriosis, por lo que se deja manejo con anticonceptivos orales continuos.

**CONCLUSIONES:**

El dolor pélvico crónico es uno de los principales motivos de consulta en ginecología y es generado por múltiples causas, dentro de las cuales el 20% son de etiología reproductiva y, entre éstas, la endometriosis. Una de las principales causas de dolor a nivel inguinal es la presencia de hernias, por lo que al llevar a una paciente con estas características a una laparoscopia operatoria es muy importante realizar la exploración del canal inguinal en busca de hernias u otros generadores de dolor susceptibles a manejo quirúrgico. En este caso, en la paciente no se encontraron hernias inguinales, sino la presencia de focos de endometriosis en sitios comunes, como el fondo de saco posterior y ligamento uterosacro, y en el canal inguinal lo que explica su sintomatología. Por esta razón es de gran importancia que los ginecólogos estén entrenados en explorar el canal inguinal, teniendo en cuenta que en esta localización se presentar algunas de las patologías generadoras de dolor pélvico.

**PALABRAS CLAVE: (máximo 5)** Endometriosis, dolor pélvico crónico, canal inguinal.

**GPP-116**

## ROMPIENDO BARRERAS EN SALUD: INTRODUCCIÓN DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

**AUTOR(ES):** Acosta- Peñaloza JA (jesacosta3@gmail.com teléfono: 3212138286), Trujillo-Sánchez LM, Merchán-Jiménez A, Rodríguez- Castillo JL. Grupo de Ginecología Oncológica
**INSTITUCIÓN:** Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia.

La cirugía mínimamente invasiva ha mostrado distintas ventajas sobre la cirugía abierta: menor tiempo de hospitalización, perdida sanguínea, morbilidad postquirúrgica y recuperación más rápida. Dentro de los procedimientos mínimamente invasivos la cirugía laparoscópica asistida por robot es una tecnología en salud que ha presentado importantes avances en las últimas dos décadas. En el 2015 más de 650000 procedimientos se realizaron en todo el mundo.
El sistema robótico ofrece distintas ventajas comparado con la cirugía laparoscópica convencional: visión tridimensional, uso de instrumentos articulados, mayor destreza, movilidad, disminución del efecto fulcro, menor temblor y mejor ergonomía para el cirujano. Además, ha permitido disminuir las curvas de aprendizaje, innovando en la enseñanza médica. Se usa en diferentes especialidades: neurocirugía, cirugía de cabeza y cuello, cirugía de tórax, cirugía cardiovascular, ortopedia, cirugía gastrointestinal, urología, microcirugía. En ginecología ha adquirido un papel creciente desde que la FDA aprobó su uso para histerectomía en 2005.
Actualmente seis centros colombianos cuentan con plataforma robótica, siendo el Instituto Nacional de Cancerología el primer y único hospital público del país que brinda este servicio. Para su ingreso al Instituto fue necesario hacer una evaluación de tecnología propia para las patologías de alta frecuencia y baja complejidad y alta complejidad y baja frecuencia que incluyó los grupos de ginecología oncológica, urología oncológica, cirugía gastrointestinal oncológica, cirugía de cabeza y cuello y cirugía de tórax. Se desarrolló un modelo novedoso y sostenible que tuvo como resultado la incorporación de la tecnología.
Las tecnologías en salud y su evaluación han ganado relevancia en la agenda política y técnica de los distintos sectores. Esto debido a las mayores demandas y expectativas en los sistemas y que representan gran parte del gasto público.
Este proceso de incorporación tiene gran impacto, ya que permite el cambio de paradigmas en la atención hospitalaria, perfil asistencial y administrativo de la atención, docencia e investigación. Los criterios más relevantes son: efectividad, seguridad, eficiencia, pertinencia local, aspectos técnicos, equidad y costos. Es de resaltar que la gestión y el liderazgo en las organizaciones son importantes en el cumplimiento del objetivo.
Para el 2011 el Instituto Nacional de Cancerología atendió 6122 nuevos casos de cáncer, 2808 del régimen contributivo, 1815 régimen subsidiado, 365 vinculados, 818 particulares y 316 de regímenes especiales. La cirugía robótica en la institución se inició el 23 agosto de 2017, realizándose hasta la fecha 20 procedimientos de ginecología oncológica, 18 de urología oncológica, 14 de cirugía gastrointestinal oncológica y 7 de cirugía de tórax.

**CONCLUSIÓN:** La cirugía laparoscópica asistida por robot en el Instituto Nacional de Cancerología es un ejemplo claro del adecuado proceso de incorporación de nuevas tecnologías en salud mediante modelos sostenibles y novedosos, rompiendo barreras en salud al beneficiar pacientes oncológicos de todos los estratos.

**PALABRAS CLAVE**: cirugía robótica, tecnologías en salud, evaluación, incorporación.

**GPP-117**

## CARCINOSARCOMA PRIMARIO DE CÉRVIX REPORTE DE CASO

**AUTOR(ES):** Calderón-Quiroz PH (phcq2005@yahoo.es – teléfono 3112174880), Castro-Villar JC, Rodríguez-Castillo JL, Grupo Ginecología Oncológica.
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Los carcinosarcomas representan menos del 3-5% de las neoplasias uterinas, la mayor parte de los cuales se presentan en el cuerpo uterino. Los primarios del cuello uterino son extremadamente raros y generalmente se presentan en pacientes posmenopáusicas. Su tratamiento no está claramente definido y se cuenta con pocos estudios respecto a su manejo. Se describe el caso de una paciente en quien se diagnostica un carcinosarcoma de cérvix localmente avanzado.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El objetivo es este trabajo es reportar el caso de una paciente con diagnóstico de carcinosarcoma de cérvix, su manejo oncológico y revisión de la literatura.
**CASO CLÍNICO:** Paciente de 58 años con cuadro de 4 meses de hemorragia uterina posmenopáusica, al examen físico se documenta masa que reemplaza el cérvix de 5cm, compromiso de tercio superior de la vagina y de parametrio izquierdo hasta la pared pélvica. Biopsia reporta: componente epitelial carcinoma de alto grado y marcadores positivos: CK 5/6, p63, citoqueratina 7 focal; Componente mesenquimal: diferenciación sarcomatoide focal, positivo para vimentina, actina de músculo liso, CD10; p16 positivo en ambos componentes. Negativos: p53, ciclina d1, desmina, S100. Diagnóstico: Carcinosarcoma de cérvix homólogo estadio IIIB. Estudios de extensión negativos para enfermedad a distancia. Se decide en junta multidisciplinaria tratamiento quimiorradioterpia concomitante para patología cervical epitelial localmente avanzada, teniendo en cuenta el origen epitelial de estos tumores y no tratamiento estándar para un tumor de presentación infrecuente. En seguimiento sin respuesta al tratamiento presento como complicación una perforación intestinal como complicación de la radioterapia 15 días después de finalizado el tratamiento y fallece por complicaciones de su enfermedad 2 meses después.
**DISCUSIÓN:** El carcinosarcoma de cérvix es un tumor de presentación muy rara del cual solo se han publicado 62 casos en la literatura de habla inglesa, de los cuales solamente 3 incluido el presente se han encontrado en estados localmente avanzados. Se ha documentado relación con VPH principalmente 16 que origina el componente epitelial invasivo maligno. El carcinosarcoma de cuello uterino se puede caracterizar por orígenes: los conductos de Müller y los restos de los conductos mesonéfricos. Los componentes sarcomatosos se diferencian de los componentes carcinomatosos, manteniendo el carácter de malignidad epitelial; ambos componentes coinciden con las diferentes histogénesis entre sí. La evidencia apoya el origen monoclonal a partir del componente epitelial de alto grado que, presenta una metaplasia mesenquimal. El pronóstico de este tumor en muy pobre con sobrevida estimada de 50% para estadios I y para estadios localmente avanzados todos los pacientes reportados incluido nuestro caso han fallecido antes de un año.

**CONCLUSIÓN:** El carcinosarcoma de cérvix es un tumor agresivo, de mal pronóstico en el cual no hay un tratamiento estándar por lo infrecuente de la enfermedad. El manejo actual está basado en los esquemas definidos para cáncer de cuello uterino epitelial y carcinosarcomas uterinos.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinosarcoma, Uterine cervix, inmunohistochemistry.

**GPP-118**

## REPORTE DE CASO: LEIOMIOMATOSIS INTRAVASCULAR DISEMINADA A VENA CAVA INFERIOR

**AUTOR(ES):** Medina-Restrepo ML Trujillo-Sánchez LM, Merchán-Jiménez A, Alméciga-Villamil AL, Lalinde-Triviño JD.

**INTRODUCCIÓN:** La leiomiomatosis intravascular se caracteriza por la proliferación intraluminal de células tumorales de músculo liso de características benignas a nivel de las venas intrauterinas, sistémicas y vasos linfáticos sin infiltrar sus paredes. Desde un origen en las venas uterinas, el crecimiento puede extenderse cranealmente a la vena cava superior e inferior y a la aurícula derecha. Existen dos teorías acerca de su etiología (1). La primera sugiere que la neoplasia surge de la proliferación de células musculares lisas inducida por estrógenos en la pared venosa de las venas uterinas, y la segunda sugiere que la neoplasia surge de leiomiomas uterinos que invaden el sistema venoso.
Suele tener una mayor incidencia en mujeres premenopáusicas con un promedio de edad de 47 años (2)(3). Desde 1900, solo se han notificado 150 casos (73 con compromiso cardíaca).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realiza reporte de caso de una paciente con diagnóstico de Leiomiomatosis intravascular diseminada con extensión a la vena cava inferior con extensión hasta L3. Adicionalmente se realizó revisión sistemática de la literatura.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 37 a quien se le realizo histerectomía abdominal total por miomatosis uterina en el año 2012 Y posterior aparición en el año 2016 de masa que ocupa la totalidad de la cavidad abdominopelvica, se realizan estudios de extensión: resonancia nuclear magnética contrastada que sugieren compromiso intravascular a la vena cava inferior, cavografia muestra defectos de llenamiento dependientes de la vena ilíaca externa derecha hasta la confluencia con la vena iliaca contralateral y la porción inicial de la vena cava inferior, y biopsia que reporta tumor del musculo liso sin criterios de malignidad. Se decide llevar a cirugía con diagnóstico de leiomiomatosis intravascular diseminada, y en conjunto con servicio de cirugía vascular se Realiza resección de masa abdominopelvica y cavotomía con extracción de mioma intraluminal y cierre primario de vena cava inferior

**DISCUSIÓN:** La mayoría de los pacientes presentan síntomas inespecíficos que incluyen sangrado vaginal, dolor pélvico, y disnea (4). La tomografía computarizada y la resonancia magnética son los exámenes más sensibles y confirman la presencia del tumor, la extensión a estructuras circundantes y su compromiso intravascular, sin embargo, se necesita la confirmación histológica para el diagnóstico definitivo.

**CONCLUSIÓN:** La resección quirúrgica es el tratamiento de elección (3). La escisión incompleta puede provocar la recurrencia de la neoplasia, se han descrito hasta del 30% de recaídas a los siete meses a 17 años de seguimiento (3), mostrando que el crecimiento tumoral es independiente de la presencia del útero u ovarios.

**GPP-119**

## NEOADYUVANCIA Y EMBARAZO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

**AUTOR(ES):** Medina-Restrepo ML (monica.medinar@gmail.com teléfono 3002135049), Suescún-Garay O, Castro-Villar JC, Rodríguez-Castillo JL, Hinestroza-Antolinez S, Grupo de Ginecología Oncológica
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer durante el embarazo es una condición poco frecuente con una incidencia de 1 en 2000 embarazos, dentro de los ginecológicos el más frecuente es el de cérvix. Existe evidencia actual sobre el uso de quimioterapia durante la gestación, y en general se utilizan el mismo esquema de las pacientes no gestantes.
Se presenta el último caso tratado en el Instituto Nacional de Cancerología, una paciente a quien se diagnostica carcinoma de cérvix localmente avanzado en segundo trimestre de la gestación quien recibe tratamiento con quimioterapia neoadyuvante y posteriormente en el puerperio tratamiento estándar con quimio radiación concomitante.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 34 años de edad, G4P2V2A1 con embarazo de 23 4/7 semanas por ecografía con cuadro de sangrado vaginal, al examen físico se evidencia lesión exofítica en cérvix de aproximadamente 4 cm, con parametrio izquierdo comprometido hasta el tercio medio, la biopsia reporta carcinoma escamocelular infiltrante de célula grande no queratinizante sin invasión linfovascular, se clasifica como carcinoma de cérvix IIB, estudios de extensión negativos para enfermedad a distancia. Por deseo genésico inicia quimioterapia neoadyuvante con Carboplatino + Paclitaxel cada 21 días completando dos ciclos con adecuada tolerancia. Posterior a esquema de maduración pulmonar se finaliza la gestación en semana 34 por cesárea obteniendo recién nacido masculino peso 2380 mg sin malformaciones. En la tercera semana de su puerperio examen físico con respuesta central del 70 % iniciando entonces quimiorradioterapia en concomitancia con intención curativa, En seguimiento semestral libre de enfermedad y niño sano con adecuado neurodesarrollo.
**DISCUSIÓN:** El uso de quimioterapia en el embarazo no está recomendado durante el periodo de organogénesis debido a que tiene mayor riesgo de teratogenicidad y efectos adversos fetales. El uso de agentes antineoplásicos en el segundo y tercer trimestre está respaldado por la literatura con mejores perfiles de seguridad con desenlaces neonatales favorables y desenlaces a largo plazo como neurodesarrollo sin alteraciones. La literatura reporta para el uso agentes basados en platino dos casos de hipoacusia neurosensorial en niños de madres tratadas con Cisplatino durante el embarazo y reporta dos casos expuestos a Carboplatino durante la gestación, pero con desarrollo normal hasta los 30 meses de seguimiento. Por otra parte se han reportado de dos casos de uso de Paclitaxel en el embarazo posterior al periodo de la organogénesis con niños con desarrollo normal hasta la edad de 2 a 7 años.
**CONCLUSIÓN:** La quimioterapia en el embarazo es limitada, la evidencia favorece el uso seguro de los agentes antineoplásicos como los platinos (cisplatino) y taxanos (paclitaxel) durante la gestación sin efectos fetales no deseados, con importante impacto en el pronóstico y desenlace oncológico, siendo el Instituto Nacional de Cancerología centro de remisión nacional para el abordaje y manejo integral de estas pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Pregnancy, cáncer, Chemotherapy, Neoadjuvant therapy.

**GPP-120**

# METÁSTASIS SIMULTÁNEA INUSUAL DE CÁNCER CERVICAL A RIÑÓN Y REGIÓN MUSCULAR PARAESPINAL: REPORTE DE CASO

**AUTOR(ES):** Rodríguez-Castillo JL (julianalrc@hotmail.com teléfono: 3043871052), Castro-Villar JC, Beltrán- Salazar MI, Forero-Cuellar OM, Pareja R, Grupo de Ginecología Oncológica Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer cervical es una patología de alto impacto, correspondiendo el 85% de los casos a países en vía de desarrollo. En Colombia es la segunda neoplasia femenina, con una tasa de incidencia ajustada por edad de 18.7/100000 mujeres. (1).
Las vías de diseminación son: principalmente por contigüidad afectando vagina, pared pélvica, recto y vejiga, linfática y menos frecuente hematógena (2). Esta última es la responsable de las metástasis a pulmón (21%), hueso (16%) y otros sitios infrecuentes (8%) (3)
La metástasis renal es un sitio inusual de presentación, con menos de 10 casos reportados en la literatura (4). La incidencia de metástasis a musculo esquelético es <1% de todas las diseminaciones hematógenas y desde 2008 sólo 10 casos de origen cervical han sido descritos (5). Ambas entidades se relacionan con un pobre pronóstico. La mediana de sobrevida reportada es entre 12 y 24 meses para la metástasis renal y 6 meses para la de musculo esquelético. (6)
No existen manejos estandarizados y el enfoque es individualizado

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El objetivo del artículo es describir el caso de una paciente con carcinoma escamocelular de cérvix estadio IIIB tratado quien presento 2 metástasis inusuales en riñón y musculo paraespinal. Se obtuvo consentimiento informado para el uso de imágenes e historia clínica.
**CASO CLÍNICO:** Paciente de 34 años con carcinoma escamocelular de cérvix estadio IIIB diagnosticado en abril de 2015. Recibió tratamiento no estándar extrainstitucional con quimioterapia (paclitaxel mas carboplatino 6 ciclos) y teleterapia 5000 cgy en concomitancia hasta 2015. No recibió braquiterapia por tiempo transcurrido desde la teleterapia (11 meses) y toxicidad rectal grado 3. En periodo libre de enfermedad hasta abril 2017 cuando cursa con hematuria. Tomografía de abdomen muestra masa renal derecha de aspecto tumoral en polo inferior renal derecho. Urología sospecha primario renal T1BNXM0. Realizan nefrectomía radical derecha por laparoscopia. Reporte de patología con inmunohistoquímica CKAE1AE3(+), CK7 (+), CK 20 (-), P63 (+), CK 5/6 (+), RCC (-), CD10 (-), P16 (+), GATA 3: no contributivo, favorece origen metastásico del carcinoma primario de cérvix uterino. Además presenta masa interescapular dolorosa y de crecimiento progresivo en los últimos 3 meses. Al examen físico presenta lesión de 10 cm. Biopsia con aguja cortante confirma diagnóstico de carcinoma escamocelular metastásico, primario cervical. Se considera no candidata a resección quirúrgica por extensa infiltración. Completa radioterapia paliativa dirigida a la lesión 4500 cgy. Imágenes recientes con progresión de enfermedad pélvica. Pendiente inicio de quimioterapia paliativa.

**CONCLUSIÓN:** Las metástasis del carcinoma escamocelular cervical a riñón y musculo paraespinal son infrecuentes, con escasa información en la literatura. Según nuestro conocimiento este es el primer caso reportado de metástasis inusuales descritas de primario cervical. No existe un manejo estándar, debe individualizarse según localización y estado de la paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer cervical, metástasis inusual, recaída.

**GPP-121**

# CITORREDUCCIÓN SECUNDARIA EN LESIÓN DE DIFÍCIL ACCESO EN CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO: UN RETO QUIRÚRGICO

**AUTOR(ES):**Santana-Ballesteros DJ (jimena_santana@hotmail.com telefono: 3106881754), Calderón-Quiroz PH, García-M, Trujillo-Sánchez LM, Merchán-Jiménez A, Torres-Valencia NA,
Grupo de Ginecología Oncológica
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

**INTRODUCCIÓN:** Cerca de 200.000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de ovario cada año mundialmente y, a pesar de la alta tasa de remisión, hasta un 80% de las pacientes recaerán. La citorreducción primaria es la piedra angular en la terapia multimodal de las pacientes con cáncer de ovario y lograr en un primer intento quirúrgico una citorreducción completa, ha impactado en la supervivencia global y los periodos libres de recurrencia. En el contexto de recaída y paciente adecuadamente seleccionada, es la citorreducción secundaria el tratamiento de elección.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se reporta el caso de una paciente con diagnóstico de adenocarcinoma de ovario seroso de alto grado, llevada a citorreducción secundaria completa y revisión sistemática de la literatura.
**CASO CLÍNICO:** Paciente de 55 años con diagnóstico de Adenocarcinoma Seroso de alto grado Estadio IIIC, tratado con citorreducción subóptima en 2011 y quimioterapia de primera línea hasta enero de 2012, con periodo libre de enfermedad de 7 años, en seguimiento presenta una elevación discreta del marcador tumoral Ca 125. Se ordenan estudios extensión, tomografía abdominopélvica y PET-CT, que reportan una lesión única adyacente a la capsula hepática, entre los segmentos 7 y 8, hipermetabólica con un SUV MAX, de aspecto tumoral, de 47 mm con plano de clivaje con la vena cava inferior supra hepática. Se considera candidata a citorreducción secundaria, con participación del servicio de Ginecología Oncológica, Cirugía de Seno y Tejidos Blandos; como único hallazgo, una lesión tumoral adyacente a la vena supra hepática derecha y vena cava supra hepática, en contacto firme con diafragma y pericardio, se realiza citorreducción completa.
**DISCUSIÓN:** La selección de los pacientes es de vital importancia, incluye aquellas con resección completa en la cirugía primaria, ausencia de ascitis, ECOG de 0 y, aunque no se ha definido un punto de corte, se considera un periodo libre de enfermedad no menor de 6 meses (3,4,5,6); sin embargo, una puntuación negativa no excluye la posibilidad quirúrgica. El patrón de diseminación del tumor en las situaciones de recaída por lo general involucra el hemiabdomen superior; esto significa la más alta complejidad de la aproximación quirúrgica y la necesidad de cooperación interdisciplinaria; con una adecuada selección las tasas de citorreducción completa son del 40 al 100%.
**CONCLUSIÓN:** En el contexto de recurrencia, la cirugía es importante; los datos de estudios retrospectivos asocian la citorreducción completa con mejoría del pronóstico con supervivencias medias de 45,2 meses vs 19.7 meses si hay enfermedad residual según el DESKTOP I; tasas de morbilidad y mortalidad del 0.5%, supervivencia libre de progresión que favorece la cirugía de 19.6 vs 14 meses y pacientes con resección completa de 21.2 vs 13.7 meses con enfermedad residual según resultados preliminares del DESKTOP III.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma de Ovario, Recaída, recurrencia, Citorreducción Secundaria.

**GPP-122**

# CÁNCER DE CÉRVIX Y EMBARAZO, DIAGNÓSTICO DURANTE LA CESÁREA: REPORTE DE CASO

**AUTOR(ES):** Suescún-Garay O (oscarsug@gmail.com teléfono: 3153719410), Rodríguez-Castillo JL, Castro-Villar JC, Hernández- Sánchez DC, Villegas-Agudelo LA, Grupo de Ginecología Oncológica.
**INSTITUCIÓN**: Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer ocurre en 0.05% a 0.1% de todos los embarazos, parto y primer año postparto. El de origen ginecológico más frecuente es el de cérvix, con una incidencia de 1.5 a 12 por cada 100.000 gestaciones, excluyendo seno. En Colombia los tumores más frecuentemente diagnosticados en el embarazo son cérvix (23.65%), hematológicos (21%) y tiroides (15.5%). Esta es la única neoplasia ginecológica susceptible de tamización durante la gestación, ya que la citología cervicovaginal hace parte de los exámenes rutinarios del control prenatal si no se ha realizado preconcepcional. Esto sumado a la oportunidad de acceso a los servicios de salud que tienen las embarazadas, hace más fácil su detección temprana. El tratamiento plantea muchos desafíos debido a la relación directa entre los órganos comprometidos, el embarazo y el feto, requiriendo un enfoque multidisciplinario.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El objetivo de este trabajo es describir el caso de una paciente con diagnóstico de cáncer invasor de cérvix durante el trabajo de parto y el manejo oncológico recibido en la institución. Se obtuvo mediante consentimiento informado permiso para la revisión de imágenes y datos clínicos, garantizando confidencialidad.
**CASO CLÍNICO:** Paciente de 25 años, G2P2C1V2, sin antecedentes de importancia, controles prenatales aparentemente normales, última citología vaginal de dos años previa negativa para lesión intraepitelial, quien fue llevada a cesárea de urgencia más pomeroy extra institucional a las 38 semanas por documentar al examen físico masa cervical de 5 centímetros que obstruía canal del parto sugestiva de mioma, con cambios cervicales de fase latente, dilatación de 4 cms y paridad satisfecha. Se realiza resección de la masa vía abdominal, posterior a extracción fetal. Reporte de patología compatible con carcinoma de células escamosas grandes no queratinizante, tamaño tumoral de 4,5 centímetros. Estudios de extensión postoperatorios negativos para compromiso a distancia. Valorada en día 18 de puerperio en el Instituto Nacional de Cancerología, al examen físico cérvix con lesiones exofíticas de 1 cm, parametrios y tabique recto vaginal libres; se conceptúa paciente en puerperio con hallazgo durante el trabajo de parto de carcinoma escamocelular de cérvix estadio IB2 homologado. Se define tratamiento primario con quimioradioterapia concomitante con intención curativa, previa estadificación ganglionar mediante linfadenectomía paraaórtica y ooforopexia por vía laparoscópica para conservación de función ovárica, teniendo en cuenta la edad de la paciente.

**CONCLUSIÓN:** Aunque la incidencia de cáncer durante la gestación es baja, representa un importante reto clínico. El cáncer de cérvix tiene la oportunidad de ser detectado de forma precoz en el embarazo por médicos generales y ginecólogos de 2 maneras: promoviendo la realización de citología cervicovaginal para descartar enfermedad cervical invasora y haciéndose un diagnóstico clínico durante las visitas. El hallazgo de cáncer cervical sin un manejo oncológico adecuado impacta negativamente en la supervivencia de estas pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer de cérvix, embarazo, tratamiento.

**GPP-123**

# HERRAMIENTA ÚTIL EN RECONSTRUCCIÓN DE CÁNCER VULVAR: COLGAJO V-Y

**AUTOR(ES):** Suescún- Garay O (oscarsug@gmail.com teléfono: 3153719410), Rodríguez-Castillo JL, Aristizábal-Valencia CM, Vega-Ramírez DC, Grupo de Ginecología Oncológica
**INSTITUCIÓN:** Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá-Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de vulva representa el 4% de todas los canceres ginecológicos de los cuales el 90% son escamocelulares. Al servicio de Ginecología Oncológica de la institución llegan en su mayoría lesiones de gran volumen. La piedra angular del tratamiento es la resección radical vulvar del tumor, garantizando márgenes de al menos 1 cm y linfadenectomía inguinofemoral. En pacientes que no se puede lograr este margen por conservación de clítoris, uretra o ano, se puede optar por quimiorradioterapia o por realizar grandes escisiones.

En caso de vulvectomías con defectos importantes, el ginecólogo oncólogo cuenta con diferentes estrategias de reconstrucción. A continuación se describe la rotación y avance de colgajo fascio-cutaneo tipo V-Y.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El objetivo es describir el caso de una paciente con cáncer vulvar llevada a vulvectomía radical y reconstrucción con colgajo fascio-cutáneo V-Y. Se obtuvo consentimiento informado por parte de la paciente para el uso de imágenes e información de la historia clínica.
**CASO CLÍNICO:** Paciente de 87 años con carcinoma escamocelular vulvar estadio T1BN2MX con tumor de volumen de 8cm, y compromiso de línea media de clítoris, se llevó a cirugía debulking ganglionar inguinal más vulvectomía radical con margen de 1 cm, obteniendo defecto importante sin opción de cierre primario, por lo cual se opta por técnica quirúrgica de reconstrucción con colgajo V-Y así:

1. Marcación al evaluar defecto definitivo con base del triángulo en el borde del defecto cuya base no puede ser inferior a la altura
2. Disección de colgajo en V en cara interna del muslo derecho, se incide hasta la fascia y se diseca hacia medial en plano suprafascial garantizando integridad del pedículo
3. Transposición y avance del colgajo al defecto en vulva derecha, suturándose en la porción inferior de paredes vaginales y a la línea media del defecto en el monte de venus en su porción superior.
4. Cierre del área donante en muslo derecho mediante elevación y avance de colgajo local compuesto con sutura por planos con vicryl 2.0.
5. Cierre de colgajo existente en V en vulva derecha

Control postquirúrgico a los 15 y 30 días con evidencia de colgajo vital, sin signos de dehiscencia o infección. Pendiente inicio de radioterapia adyuvante regional inguinal, no candidata a quimioterapia por edad y comorbilidades (hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y dislipidemia).

**CONCLUSIÓN**

La cirugía es la piedra angular en el cáncer vulvar. El colgajo de avance V-Y se constituye la principal técnica de reconstrucción a la mano del ginecólogo oncólogo dada su versatilidad y resultados satisfactorios a mediano plazo tales como rápida curación, cicatrices ocultas dentro de pliegue cutáneo, menor estancia postquirúrgica y tasa de complicaciones (5-7).

**PALABRAS CLAVE**: cáncer vulvar, reconstrucción vulvar, colgajo fascio-cutáneo V-Y.

**GPP-125**

# CÁNCER DE ENDOMETRIO Y PULMÓN: ¿ENFERMEDAD METASTÁSICA O TUMORES SINCRÓNICOS?

**AUTORES:** Merchán-Jiménez A (medabel86@gmail.com, tel.: 3182269266) Cuesta-Roa L. Suescún-Garay O.

**INSTITUCIÓN:** E.S.E. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. Colombia

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de Tumores Malignos Primarios Múltiples (MPM) comprende solo el 1-6% de todas las neoplasias ginecológicas. Los tumores sincrónicos (o duales) son aquellos que surgen simultáneamente o dentro de 6 meses del diagnóstico del primer tumor; siendo más usuales entre ovario y endometrio (histología endometrioide) y también con cánceres de colon-recto y mama.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se reporta un caso que describe dos tumores sincrónicos primarios que afectan el endometrio y pulmón. Se realizó una búsqueda electrónica sistemática de la relación ya descrita de tumores duales en PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost, Ovid y documentos de estadística del Instituto Nacional de Cancerología.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 59 años, hipertensa controlada, g8p8v8, con diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio tipo endometrioide, FIGO 2, grado nuclear 2. IMC:28,4. Examen físico sin alteraciones, por probable estadio I se programó cirugía. En estudios prequirúrgicos, TAC abdomino-pélvico informa lesión nodular endometrial de 22mm hasta el OCI, sin compromiso del contorno uterino ni parametrios, TAC de tórax muestra nódulo basal derecho bilobulado sospechoso de 16x11mm.

A quien se realiza cirugía oncológica (sept/2017) por grupo de cirugía de tórax: toracoscopia con biopsia en cuña + toracostomía, seguido por ginecología: Histerectomía total + salpingooforectomía bilateral + protocolo de ganglio centinela bilateral por laparoscopia. Con diagnóstico patológico definitivo: Adenocarcinoma Endometrioide FIGO 2, grado nuclear 2, invasión miometrial 60%, sin ILV, compromiso de istmo y estroma cervical, sincrónico con adenocarcinoma invasor primario pulmonar de patrón lepídico y focos de diseminación intraalveolar. Se consideró tumor dual endometrio Estadio II/ Pulmonar Estadio IA1. Cirugía de tórax decide toracotomía 2 meses después con lobectomía basal derecha reportando bordes tumorales libres, actualmente en seguimiento. Desde el punto de vista ginecológico tratamiento adyuvante radioterapia pélvica.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El caso descrito representa tumores sincrónicos entre cáncer endometrial y pulmonar. La incidencia en Colombia para el cáncer endometrial es 3.6/100.000 y del cáncer pulmonar en mujeres de 6.6/100.000 con una mortalidad para cada uno de 0.8/100.000 y 6.8/100.000 mujeres. En la literatura revisada, se encontró solo un caso similar al nuestro. En contraste a esto los estudios con cohortes de seguimiento en pacientes tratadas con primario endometrial reportan la aparición de un segundo primario pulmonar en 0.4% casos (metacrónicos).

Para diagnosticar tumores sincrónicos, cada tumor debe representar una imagen definida de la malignidad, tener perfil inmunohistoquímico distinto y descartarse origen tumoral secundario, lo cual define una estrategia terapéutica diferente para cada tumor primario con un pronóstico favorable. Resaltando este caso de tumores duales por su rara aparición descrita en la literatura endometrio-pulmón, al excluirse compromiso secundario y la importancia del manejo multidisciplinario con resultados óptimos oncológicos en tumores sincrónicos.

**PALABRAS CLAVE**
Endometrial Carcinoma; Endometrioid Adenocarcinoma; Lung adenocarcinoma; Lung Cancer; Multiple Primary Neoplasms; Synchronous Neoplasm.

**GPP-126**

# ACERCA DEL SCHWANNOMA LIKE- VARIANTE HISTOLÓGICA DEL LEIOMIOMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Jimmy Castañeda Castañeda M.D. Médico Ginecólogo Especialista en Endoscopia Ginecológica y Medicina Reproductiva. Coordinador Cirugía Endoscópica Ginecológica Hospital Militar Central, Adriana del Pilar Fonseca Bonilla M.D. Residente III año Ginecología y Obstetricia Universidad Militar Nueva Granada. Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Introducción

Los leiomiomas se encuentran entre los neoplasmas más comunes, sin embargo poseen un amplio espectro de patrones celulares y grado de celularidad incluido el Schwannoma Like. Las características son lo suficientemente distintas para que la mayoría de estos tumores se reconozcan como uterinos, en lugar de gastrointestinales o de otro origen de músculo liso incluso cuando se ven fuera de contexto. Ocasionalmente al estudio histopatológico se toma una muestra de un tumor uterino que muestra microscópicamente en patrón rítmico de disposición nuclear con formación de cuerpos similares a Verocay que aparece como los del neurilemoma tipo Antoni A. Confiriendo patrones de neurilemoma tradicionales en los miomas uterinos, que a pesar de tener en términos generales un comportamiento benigno, una pequeña proporción son considerados malignos con potencial a metastizar.

Reporte del caso:

Paciente de 50 años con hemorragia uterina anormal y hallazgo ecográfico de gran mioma en cara anterior del útero, quien presento aumento uterino rápido asociado a dolor.

Los resultados histopatológicos mostraron lesión mesénquimal estructural con fibras musculares lisas, mitosis diversas con patrón de pseudoempalizada, de aspecto neuroide formando cuerpos de Verocay.

Tratamiento:

Se realiza inicialmente miomectomía por laparoscopia, y posteriormente ante resultado histopatológicos e inmunohistoquímica se realiza histerectomía + salpiguectomía por laparoscopia ante riesgo de recurrencia.

Reporte histopatológico: lesión mesénquimal estructural con fibras musculares lisas, mitosis diversas con patrón de pseudoempalizada, de aspecto neuroide formando cuerpos de Verocay. Se realizó inmunohistoquímica (KI67 S100, Actina, Desmina, H- CALDESMON), con resultado negativo para neoplasia y el manejo final por el riesgo de recurrencia fue histerectomía.

Resultados:

Actualmente paciente con tratamiento quirúrgico descrito, con adecuada evolución clínica y postoperatoria sin dolor pélvico.

Discusión:

Los leiomiomas se encuentran entre los neoplasmas más comunes de comportamiento benigno Sin embargo, existe un grupo heterogéneo de lesiones que tienen algunas, pero no todas, características de enfermedad maligna denominadas variantes de leiomioma. Las variantes de leiomioma se clasifican como benignas o malignas en función de las características histológicas y el comportamiento clínico. Algunas variantes de leiomiomas tienen hallazgos

histológicos que dificultan su definición como benignas o malignas (p. Ej., Tumores de músculo liso de potencial maligno incierto) de allí se crea la necesidad de demostrar el comportamiento de los mismos por el amplio espectro de patrones celulares y grado de celularidad, se considera entonces que el diagnóstico se apoya por medio de técnicas inmunohistoquímicas y de acuerdo con los hallazgos de microscopía electrónica. Los leiomiomas que simulan lesiones de la envoltura nerviosa no son infrecuentes en el tracto gastrointestinal donde se observan ambos patrones Antoni tipo A y B. Todos los informes de casos de patología indican que el schwannoma like de origen gastrointestinal es biológicamente benigno y que los pacientes tienen un excelente pronóstico después de su resección quirúrgica, no obstante, una pequeña proporción son considerados malignos con potencial a metastizar. Los Schwannomas tienen relativamente un crecimiento lento, pueden ser eliminados quirúrgicamente, pero pueden recidivar.

Palabras Clave: schwannoma like, leiomioma, neurilemoma Antoni tipo A.

# TRABAJOS PRESENTADOS A LAS MODALIDADES DE PRESENTACIÓN ORAL Y VIDEO QUE FUERON ACEPTADOS COMO POSTER

**OPO-1**

## CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN POBLACIÓN GESTANTE, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

**AUTORES:** Triana Reyes CA; Sarmiento OL; Sánchez Martínez YL; Camargo Lemos DM
**CONTACTO AUTOR PRINCIPAL:** ca.triana1283@uniandes.edu.co; 3224129209

**INSTITUCIÓN:** Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomiendan que las mujeres gestantes deberían realizar ejercicio de intensidad moderada o vigorosa por al menos 20 a 30 minutos al día en la mayoría de días de la semana mientras que la Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda que la población gestante debería realizar al menos 150 minutos a la semana de actividad aérobica moderada. El objetivo de este estudio es evaluar la adherencia a las recomendaciones de actividad física en las mujeres gestantes del mundo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus, ScienceDirect y Scielo el 01 de Marzo del 2017. Los términos de búsqueda empleados fueron (pregnant OR pregnancy) AND (physical activity) AND (recommendations OR guidelines) AND (national survey). Se emplearon estos términos en español e inglés. Fueron incluidas publicaciones de los últimos 10 años en inglés y español. Adicionalmente se incluyeron los resultados de la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015). Fueron incluidos estudios con representatividad nacional en los que se evaluaron niveles de actividad física en población gestante. Fueron excluidos aquellos estudios que tenían un grupo específico de gestantes (por alguna patología o condición como obesidad). En todos los estudios fue evaluada la metodología empleada para medir actividad física, el principal desenlace y su validez interna y externa.

**RESULTADOS:** La búsqueda arrojó 474 artículos de los cuales al final solo se seleccionaron 9 artículos que cumplían con criterios de inclusión y exclusión; además se incluyeron los resultados de la última Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015). Aunque todos los estudios seleccionados tenían muestras representativas a nivel nacional, sólo tres de estos estudios hacían parte de estudios poblacionales con diseño gubernamental. Ninguno de los estudios incluyó un cuestionario previamente validado en población gestante. El 60% de los estudios evaluaron la actividad física de acuerdo a recomendaciones internacionales. El cumplimiento de recomendaciones de actividad física en las gestantes colombianas fue consistente con resultados internacionales (36,3%) y en el mejor de los casos el 38% de las gestantes cumplía con las recomendaciones de actividad física (Dinamarca y Estados Unidos).

**CONCLUSIONES:** Desde la política pública es necesario generar intervenciones que favorezcan la realización de actividad física durante la gestación. Los tomadores de decisión deben incluir la medición de la actividad física en la población gestante como un componente en los estudios

nacionales. Investigaciones futuras deberían emplear métodos estandarizados de medición y desenlaces evaluados de la actividad física en la población gestante para garantizar su comparabilidad.

**PALABRAS CLAVE:** Actividad física, gestación, estudios nacionales, recomendaciones.

**OPO-4**

# ANCHO DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA COMO PREDICTOR DE PREECLAMPSIA SEVERA

**Trejos-Ramírez C (email ktrejos60@hotmail.com, teléfono 3502446872), Rodríguez-Ortiz J, Arreaza-Graterol M, Ramírez-Pescador F**
**Hospital Simón Bolívar, Bogotá D.C., Colombia**

**Introducción:**
La fisiopatología de la preeclampsia no está dilucidada por completo, diferentes índices plaquetarios dentro de los que se incluye el ancho de distribución plaquetaria (ADP) podrían ser utilizado para predecir la severidad en esta condición.

**Objetivo:**
Analizar el comportamiento del ADP en el desarrollo de severidad en preeclampsia en mujeres atendidas en la unidad de medicina materno-fetal del Hospital Simón Bolívar de Bogotá, Colombia.

**Materiales y métodos:**
Estudio de corte trasversal en 105 pacientes con trastorno hipertensivo asociado al embarazo, preeclampsia y preeclampsia severidad. Se analizó el papel del ADP en la predicción de severidad en las pacientes con preeclampsia.

**Resultados***:*
El ADP tuvo un ascenso significativo mayor en pacientes donde su progresión de enfermedad desarrollo características de severidad. En la curva de análisis ‘’Receiver Operating Characteristic’’ (ROC) el área bajo la curva para del ADP como predictor de severidad en la preeclampsia fue de 0.68

**Conclusión***:*
El ADP es un índice plaquetario que aumentó significativamente en las mujeres con preeclampsia con características de severidad. El ADP podría ser un marcador para la predicción de severidad de la preeclampsia.

**Palabras clave:**
Preeclampsia, toxemia, trastornos de las plaquetas sanguíneas.

**OPO-5**

# IMPACTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DIADA MADRE HIJO: UN APORTE DESDE LA VISITA DOMICILIARIA

*Cortes Gallego, MM ** Correa Suarez, GM
*mmcortes@uniquindio.edu.co -3152873619
Universidad del Quindío, Armenia- Colombia

**Introducción:**
El presente trabajo se dio como resultado del análisis de las situaciones encontradas en la práctica formativa de atención domiciliaria, perteneciente al espacio académico cuidado integral a la mujer gestante y al recién nacido; cátedra de cuarto semestre de un programa de Enfermería. Pretende describir la importancia de los servicios de salud a domicilio específicamente en la mujer en periodo de posparto y su recién nacido, con el objetivo de impactar en la salud de esta diada, a partir de la atención primaria en salud.

**Materiales y Métodos:**
Se realizó visita domiciliaria durante el posparto mediato, cita concertada previamente con la madre, el día previo se hizo llamada telefónica con el fin de recordar la visita agendada.
Posteriormente se desplazan al domicilio la docente con su grupo de estudiantes quienes con anterioridad tenían planeadas varias sesiones educativas, al momento de llegar al domicilio se le recuerda a la madre y a la familia el objetivo de la visita, se solicita permiso para ingreso y se da a conocer el objetivo expreso de forma escrita (consentimiento informado)
Se realizó el siguiente proceso enfermero con la madre y el recién nacido: Anamnesis, Valoración integral: (física, familiar, del entorno y emocional) haciendo uso de herramientas como: el familiograma, Apgar familiar, escala de depresión de Edinburgh.
Todo lo anterior es analizado a la luz del cuidado de enfermería para dar respuesta a las necesidades encontradas durante la visita.

**Resultados:**
Se encontraron mujeres en un rango de edad de 15- 25 años, unión libre, viviendo con los padres o padres del compañero, embarazo no planeado y aceptado, estrato socioeconómico 1,2,3. Se evidenció necesidad de información con respecto a los cuidados básicos del recién nacido, inclusive en aquellas mujeres que no eran madres por primera vez, siendo imperiosa la educación en temas como: lactancia materna, ya que conocen los beneficios pero no están suficientemente informadas sobre cómo realizar extracción, y almacenamiento de la leche; planificación familiar, ya que en su mayoría el método había fallado por lo que desconfiaban de él y en el momento de la visita no se encontraban planificando; al egreso de los centros hospitalarios, la mujer recibe múltiple información, de diversas personas y no se encuentra condensada en un solo documento, está en su mayoría es olvidada evidenciándose en la no asistencia a la cita de control posparto y primer control del recién nacido.

**Conclusión:**
La atención domiciliaria, aporta al cuidado un lado más humano, integra la familia con la madre y el niño, permite dar educación de forma personalizada, de acuerdo con el diagnóstico realizado, hace más consiente a la madre de su propio cuidado y necesidades sin descuidar el bienestar de su hijo y familia.

**Palabras Clave:** Periodo posparto, Recién nacido, Servicios de atención en salud a domicilio.

**OPO-7**

# INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO COMO DESENCADENANTE DE CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN DE MEDELLÍN.

Zuleta J, González L, Jiménez N y Álvarez, E.

Universidad de Antioquia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Medellín, Antioquia, Colombia.

**Introducción:** Caracterizar el proceso de inducción del trabajo de parto con el fin de indagar sobre los posibles factores que están influyendo en el aumento de la tasa de cesárea relacionados con la inducción del trabajo de parto.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo realizado en el HUSVF de Medellín, Colombia. Incluyó gestantes sin antecedente de cesárea, con embarazo único, a término y presentación cefálica, sometidas a inducción del trabajo de parto. Se solicitó el registro de todos los nacimientos en la institución durante el periodo de mayo 2015 a octubre 2016. Se revisaron todas las historias clínicas y se seleccionaron e ingresaron al estudio, quienes cumplieron los criterios de inclusión.
Se diseñó un formato que incluía las variables demográficas y clínicas. Variables como edad gestacional, indicación de la inducción, descripción de las características del cuello uterino al momento de la inducción, método usado para maduración cervical e inducción, uso de analgesia epidural, dosis máxima y dosis mínima empleadas de oxitocina, tipo de parto, indicación de la cesárea, APGAR y peso del recién nacido se tomaron directamente de lo registrado en la historia clínica por el médico tratante.
Este estudio contó con la aprobación del comité de ética del HUSVF.

**Resultados**: de 2402 nacimientos se seleccionaron 289 que cumplieron con los criterios de inclusión. La principal indicación de inducción fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con 42,2%. Se realizó medición objetiva del puntaje de Bishop antes de iniciar la inducción en 105 pacientes (36,3%) y el 72,2% de las que tenían cérvix desfavorable recibieron oxitocina como método de maduración cervical. De las 108 diagnosticadas como inducción fallida, 35 % tenían membranas rotas, 2,8% tenían registro de evaluación y modificación de la dosis de oxitocina de forma regular, 28,7 % presentaban buena actividad uterina y 82,4% dilatación <6. 138 (48%) mujeres terminaron su embarazo por cesárea y 108 (78.3%) de éstas fueron realizadas por diagnóstico de inducción fallida, 82.4% antes de alcanzar la fase activa del trabajo de parto, 61% sin permitir 24 horas de fase latente del trabajo de parto y en el 63,6% antes de 24 horas de inducción.

**Conclusión**: el exceso de cesáreas encontrada en las mujeres sometidas a inducción del trabajo de parto está relacionado con las fallas en proceso de inducción y el diagnóstico apresurado o errado de inducción fallida.

**Palabras clave**: inducción del trabajo de parto - Fallida – Cesárea.

**OPO-8**

## PREVALENCIA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN GESTANTES A SER INTERVENIDAS DE CESÁREA

Monterrosa-Castro A, Quintana-Guardo F.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La ansiedad preoperatoria se debe tener en cuenta puesto que incide en la recuperación posquirúrgica y en la convalecencia. El objetivo fue estimar la prevalencia del estado de ansiedad antes de operación cesárea.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal que hace parte de la línea de investigación "gestación". Se involucraron mujeres con embarazo de término que se encontraban en la sala pre-quirúrgica de la clínica Santa Cruz de Bocagrande en Cartagena, Colombia, para ser sometidas a cesárea programada o de urgencias. Participación anónima y voluntaria con llenado de consentimiento informado. Proyecto aprobado por comité de ética de la citada institución de salud. Una auxiliar de enfermería aplicó un formulario de características sociodemográficas y la versión en español de la escala "Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) instantes antes de pasar la paciente al quirófano, que permite identificar a mujeres con necesidad de información sobre la anestesia y ansiedad preoperatoria. Estudio realizado en el segundo semestre del 2017, hasta completar el tamaño de la muestra. El tamaño de la muestra fue estimada en 300 mujeres, se incrementó un 20% para compensar formularios mal diligenciados o incompletos. Se excluyeron las gestantes que no comprendieron la herramienta a utilizar. Se anularon los formularios incompletos. Se realizó modelo de regresión logística ajustada se estimó correlación (rho). Análisis con EPI-INFO-7.

**Resultados.** Se estudiaron 326 embarazadas, edad 28[24-35] años, 7.9% adolescentes, 24.2% primigestas, 67.1% sin aborto previo, 77.9% sin partos vaginales, 81.9% con cesárea anterior, 70.8% sin otros eventos quirúrgicos previos y 96.9% con embarazo único. El 45% de las participantes informó no estar de ningún modo preocupada por la anestesia, no tener contantemente la anestesia en la mente, no tener preocupación por el procedimiento o no tener el procedimiento constantemente en la mente. Solo el 3% informó que era mucha la preocupación por el procedimiento y la anestesia. Se estimó ansiedad preoperatoria en 9.2% [IC95%:6.5-12.8]. No deseaban más información sobre el procedimiento el 46.3% y no deseaban información sobre la anestesia el 43.5%. El 8.9% [IC95%:6.2-12.4] manifestó que era mucha su necesidad de información. Ninguna de las variables sociodemográfica cualitativas se comportó como asociada a necesidad de información o ansiedad ($p>0.05$). El número de familiares en sala de espera se correlacionó débil y negativamente con ansiedad, rho:-0.127 [IC95:-0.232 to -0.019], $p=0.02$.

**CONCLUSIONES:** En un grupo de gestantes residentes en el caribe colombiano a ser intervenidas de cesárea, el 9.2% presentaron ansiedad preoperatoria.

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Grupos étnicos; Climaterio; Sueño.

**OPO-9**

## FACTORES ASOCIADOS A BAJA FELICIDAD EN EMBARAZADAS AMBULATORIAS DE BAJO RIESGO

Galofre-Martínez M, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Introducción: Las personas que experimentan baja felicidad tienen poca adaptación a experiencias cotidianas y a situaciones sociales. No existen al parecer amplios estudios sobre la felicidad en mujeres gestantes colombianas, mirados desde los contextos obstétricos, los realizados se han centrado en las ciencias sociales. Es importante abordar estas mujeres para identificar situaciones biológicas o de diferente orden que pueden llevar a menor adaptación materno-neonatal. El objetivo fue estimar los factores asociados a baja felicidad en embarazadas de bajo riesgo.

**Metodología:** Estudio transversal realizado en gestantes saludables, ambulatorias, de cualquier edad gestacional, que asistieron a consulta externa prenatal en la clínica Santa Cruz de Bocagrande en Cartagena, Colombia. La participación fue anónima y voluntaria, previo consentimiento informado. Estudio realizado con aprobación ética institucional, llenaron un formulario de características sociodemográficas, escala de felicidad de Lima-Alarcón (establece cuatro dominios: sentido positivo de la vida, satisfacción con la vida, realización personal, alegría de vivir) y la escala de religiosidad de Francis. Se consideró baja felicidad puntuación ≤110 de la Escala de Lima, sus dominios se dicotomizaron de acuerdo con la mediana y mayor religiosidad a la puntuación sobre la mediana. Se realizó regresión logística no ajustada siendo variable dependiente felicidad y las características sociodemográficas las variables independientes. Se evaluó la asociación entre el estado nutricional, ajustado por la curva de P. Rosso y F. Mardones, con los dominios de la escala de Lima. Análisis con EPI-INFO-7. Tamaño de la muestra calculado acorde el volumen de consulta externa institucional y se incrementó un 20% para reemplazar formularios incompletos o mal diligenciados.

**Resultados.** Se estudiaron 450 mujeres Edad: 27.5±6.6 años, años de estudio 11.5±2.3, más de once años de estudios 47.3%. Edad gestacional 31.0±7.7. Multigestas: 74.5%. Alta felicidad: 68.8% [IC95%:64.4-72.9], baja felicidad: 31.1% [IC95%:27.0-35.5], $p<0.05$. Edad gestacional ≥21 semanas y mayor religiosidad fueron factores asociados a protección contra la baja felicidad e igual en todos los dominios ($p<0.05$). Sobrepeso fue factor de riesgo asociado a deterioro del sentido positivo de la vida OR: 1.89 [IC95%:1.11-3.23], poca satisfacción con la vida OR: 3.77 [IC95%:2.16-6.58], deficiente realización personal OR: 3.92 [IC95%:2.24-6.88], escasa alegría de vivir OR: 3.14 [IC95%:1.78-5.54] y baja felicidad OR: 3.33 [IC95%1.79-6.09].

**Conclusión:** El sobrepeso se asoció a tres veces baja felicidad, mientras que mayor religiosidad y edad gestacional a partir del segundo trimestre fueron protectores, en gestantes de una ciudad del caribe colombiano.

**Palabras Clave:** Felicidad; Embarazo; Sobrepeso.

**OPO-11**

**PREVALENCIA DE FELICIDAD EN GESTANTES RESIDENTES EN UNA CIUDAD DEL CARIBE COLOMBIANO.**

Hernández-Pinilla K, Galofre-Martínez M, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** la felicidad es un estado intelectual y emocional que puede influir en la forma de percibir y relacionarse con el entorno. Es un componente considerado desde las ciencias sociales pero poco mirado desde las ciencias clínicas y especialmente desde la obstétrica. Es importante conocer sobre el estado de felicidad de las gestantes. No se conocen estudios colombianos al respecto en población de gestantes que acuden a consulta prenatal ambulatoria. El objetivo fue establecer la prevalencia de alta/muy alta felicidad en gestantes saludables.

**Metodología:** Estudio transversal que hace parte de la línea de investigación "gestación" para la formación en investigación de estudiantes de pregrado de la Universidad de Cartagena, que cuenta con aval de esa institución de educación superior. Se incluyeron gestantes residentes en Cartagena, Colombia y asistentes a la consulta externa prenatal de la Clínica Santa Cruz de Bocagrande de todas las edades gestacionales. Fueron entrevistadas por estudiantes de medicina con un formulario de características sociodemográficas y la Escala de Felicidad de Lima (Alarcón) de 27 preguntas. A mayor puntuación mayor felicidad. Estudio anónimo, voluntario, con firma de consentimiento informado. Se estableció tamaño de muestra ajustada al volumen de consulta externa de dicha clínica. Se estimaron 420 participantes y se incrementaron 20% para compensar incompletos o mal diligenciados. Se incluyeron gestantes de todas las edades, el formulario se aplicó al salir de consulta con orden de manejo ambulatorio y considerado como actividad propia del control prenatal. Se excluyeron las que tenían dificultades de lectoescritura. Las mujeres podían retirarse si lo deseaban o dejar inconcluso. Análisis con EPI-INFO-7.

**Resultados:** Se estudiaron 450 mujeres. Edad: 27.5±6.6 años, adolescentes 11.7%, mestizas 94.4%, años de estudio 11.5±2.3, más de once años de estudios 47.3%, actualmente unidas 83.5%. Edad gestacional 31.0±7.7. Primigestas 25.5%. Estudiar y trabajar se redujeron ($p<0.05$), estudiar/trabajar se redujo sin significancia estadística y no hacer nada se incrementó con el embarazo ($p<0.05$). Al quedar embarazada 97.3% tuvo apoyo de la pareja y 3.1% pensó interrumpirlo. La mitad manifestó estar asustada por la gestación. La puntuación total de la Escala de Lima: 117.1±12, se estimó felicidad muy baja: 2.2%, baja: 1.7%, media: 27.1%, alta: 20.2% y muy alta: 48.8%. Se observó correlación positiva débil con edad rho: 0.047[-0.145 to 0.139], p=0.31; con edad gestacional, rho: 0.140[0.048 to 0.229], p=0.003 y con los años de estudio, rho: 0.082[-0.011 to 0.173], p=0.08.

**Conclusión:** felicidad alta/muy alta se estimó en siete de cada diez gestantes. Felicidad se correlacionó positiva y significativamente con la edad gestacional. Se deben diseñar estudios con otros alcances para identificar razones para felicidad baja/muy baja en el 4% de las gestantes estudiadas.

**Palabras Clave:** Embarazo; Felicidad; Satisfacción personal.

**OPO-12**

## FACTORES ASOCIADOS A NIVEL DE RESILIENCIA BAJO EN GESTANTE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

Ordosgoitia-Parra EA, Ulloque-Caamaño L, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** los adolescentes enfrentan cambios biológicos y fisiológicos que predisponen a embarazos, suponiendo una experiencia negativa en esta etapa de la vida. El afrontamiento, varía según el nivel de resiliencia y los factores que la determinan. Resiliencia, es la capacidad de superar daños por las adversidades y proyectarse al futuro; su bajo nivel, limita un afrontamiento positivo y el logro de una vida plena. El objetivo fue establecer los factores que se asocian a nivel de resiliencia bajo en gestante adolescentes.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal con análisis de casos y controles adelantado en 500 gestantes adolescentes que asistieron a control prenatal a la Clínica de Maternidad Rafael Calvo, estando en cualquier trimestre del embarazo. Fueron invitadas a participar por médicos generales, llenándose consentimiento informado por las adolescentes y su tutor. Criterios de inclusión: edad entre 10-19 años, aceptación de participación por el tutor y adolescente. Criterios de exclusión: no desear participar, tener limitación síquica, física o de lectoescritura que les impidiera diligenciar el instrumento. Se aplicó cuestionario con preguntas sociodemográficas personales y de la pareja, así como varias escalas validadas para identificar específicamente: “religiosidad”, “espiritualidad”, “familismo”, “funcionalidad familiar”, “violencia”, “felicidad subjetiva”, “autoestima” y “resiliencia”. Se estableció asociación con regresión logística obteniéndose OR ajustado, incluyendo todas las variables del estudio. Valor de P<0.05 fue significativo. El estudio obtuvo el aval del comité de ética de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia y pertenece a la línea de investigación “gestación”. Análisis con EPI-INFO-7.

**RESULTADOS:** Se entrevistaron 503 gestantes adolescentes, incluyéndose 499 para el análisis. 138 (27.7%) [IC95%:23.8-31.8] con resiliencia alta, 297 (59.5%) [IC95%:55.1-63.8] moderada y 64 (12.8%) [IC95%:10.1-16.2] baja, p<0.05. Puntuación escala de resiliencia 140[18]. Se constituyeron dos grupos: resiliencia alta/moderada y resiliencia baja, ambos con mediana de edad 17 años. Pertenecer a una familia disfuncional fue factor de riesgo para resiliencia baja OR: 3.9 [IC95%:2.0-7.4], p<0.001), poseer autoestima baja también fue factor de riesgo para resiliencia baja OR: 4.2 [IC95%:1.3-13.2], p=0,013). Por cada punto de más en la escala de perspectiva espiritual hay 0.049 menor riesgo de resiliencia baja, OR: 0.9 [IC95%:0.9-0.9], p<0.001. Estar en segundo trimestre de embarazo mostró 0.632 menos riesgo que estar en tercer trimestre, OR: 0.3 [IC95%:0.1-0,8], p=0,013. Por cada punto de más en la escala de familismo de Bardis había 0.079 menos riesgo de presentar resiliencia baja OR: 0.9 [IC95%:0.8-0.9], p<0,001 y por cada punto de más en la escala de felicidad subjetiva había 0.081 menos riesgo de tenerla, OR: 0.9 [IC95% 0.8-0.9], p=0.014.

**CONCLUSIONES:** Se observó alta prevalencia de nivel de resiliencia bajo en las adolescentes gestantes estudiadas. Familia disfuncional y baja autoestima fueron factores de riesgo, mientras que la felicidad y espiritualidad fueron protectores.

**PALABRAS CLAVE:** Resiliencia Psicológica; Embarazo; Adolescencia.

**OPO-13**

## PREVALENCIA DE DIABETES GESTACIONAL ENTRE DOS PROTOCOLOS DE TAMIZAJE EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE COSTO EFECTIVIDAD

Mónica Restrepo Moreno MD; Alejandro Colonia Toro MD. Universidad CES, Medellín, Colombia.

Introducción y Objetivos. Luego de la realización del estudio HAPO, algunos grupos, entre ellos la Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomiendan usar una carga oral de 75 gramos de glucosa, con el fin de diagnosticar mujeres con diabetes mellitus gestacional, que según los criterios anteriores presentaban valores de glicemia normales. Aunque se han realizado múltiples estudios con el fin de determinar cuál es la mejor estrategia diagnóstica, aún existen controversias. Los análisis de costo efectividad realizados al respecto son pocos y aún más cuando se trata de comparar dos pruebas de tamizaje ya que no se cuenta con un consenso internacional sobre cual prueba es la mejor, por lo que se hace necesario evaluar en nuestro contexto la evidencia disponible sobre estas pruebas de tamizaje para la toma de decisiones.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio de prevalencia transversal analítico, con análisis económico tipo costo efectividad. Donde se evaluaron los resultados perinatales y costos de la macrosomía, cesáreas, y preeclampsia. Se analizó desde la perspectiva del médico tratante y del tercero pagador.

Resultados. En total se analizaron 694 pacientes de las cuales 349 es decir el 50,3% de la muestra pertenecían a la EPS 1 y 345 que correspondía al 49,7% estaban afiliadas a la EPS 2. Se describieron las características sociodemográficas de cada una de las poblaciones encontrando que para el total de las gestantes el 6,1% presentaron diabetes mellitus gestacional. El mayor porcentaje de mujeres con diabetes mellitus gestacional se presentó en la EPS (1) con un total de 9,2% comparado con 2,9% lo cual fue estadísticamente significativo (p= 0,001). En total el protocolo 1 tuvo un costo de COP$308.913.920 y el protocolo 2 COP$292.090.600. El costo de las pacientes diabéticas fue para el protocolo 1 COP$61.742.720 y para el protocolo 2 COP$25.905.400. Después de analizar los costos se calculó la costo efectividad identificando todas las pacientes ingresadas a cada uno de los protocolos es decir 350 para el protocolo 1 y 345 para el protocolo 2, y se costearon cada una de las actividades desarrolladas en los ambos. En este estudio se identificó para el desenlace macrosomía, en el protocolo 1 una incidencia de 8,63% y una incidencia de 8,95% para el protocolo 2, al realizar el análisis de costo- efectividad se midió la efectividad como el porcentaje de casos de macrosomía evitados y se determinó que para disminuir el riesgo de un caso de macrosomía en la pacientes manejadas en la EPS (1,) el programa debe invertir alrededor de COP$52.572.875. Con una diferencia de costos de COP$16.823.230 y una diferencia de efectividad de 0,3%.

Conclusiones. En este estudio el protocolo 2 de dos pasos fue más costo efectivo para evitar desenlaces adversos como preeclampsia macrosomía y cesáreas respecto al protocolo 1, con un ICER de COP$ 568.846.349, COP$ 52.572.875 y COP$ 186.925.778 respectivamente.

**OPO-14**

## RESULTADO PERINATAL DE LA PATOLOGÍA PULMONAR FETAL CON RELACIÓN AL VOLUMEN PULMONAR MEDIDO CON RESONANCIA MAGNÉTICA FETAL

AUTORES: Molina- Giraldo S, Avellaneda- Salamanca A, López- Gómez A, Ortiz-Duarte F, Rojas-Arias J, Pinto-Quiñonez M.

INSTITUCIÓN: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – Hospital de San José de Bogotá. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Servicio Medicina Materno Fetal.

INTRODUCCIÓN El pronóstico en la patología pulmonar fetal está relacionado con el tamaño de la malformación pulmonar e hipoplasia pulmonar secundaria. El efecto de masa sobre el pulmón fetal produce una disminución en el volumen pulmonar fetal y una mayor probabilidad de desarrollar dificultad respiratoria durante el postparto. El objetivo de este trabajo es establecer los volúmenes pulmonares mediante resonancia magnética en pacientes con diagnóstico de malformación pulmonar y su asociación con morbimortalidad perinatal.

MATERIALES Y MÉTODOS Estudio de corte transversal analítico, con análisis retrospectivo de historia clínica de pacientes con malformación pulmonar entre 1 de julio de 2013 a 30 de junio de 2017, con medición de los volúmenes pulmonares en resonancia magnética. Comparación de medias con prueba t de student o anova. Se evaluó la asociación de mortalidad con las variables independientes indagadas, usando el modelo de regresión de cox. Se calculó el punto de corte de volumen pulmonar que permita identificar la mortalidad de los participantes mediante una Curva ROC

RESULTADOS 12 pacientes de 26 pacientes (46,1%) presentaron mortalidad. Se encontró un volumen pulmonar promedio en el grupo que presentó mortalidad de 19,7 $cm^3$ (IC 95% 12,1 – 27,3), vs 58,6 $cm^3$ en el grupo sin mortalidad (IC 95% 39,0 – 78,1) (p= 0.0010). Los volúmenes pulmonares promedio inferiores a 34,9 $cm^3$, se asociaron a mayor mortalidad.

CONCLUSIONES El resultado perinatal de la patología pulmonar fetal se relaciona con volumen pulmonar medido con Resonancia Nuclear Magnética Fetal, encontrando que los volúmenes pulmonares inferiores a 34,9 $cm^3$, se asociaron a mayor mortalidad.

PALABRAS CLAVE Enfermedades pulmonares, Mediciones del volumen pulmonar, Imagen por resonancia magnética, Mortalidad perinatal.

**OPO-16**

## CAUSAS DE MUERTE FETAL EN AUTOPSIAS REALIZADAS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2011 Y JUNIO DE 2017 (Bucaramanga- Colombia)

AUTORES: Sandoval-Martínez DK1, Orostegui-Pinilla DC2, Ortiz-Montañez LJ1, Álvarez-Ojeda OM1
email: kt_sandoval@hotmail.com cel:3006375516
INSTITUCIÓN: Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.
1Departamento de Patología
2Departamento de Ginecología y Obstetricia

Introducción y Objetivos. En Colombia muerte fetal se define como ausencia de fetocardia en embarazos mayores de 22 semanas o peso fetal > 500gr; definición variable entre países, lo que dificulta la comparación de estudios. Para el 2017, en nuestro país, se registraron 29388 muertes fetales, ocupando el sexto lugar en Latinoamérica. El estudio anatomopatológico del feto y la placenta son fundamentales para establecer la causa de la muerte fetal, con miras a prevención en próximas gestaciones. El objetivo de este estudio fue describir la causa de muerte fetal en hospital de tercer nivel entre Enero 2011 y Junio 2017.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de tipo serie de casos. Se incluyeron las autopsias perinatales (AP) realizadas en el Departamento de Patología de la Universidad Industrial de Santander(UIS)/Hospital Universitario de Santander (HUS) de la ciudad de Bucaramanga-Colombia de pacientes con edad gestacional mayor de 22 semanas con diagnóstico de MF, se analizaron un total de 972AP, se obtuvieron 295 casos que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la determinación de las causas primarias de MF se siguió la clasificación propuesta por Ovalle en 2005

Resultados. De los 295 casos evaluados, 157 (53.2%) tenían entre 22 y 27.6 semanas, 102 entre 28-36.6sem (35.6%), 36 casos >36 sem (12.2%); 136 casos (46%) la causa de la MF fue por hipoxia fetal extrínseca (21% de origen placentario, 19.3% por enfermedad materna y 5.8% por patología del cordón), 92 casos (31%) por infección intraamniótica ascendente (IAA), 41 casos (14%) secundaria a malformación congénita, 3 casos (1%) por hidrops inmune, 6 casos (2%) Por eventos adversos relacionados con la atención obstétrica, y en 17 casos (6%) no se pudo determinar la causa de la muerte fetal

Conclusiones. 1. La causa más frecuente (113 casos-38.3%) está relacionada con proceso infeccioso (IAA 31.2% + TORCH∞ 6.1% + sepsis materna 1%) 2. 77 de los casos (26.2%) la causa de muerte puede ser atribuida como “intervenible” durante el control de la gestación (THAE, Diabetes, trasfusión feto—feto, placenta previa, etc) 3. 58 casos (19.8%) la causa de muerte es considera como “no intervenible” durante el control de la gestación (Accidentes del cordón 5.8% + malformaciones congénitas 14%) 4. Los 3 casos en los que la sepsis materna fue la determinante de la muerte fetal (meningococcemia, TBC y dengue) no estuvieron relacionados con las causas comunes de sepsis durante la gestación (ITU y foco pulmonar) 5. 10.2% de las muertes (30 casos) la causa de muerte fue atribuida a insuficiencia placentaria no relacionada con otros hallazgos 6. La determinación de la causa de MF a través de la autopsia constituye un pilar importante en determinar factores de riesgo para futuros embarazos, hacer más estrictos

los procesos de control prenatal y blindar el actuar medico ante posibles procesos legales ∞incluye 3 casos de infección por ZIKA.

Palabras Clave: óbito, muerte fetal, autopsia.

**OPO-17**

## VARIACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES DE BAJO RIESGO

AUTORES: Oróstegui-Pinilla DC, Guarín-Serrano R, Pinilla-Santos CI, Díaz-Martínez LA.

INSTITUCIÓN: Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La gestación implica cambios físicos y psicológicos que impactan en la sexualidad de la gestante y su pareja, pudiendo generar o incrementar hasta 3 veces las disfunciones sexuales preexistentes. La importancia de reconocer la disfunción sexual en esta población radica en el hecho de que el 60% de las mujeres consideran que una adecuada respuesta sexual hace parte del concepto de calidad de vida.
El objetivo de este estudio fue establecer si el embarazo modificaba la prevalencia o severidad de la disfunción sexual en gestantes de bajo riesgo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte de gestantes de bajo riesgo atendidas en los centros de salud de Girón, Santander. Todas las pacientes dieron su consentimiento informado por escrito. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Industrial de Santander. Todas diligenciaron el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) durante cada trimestre de la gestación; en la entrevista del primer trimestre también lo diligenciaron respecto a su sexualidad en el mes inmediatamente anterior al conocer que estaban embarazas. El análisis se hizo por medio de pruebas condicionales (de Wilcoxon para la prevalencia de disfunción sexual y t de student pareada para el puntaje del FSFI).
RESULTADOS: Se captaron 33 pacientes, 4 fueron excluidas por convertirse en gestaciones de alto riesgo luego del segundo trimestre de embarazo. Las 29 pacientes incluidas tenían entre 18 y 34 años (media 23.1 años); 20 (67.0%) eran amas de casa; 28 (96.5%) convivían con su pareja; 22 (75,8%) eran de nivel socioeconómico bajo y las demás medio; 20 (67.0%) eran primigestantes. El puntaje medio total del FSFI previo al embarazo fue de 27.8 (IC95% 24.8 a 30.9), para el primer trimestre de 22.3 (IC95% 19.3 a 25.3), para el segundo de 25.4 (IC95% 23.0 a 27.7) y para el tercer trimestre de 23.4 (IC95% 21.3 a 25.6). Las diferencias son estadísticamente significativas entre el puntaje pregestacional frente al del primer trimestre ($p=0.004$) y el tercer trimestre ($p=0.035$), pero no con el segundo ($p=0.254$). Un total de 7 (24.1%) pacientes tenían disfunción sexual antes del embarazo, proporción que pasa a 69.0% en el primer trimestre, a 58.6% en el segundo y a 69.0% en el tercero; estas diferencias son significativas cuando se compara con la prevalencia pregestacional (vs trimestre 1, $p<0.001$; vs trimestre 2, $p=0.018$; vs trimestre 3, $p=0.003$).
CONCLUSIONES: Durante el curso de los embarazos de bajo riesgo, la función sexual femenina se ve comprometida, ya que aumenta la prevalencia de disfunción y se deteriora el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina que la evalúa. Estos hallazgos son consistentes con lo registrado en otras latitudes, incluyendo Latinoamérica.

PALABRAS CLAVE: Disfunción sexual femenina, Embarazo, Índice de Función Sexual Femenina.

**OPO-18**

# DESENLACES PERINATALES DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA GRAVE EN SEMANA 24 A 34 DE GESTACIÓN: COMPARACIÓN DE 2 PROTOCOLOS DE MANEJO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL BOGOTÁ COLOMBIA

**AUTOR (ES)**
Martínez - Díaz R
E – mail: rodolfo.martinezmd@javeriana.edu.co
Teléfono: 3213145683
Buitrago - Flechas S
Parra – Linares A
Bustamante – Barros J

**INTRODUCCIÓN/OBJETIVO:** Determinar los desenlaces perinatales de las gestantes con pre eclampsia severa lejos del término que recibieron uno de dos manejos: intervención vs manejo expectante, en el Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá Colombia.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional analítico para evaluar los desenlaces maternos, fetales y perinatales de las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia severa, entre las semanas 24 y 34 de gestación que recibieron manejo según el protocolo institucional entre Mayo de 2013 y diciembre de 2015. Se incluyeron un total de 84 pacientes. Se analizaron 84 pacientes (5 de ellas con embarazos gemelares) y 89 neonatos. Se organizó una base de datos a partir de la revisión de las historias clínicas, diligenciando un instrumento de recolección de datos, el cual se analizó mediante la construcción de tablas dinámicas en Excel 2013 y mediante pruebas de significancia estadística. La presente investigación fue autorizada por el *Comité de Ética* e investigación del Hospital San Ignacio.

**RESULTADOS:** Los resultados de éste estudio arrojaron un promedio de manejo expectante de 10 días; un tiempo promedio similar al reportado en otros estudios. En relación con las complicaciones maternas, se registraron 3 casos de eclampsia; dos de ellos correspondientes a pacientes en el grupo de manejo intervencionista y uno en el grupo de manejo expectante. Se presentaron dos casos de abruptio de placenta; uno en el grupo de manejo intervencionista y otro en el grupo de manejo expectante y se presentaron 18 casos de Síndrome Hellp; 15 de ellos en el grupo de manejo intervencionista y los 3 restantes en el grupo de manejo expectante. La edad gestacional promedio a la cual se diagnosticó preeclampsia fue de 30 semanas 1 día. Respecto a los desenlaces perinatales el promedio de Apgar y el Ballard de los recién nacidos tanto en el grupo de manejo expectante como en el grupo de manejo intervencionista fue similar. El promedio de peso en el grupo de recién nacidos con manejo expectante fue menor. El promedio de días de hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo fue similar para ambos grupos. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto al desarrollo de enterocolitis necrotizante, hemorragia Intraventricular o síndrome de dificultad respiratoria en el grupo de manejo expectante comparado con el grupo de manejo intervencionista; tampoco se presentaron diferencias en cuento a muerte neonatal.

**CONCLUSIONES:** El manejo expectante como lo plantea el grupo de medicina perinatal del Hospital San Ignacio es una opción segura para las maternas y para los fetos; no obstante por los hallazgos de éste estudio el manejo expectante no mejora los desenlaces perinatales de las gestantes con pre eclampsia grave con edad gestacional entre 24 y 34 semanas y si podría

incrementar los costos en salud sin representar un beneficio estadísticamente significativo para los recién nacidos producto de éstas gestaciones.

**PALABRAS CLAVE:** “Pre eclampsia”, “embarazo”, “manejo expectante”.

**OPO-20**

# ASOCIACIÓN ENTRE TRAUMA PERINEAL Y PERÍMETRO CEFÁLICO ≥ 35 CM EN GESTANTES NULIPARAS CON EMBARAZO A TÉRMINO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

Pinzón. Cristhian 1, Toro. Angélica María 2, Lasalvia. Pieralessandro 3. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá.

Introducción y Objetivos. El trauma perineal se ha convertido en una de las patologías femeninas que más atención ha generado durante los últimos 20 años. La prevalencia del trauma perineal aproximada del 85 % durante el trabajo de parto vaginal, de los cuales aproximadamente el 65% de estas requiere algún tipo de corrección. Hay factores de riesgo modificables en la práctica obstétrica para disminuir la incidencia de estos evento, como por ejemplo el uso de episiotomía y el parto instrumentado, Los factores de riesgo más relevantes para el desarrollo del trauma perineal. Aproximadamente 30 a 50 % de las mujeres con lesiones del esfínter anal presentan síntomas como incontinencia fecal, dispareunia, dolor perineal o urgencia fecal Objetivo: Establecer principalmente la asociación entre el trauma perineal y el perímetro cefálico del recién nacido ≥ 35 cm en gestantes nulíparas con embarazos a término que tuvieron parto vaginal en el hospital universitarios San Ignacio y adicionalmente su relación con la edad materna y el peso del recién nacido al nacimiento.

Materiales y métodos. Se revisaron todas las pacientes nulíparas a quien se diagnosticó embarazo a término (≥ 37 semanas), que tuvieron trabajo de parto vaginal en el hospital universitario san Ignacio a partir del 1 de agosto del 2014 al 31 de julio del 2016. Se realizó el análisis estadístico de los factores de riesgo principales: Perímetro cefálico, Edad Materna, Peso del recién nacido y su relación con trauma perineal.

Resultados. La estimación de OR univariado (PC ≥ 35 cm) muestra que, en las tres formas de evaluar desgarros, Se observó la tendencia que sugiere asociación entre el PC y desgarro perineal (OR > 1), pero no se observó significancia estadística en dichos resultados OR 1.823 (0.964 - 3.449) P 0.0619. En el análisis multivariado la situación fue diferente, cuando se evaluó el grupo de cualquier grupo de desgarro se observó que el PC ≥ 35 cm OR 2.399 (1.132 - 5.085) P 0.0217 y el parto instrumentado OR 2.499 (1.309 - 4.772) P 0.0053 son factores de riesgo para desgarro perineal, mientras que la episiotomía es un factor protector. El único factor que se asocia de forma significativa con grados III y IV de desgarro es el peso fetal superior a 3500 gr respectivamente OR 3.826 (1.488 - 9.836) P 0.0051.

Conclusiones. Se observó que el PC ≥ 35 cm como única variable no se asoció de forma estadísticamente significativa al desgarro perineal. Cabe destacar que el parto instrumentado continúa siendo un factor de riesgo en general para el trauma perineal y el peso del recién nacido ≥ 3500g fue un factor de riesgo para desgarros severos (III y IV). Se observó que la episiotomía fue un factor protector para el desenlace de este tipo de lesión.

Palabras Clave: Trauma perineal; Nulíparas; Perímetro cefálico; Factores de riesgo; Episiotomía, Complicaciones del trabajo de parto; Desgarro Perineal, Parto Vaginal.

**OPO-23**

# FRECUENCIA DE DIABETES MELLITUS EN GESTANTES. COHORTE PROSPECTIVA. ARMENIA COLOMBIA, 2015 – 2016.

**Londoño-Franco AL, Ramírez-Aristizabal RA, Ruiz-Hoyos BM.**
**Correo: bruiz58@yahoo.com.mx**
**Celular: 3157559380**

**INSTITUCIÓN:** Universidad del Quindío. Armenia Quindío, Colombia.

**INTRODUCCIÓN**: En Colombia, la *Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diabetes gestacional*, en 2016, recomienda prueba de tolerancia a la glucosa (CTG) con 75 gramos, en semanas 24-28, umbrales diagnósticos: ayunas ≥92, 1 hora ≥180 y 2 horas ≥153 mg/dl.
**OBJETIVO:** Estimar prevalencia de Diabetes Manifiesta en primer trimestre, e incidencia de DMG en semanas 24-28, y explorar relación con factores de riesgo y resultados del embarazo en gestantes de Armenia.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio longitudinal, prospectivo, gestantes que consultaron Control Prenatal (CPN) con ≤14 semanas, centro de atención primer nivel Redsalud-Armenia. Inclusión: >15 años, ≤14 semanas, consentimiento informado, exclusión: hipertensión, diabetes y/o condiciones que afectaran HbA1c. Muestra 249 pacientes. Captación de participantes y, previo consentimiento informado, muestras de laboratorio e información básica; resultados de laboratorio y examen físico, asi como evolucion subsiguiente, obtenidos por investigadores revisando historia clínica hasta finalizar embarazo.
**Variables:** glicemia y HbA1c, CTG, otras: edad, IMC, aumento de peso materno, peso neonatal, preeclampsia, cesárea primaria (no iterativa), macrosomía (neonato ≥4000 gramos). Diabetes Manifiesta: HbA1c ≥6,5% confirmada o glicemia ≥126 mg/dl. Resultados adversos: preeclampsia, cesárea primaria y macrosomía.
**Procedimiento**: muestras para glicemia y HbA1c, procesamiento: glucosa en centro de atención, HbA1c en laboratorio externo, prueba estandarizada D-10-™ Hemoglobin A1c Program). Si HbA1c ≥6,5%, segunda muestra confirmatoria. CTG con 75 gramos semanas 24-28, muestras: ayunas, una y dos horas post carga, umbrales: ayunas 92, una hora 180 y 2 horas 153 mg/dl, un valor alterado confirmaba DMG. Pacientes con resultados anormales (glicemia, HbA1c, CTG) ingresaban al protocolo de alto riesgo; los investigadores no participaron en la atención. Investigación aprobada por Comité de Bioética Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Quindío, firmado consentimiento informado y confidencialidad garantizada. Información procesada y analizada con SPSS versión 19.0; se calcularon medidas de asociación no causal.

**RESULTADOS:** Ingresaron 372 gestantes, desertaron 36 y 44 abortaron. Glicemia 82,7 mg/dl (IC 95% 81,7- 83,6). Glicemia >126 mg/dl dos casos. HbA1c 5,11% (IC 95% 5,06-5,17). HbA1c >6,5% confirmada en dos casos. De 256 que se realizaron CTG, 12 tuvieron algún resultado anormal. En 284 hubo seguimiento hasta el parto. No hubo relación entre HbA1c y glicemia o CTG alterada, tampoco con resultados adversos. En pacientes con HbA1c ≥ 6%, mayor frecuencia de CTG anormal y macrosomia. Mayor peso en último CPN en pacientes con CTG alterada (77,5 vs 69,4 kg): ***p* 0,02**. El IMC ≥25 se asoció a CTG alterada.
**CONCLUSIONES:** Prevalencia de Diabetes Manifiesta en primer trimestre: **0,53% (2/372)**. Incidencia de DMG según CTG: **4,7%** (**12/256**). No relación entre HbA1c, glicemia o CTG y

resultados adversos. Relación significativa entre peso promedio en último control y resultado anormal de la CTG, así como mayor incidencia de IMC ≥ 25 en pacientes con CTG anormal.
**PALABRAS CLAVE:** Hemoglobina glicosilada, diabetes gestacional.

**OPO-28**

# NEURODESARROLLO AL AÑO DE VIDA EN LACTANTES SIN MICROCEFALIA EXPUESTOS *IN ÚTERO* AL VIRUS ZIKA. UN INFOME PREMILIMAR DESDE LA INICIATIVA ZEN, BUCARAMANGA

**AUTORES:** Díaz-Martínez LA (ladimar@uis.edu.co; 3153785059), Pinilla LS (stellapinilla@gmail.com), Goyeneche JC (cata390@gmail.com), Pérez LA (lperezvera@hotmail.com), Rojas MA (mario.augusto.rojas@gmail.com), a nombre de los miembros de la Iniciativa ZEN (iniciativa.zen@uis.edu.co).
**INSTITUCIÓN**: Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander; Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** Dado el neurotropismo del virus Zika (VZ), se plantea la probabilidad de que este produce alteraciones en el neurodesarrollo en lactantes expuestos in útero, pero sin lesiones estructurales. Este informe presenta la valoración del neurodesarrollo al año de vida de 101 lactantes pertenecientes a la Iniciativa ZEN (www.clinicaltrials.gov, NCT02943304).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** A Julio/2017 se captaron 262 gestantes con sospecha de VZ; tres fueron pérdida gestacional y 260 nacieron, 17 que fallecieron luego en la primera semana de vida. A febrero 28 de 2018, se han evaluado 101 hijos sin microcefalia con los cinco dominios de la Escala de Desarrollo Infantil de Bayley III: Motricidad, Lenguaje, Cognición, Socioemocional y Adaptativo. El puntaje se estandariza a percentiles (P) según edad gestacional y cronológica; cada dominio se considera adecuado si P≥26. La confirmación etiológica de la infección por VZ se hizo por PCR, generando cuatro grupos según el resultado materno y neonatal: confirmado (neonato positivo), probable (positiva la madre, pero negativo o no disponible en el neonato), sospechoso (no disponible en madre y neonato), y descartado (negativa en ambos).

**RESULTADOS:** De 101 lactantes estudiados, la infección por VZ fue confirmada en 8 (10.8%) y en 7 (6.5%) descartada; 43 (34.5%) son casos probables y 43 (48.2%) sospechosos. Al año de vida, 28 (18.7%) tenía motricidad inadecuada: ninguno de los descartados, 2/8 (25.0%) confirmados, 7/43 (16.3%) probables y 9/43 (20.9%) de los sospechosos; la probabilidad de error tipo I al comparar esta proporción frente al grupo de infección descartada de los otros tres grupos es de 0.155 vs los confirmados, <0.001 vs los probables y 0.181 vs los sospechosos. A su vez, se encontró comportamiento socioemocional no adecuado diferencial en 3/7 (42.9%) de los descartados, en 4/8 (50.0%) de los confirmados, en 8/43 (18.6%) de los probables y en 9/43 (20.9%) de los sospechosos (valores de p=0.782, 0.027 y 0.208, respectivamente). No se encontraron diferencias en los otros tres dominios evaluados.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de la debilidad en la confirmación de la infección por VZ en madres e hijos, hay un exceso de lactantes con motricidad no adecuada al año de vida entre los tres grupos de certeza diagnóstica frente al de pacientes en quienes se descartó la infección (lo que ya se había detectado en la valoración de motricidad a los seis meses). Así, se encuentra evidencia provisional que soporta de hipótesis de que los lactantes expuestos prenatalmente al VZ, pero sin microcefalia, pueden tener compromiso sutil más allá de la no existencia de microcefalia, hecho que será posible confirmar o descartar en la medida que más pacientes lleguen al año de vida y todos crezcan a hasta los dos años de vida, cuando la maduración podría hacer visibles compromisos en lenguaje o las esferas cognitivas.
**PALABRAS CLAVE:** Infección por el virus Zika, Trastornos del neurodesarrollo, microcefalia.

**OPO-30**

# EL CASO DE UN SÍNDROME EN ESPEJO CON MIOCARDITIS Y MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA EN LA MADRE Y EL FETO. ¿UNA NUEVA CAUSA?

**AUTORES:** Flórez Ana[1], Velásquez Jesús[1,2], Muñoz Edison[1,2], Gándara Jairo,[1,2] Flórez Juan Pablo[2] , Holguín Erika

**INSTITUCIÓN:** [1]Universidad de Antioquia, [2]Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

**INTRODUCCIÓN**:
En 1892, John Ballantyne demostró una asociación entre el edema materno, placentario y el hidrops fetal, describiendo el síndrome en espejo (SE). Su etiología es desconocida. La mayoría de los casos son por isoinmunización Rhesus. La miocardiopatía no compactada (MNC) o espongiforme, es una falla del desarrollo del miocardio durante la embriogénesis, se caracteriza por hipertrabeculación (no se produce la compactación normal), afecta principalmente a los ventrículos, se presenta como falla cardiaca, arritmias y/o tromboembolismo. Presentamos el caso de un binomio madre-hijo, con SE, en quienes se demostró MNC. Se realizó búsqueda en la literatura de casos similares.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:**
Primigestante de 16 años, 33 semanas, Rh positivo, remitida por macrosomía (>P97) e hidrops fetal: polihidramnios, ascitis; cardiopatía fetal: válvula tricúspide displásica, con insuficiencia severa, dilatación de la aurícula derecha, ductus con aumento de la pulsatilidad en relación con falla cardiaca. Dos días después del ingreso la paciente inicia con edema, disnea, hipoxemia y congestión pulmonar por lo que se le realizó ecocardiografía: hipoquinesia global, cavidades izquierdas dilatadas, FEVI 44%, insuficiencia mitral y tricúspidea severas. Se clasificó riesgo OMS modificado IV. Se consideró mal pronóstico fetal, por lo que se inició manejo de falla cardiaca con furosemida 40 mg IV cada 4 horas. Ante el mal pronóstico fetal y postnatal se decidió inducción de parto. 48 horas después con mejoría de edemas y disnea, y ante fracaso en la inducción se decidió cesárea, la cual se realizó sin complicaciones. Se obtuvo feto vivo, femenino de 2200 gr, apgar 7-9 sin signos de hidrops, polihidramnios. La RNM cardiaca materna evidenció criptas endomiocárdicas y signos de no compactación, miocarditis aguda, sin fibrosis. La RNM cardiaca neonatal, mostró los mismos hallazgos con excepción de miocarditis. La madre y la RN fueron dadas de alta en buenas condiciones y se vincularon a seguimiento por cardiología.

**MATERIALES Y MÉTODOS:**
Se revisaron la historia clínica y las imágenes diagnósticas, se tomaron las precauciones éticas. Se realizó búsqueda en pubmed y embase con los términos: “Left ventricular non compaction” “mirror syndrome” “pregnancy”, sin límite de tiempo ni idioma. Se buscaron revisiones, reportes de caso.

**RESULTADOS:**
Se encontró el reporte de 16 casos de MNC en embarazo, en ninguno de ellos se describieron hallazgos fetales. Se encontraron dos revisiones sistemáticas de síndrome en espejo y no se identificó la MNC como causante. Se identificó un reporte de caso, en los que se documentó MNC tanto en la madre como en el recién nacido, pero sin síndrome en espejo

**CONCLUSIÓN:**
Este el primer caso reportado de síndrome en espejo por MNC, desencadenado por miocarditis materna. El manejo multidisciplinario y el tratamiento diurético fueron determinantes para el desenlace favorable.

**PALABRAS CLAVE:**
Síndrome en espejo, miocardiopatía no compactada.

**OPO-38**

## EL EXCESO DE ACTIVACIÓN DEL COMPLEMENTO SE RELACIONA CON LA APARICIÓN DE DESENLACES ADVERSOS MATERNOS, PERINATALES Y NEONATALES EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

**AUTORES:**
Velásquez Jesús[1,2,], Burwick Richard[3,7], Gómez Ana[1], Lenis Viviana1, Echeverry Sandra[4], Tolosa Jorge[1,6,7]
**INSTITUCIÓN:** Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente Fundación, Cedars-Sinai Medical Center, Laboratorio-Sanitas, NACER-UdeA, Oregon Health-Science University, FUNDAREDMATERNA

**INTRODUCCIÓN:** el exceso de activación del complemento, por medio de la fracción terminal del complemento C5b-9, forma un complejo de ataque lítico a las membranas celulares, mediando el daño a los órganos, se encuentra más elevado en gestantes con cualquier trastorno hipertensivo (THAE) que en aquellas sin hipertensión. Es necesario evaluar si el exceso de actividad de C5b-9 en THAE se relaciona con desenlaces adversos maternos, perinatales y neonatales.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se midieron los niveles de C5b-9 en orina y plasma de mujeres con trastorno hipertensivo asociado al embarazo (THAE) en el proyecto **COPA** (**CO**mplemento y **P**reeclampsia en las **A**méricas), estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en 6 centros y 3 ciudades de Colombia (Bogotá, Cartagena y Medellín; Noviembre /15-Julio /16) con aprobación de los comités de ética, pareado por edad gestacional (<o> 34 semanas) y por clasificación de los 4 subgrupos de THAE (criterios ACOG). El poder de significancia de COPA se calculó con 100 pacientes con preeclampsia grave (PEG). C5b-9 fue analizado por personal entrenado y medido por técnica de inmunoensayo por ELISA (Human C5b-9 ELISA, BD Biosciences), en un laboratorio central, con autoanalizador DSX, mediante procedimientos altamente estandarizados desde la recolección de las muestras hasta el análisis final. Los desenlaces maternos (eclampsia, edema pulmonar, abrupcio de placenta, disfunción renal, disfunción hepática) y los neonatales (parto pretérmino, apgar < 7 a los 5 minutos, ingreso a UCI, dificultad respiratoria) se evaluaron individualmente y como compuestos y se estratificaron en quartiles (Q1-Q4), según niveles de C5b-9 tanto plasmáticos (pC5b-9) como urinarios (uC5b-9). Los datos se analizaron mediante Chi-cuadrado, t-test y regresión logística.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 293 mujeres: hipertensión crónica (n=42), hipertensión gestacional (n=92), preeclampsia no grave (58), PEG (n=101). El desenlace adverso materno compuesto fue más frecuente con los niveles más bajos de pC5b-9 (Q1, <1443 ng/ml), más evidente para aquellas de más de 34 semanas (OR 2.93, 95% CI 1.0-8.6, p=0.05). El parto pretérmino (PP) fue más frecuente con niveles más bajos de pC5b-9, comparado con las de término (PP, 2870 ± 1904 vs. term, 3572 ± 2262 ng/ml, p=0.006). Los desenlaces adversos maternos, perinatales y neonatales, fueron más frecuentes con los niveles más elevados de uC5b-9 (Q4, >8.49 ng/ml), predominantemente la disfunción renal (OR 3.0, 95%CI 1.1-8.4, p=0.036) y el PP (OR 2.0, 95% CI 1.2-3.5, p=0.01).

**CONCLUSIÓN:** Un patrón de activación de complemento (bajo pC5B-9 y alto uC5b-9) se asocia con desenlaces maternos, perinatales y neonatales adversos en gestantes con THAE, hallazgo que se describe por primera vez en la literatura. Posiblemente la hiperactivación del complemento favorezca el daño renal y la depleción plasmática de la fracción terminal del complemento, contribuyendo con la aparición de complicaciones.

**OPO-52**

# LA DETERMINACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DEL COMPLEMENTO EN PLASMA Y ORINA MEJORA LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE PREECLAMPSIA GRAVE CON DISFUNCIÓN ORGÁNICA

Catalina M. Valencia[1,2,] Richard M. Burwick[2,3,4,] Francisco Edna-Estrada[2,5,] Jaime L. Silva[2,6,] Nataly González[5], Jorge E. Tolosa[2,3,6]

[1]Clínica Colsanitas S.A, Bogotá, Colombia, [2]FUNDARED-MATERNA, Bogotá, Colombia, [3]Oregon Health & Science University, Department of Obstetrics & Gynecology, Division of Maternal Fetal Medicine, Portland, OR, [4]Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, [5]ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo- Grupo de Investigación Maternidad Segura, Cartagena, Colombia. 6Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, [6]Universidad de Antioquia, Departamento de Obstetricia y Ginecología; NACER Salud Sexual y Reproductiva, Medellín, Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** El diagnóstico de lesión de órgano en preeclampsia según los parámetros convencionales puede ser muy tardío, por lo que se necesitan marcadores que proporcionen un diagnóstico más preciso y oportuno de preeclampsia grave (PEG). Se ha encontrado que el exceso de activación del complemento, mediado por la facción terminal C5b-9 (que conforma un complejo lítico de ataque a membranas celulares) interviene en el daño renal, hepático y hematológico que caracteriza la enfermedad grave. Se busca evaluar si los niveles de C5b-9, medidos en orina y plasma, se relacionan con la alteración de los parámetros de laboratorio usados rutinariamente para evidenciar lesión de órgano en preeclampsia.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se midieron los niveles de C5b-9 en orina y plasma de mujeres con trastorno hipertensivo asociado al embarazo (THAE) en el proyecto COPA (Complemento y Preeclampsia en las Américas), estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en 6 centros y 3 ciudades de Colombia (Bogotá, Cartagena y Medellín; noviembre /15-Julio /16) con aprobación de los comités de ética. Las pacientes se asignaron a uno de los cuatro grupos de clasificación de THAE, pareados por edad gestacional (<o> 34 semanas) y diagnostico (criterios ACOG): 1. Hipertensión crónica (HTC); 2. Hipertensión Gestacional (HTG); 3. Preeclampsia no grave (PE) y; 4. PE grave (PEG). El poder de significancia de COPA se calculó con 100 pacientes con PEG. Los datos clínicos y las muestras de sangre y orina fueron recolectados por coordinadores entrenados y la fracción C5b-9 fue analizado por técnica de inmunoensayo ELISA (Human C5b-9 ELISA, BD Biosciences). Las pruebas de laboratorio para lesión de órgano se definieron como creatinina sérica ≥1.0 mg/dl, AST o ALT ≥ 70U/L, recuento plaquetario <150 k/ul o LDH ≥500 U/L. Los datos se analizaron mediante Chi-cuadrado y el test exacto de Fisher.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 293 mujeres. Los niveles plasmáticos y urinarios de C5b-9 (pC5b9 y uC5b9) se estratificaron por cuartiles (Q1-4). Las tasas de PEG fueron similares en todos los cuartiles de pC5b9, pero aumentaron significativamente en el Q4 de uC5b9 (Q4 vs. Q1-Q3 (69,7% vs. 22,1%, p <0,001). Los resultados de laboratorio definidos para identificar lesión de órgano se evaluaron en cada uno de los cuartiles plasmáticos y urinarios de C5b9. En los grupos del Q1 de pC5b9 y de Q4 de uC5b9 hubo una mayor proporción de mujeres con PEG (p <0.001), creatinina ≥1.0 mg/dl (p = 0.003), LDH ≥500 U/L (p = 0.056) y recuento plaquetario <150 k/ul (p <0,001).

**CONCLUSIÓN:** Por primera vez en la literatura se describe que un perfil de activación del complemento caracterizado por aumento de C5b-9 en la orina y niveles bajos plasmáticos, identifican un subgrupo de pacientes con preeclampsia grave y lesión de órgano. Esto puede deberse al agotamiento y/o al exceso de pérdida urinaria de complemento. Nuestros hallazgos sugieren un biomarcador nuevo y más preciso para diagnosticar la preeclampsia con criterios de severidad.

**OPO-55**

# DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN LA POBLACIÓN OBSTÉTRICA DE ALTA COMPLEJIDAD CON DREPANOCITOSIS

**AUTORES:** Burgos JM, Páez DM, Ruiz I, Fernández PA, Escobar MF
**INSTITUCIÓN:** Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia

**INTRODUCCIÓN:** La Enfermedad de células falciformes (ECF) es una de las enfermedades monogénicas más comunes a nivel global y afecta aproximadamente 30 millones de personas alrededor del mundo. Se constituye como una de las hemoglobinopatías más comunes que afectan el embarazo, especialmente en pacientes de raza negra. El embarazo en mujeres con enfermedad de células falciformes, asociado a los cambios fisiológicos propios de la gestación, aumenta el riesgo de presentar complicaciones maternas y fetales severas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional-descriptivo de corte transversal, realizado de manera retrospectiva para establecer la carga de enfermedad materna y neonatal de gestantes con ECF, realizado durante el periodo de enero del 2011 hasta diciembre del 2016. Se incluyeron las pacientes embarazadas con ECF hospitalizadas que tenían diagnostico confirmado por electroforesis de hemoglobina. Se excluyeron pacientes sin pruebas confirmatorias de enfermedad.

**RESULTADOS:** Se obtuvo un total de 82 registros de pacientes con diagnóstico de drepanocitosis se excluyeron 20 los cuales no tenían confirmación por un registro de electroforesis. El 54% de las pacientes no contaban con diagnóstico previo de drepanocitosis o de presencia de rasgo drepanocitico por lo que se realizó de forma intrahospitalaria a través de electroforesis de hemoglobina en gel, el 46 % restante ya tenían el diagnóstico de la periferia. En conjunto se obtuvieron los siguientes perfiles HbAS 62 %, HbSC 17.7%, HbSS 16,2%, HbAC 3,2 %, HbCC 0%

Las crisis dolorosas vasoclusivas comprendieron la causa más común de hospitalización en el anteparto (54.8% de la población general), presentándose en el 100% de las pacientes con HbSS y HbAC, en 45% del grupo HbSC y en el 43% de las pacientes con el rasgo HbAS. La segunda causa de hospitalización fueron los procesos infecciosos los cuales afectaron a el 45% de la población general, 30 % del grupo HbAS, 60 % en el grupo HbSS, 77% en el grupo HbSC y en el 100 % del grupo HbAC.

La vía de finalización de la gestación en el 59 % de la población fue por cesárea, la complicación perinatal más frecuente fue el parto pretérmino reportándose en el 32% de la población, siendo más frecuente en el grupo HbAC. La segunda complicación más frecuente fue la restricción de crecimiento intrauterino que se presentó en un 16 % de todas las pacientes, siendo más frecuente en el grupo HbSS.

**CONCLUSIÓN:** Las mujeres embarazadas que presenten ECF deben ser valoradas y manejadas por un equipo multidisciplinario compuesto por hematología, perinatología y cuidado intensivo preferiblemente en centros de alta calidad con experiencia en el manejo de esta entidad con el fin de disminuir el gran impacto de morbimortalidad que genera la enfermedad de células falciformes en la población gestante.

**PALABRAS CLAVE:** Anemia de células falciformes; embarazo de alto riesgo; Drepanocitosis.

**OPO-56**

# INCIDENCIA DE ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO EN RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO Y FETO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL: ESTUDIO DE UNA COHORTE

**AUTORES: Rojas J, González V,** Acuña-Rubiano S, Plazas M, Acuña-Osorio E, Molina-Giraldo S. vagonzalez@fucsalud.edu.co. Teléfono: 3184003165

**INSTITUCIÓN: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS- Hospital San José- Bogotá Colombia.**

Introducción:

La restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) representa 4-15% de los embarazos, incrementando la mortalidad perinatal hasta 8 veces del riesgo basal. Se desconoce la incidencia de estado fetal no satisfactorio en fetos con esta patología. El presente estudio tiene como objetivo determinar la incidencia de estado fetal no satisfactorio (EFNS) en gestantes con diagnóstico de feto pequeño para la edad gestacional (FPEG) y RCIU llevadas a trabajo de parto, explorando las variables asociadas.

Metodología

Estudio retrospectivo de una cohorte de gestantes con diagnóstico de FPEG y RCIU, llevadas a trabajo de parto, describiendo las principales variables demográficas, clínicas y los desenlaces en relación a incidencia de EFNS, asfixia perinatal, ingreso a uci neonatal o muerte dentro de las primeras 24 horas. Las variables se analizaron en STATA 13. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional y categorizado como investigación sin riesgo según normas nacionales. Las pacientes seleccionadas cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados:

Se incluyeron 822 gestantes, 334 FPEG y 488 RCIU. La incidencia de estado fetal no satisfactorio fue de 23%; 14,3% para FPEG y 29,3% para RCIU. La vía del parto fue vaginal en 77% FPEG y 54% RCIU; del grupo RCIU con EFNS 54% tenían alteración en el Doppler. Del total de pacientes con estado fetal no satisfactorio se confirmó asfixia perinatal en 1 FPGE (2.1 %) y 1 feto RCIU (0.7 %) sin mortalidad en ambos grupos. Al explorar la asociación entre estado fetal no satisfactorio y las principales variables demográficas y clínicas encontradas, se documentó una asociación estadísticamente significativa entre cursar con preeclampsia y presentar estado fetal no satisfactorio en ambos grupos de estudio (p= 0,004) y una mayor probabilidad de este desenlace entre menor peso neonatal.

Conclusión

La incidencia de EFNS fue 23%. El parto vaginal fue la vía del parto más frecuente en la mayoría de los casos, con bajos porcentajes de asfixia, considerándose una posible intervención segura que requiere mayor vigilancia en los casos que coexistan con preeclampsia y menor peso neonatal.

Palabras clave: Fetal growth restriction, small for gestational age, non-reassuring fetal heart rate tracing, neonatal outcome, risk factors of delivery labor.

**GPO-15**

# PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A DISPAREUNIA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL O CESÁREA, EN TRES SITIOS DE ATENCIÓN DE ARMENIA, COLOMBIA, 2013 A 2017

**Espitia De La Hoz, FJ. Rodríguez Hernández LA.**
**espitiafranklin@hotmail.com**
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

**Resumen**
**Introducción**
La dispareunia, que se define como dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito. Su incidencia es variable, oscilando entre 20 y 55.3%. Es vista como un problema sexual, pero se sugiere manejarla como un problema de dolor con implicaciones en la actividad sexual. El riesgo de presentarse se incrementa, con los partos, después de cesárea, etc.

**Objetivo:**
Establecer la prevalencia y caracterizar los factores asociados a dispareunia en mujeres, en edad reproductiva, con antecedente de parto vaginal o cesárea, en tres clínicas privadas del municipio de Armenia, Quindío, Colombia.
**Material y métodos:**
estudio de corte transversal, realizado en 348 mujeres con diagnóstico de dispareunia, las que asisten a tres clínicas privadas de Armenia; entre marzo de 2013 y agosto de 2017. Se realizó el diagnóstico mediante el Índice de Función Sexual Femenino abreviado, instrumento desarrollado para identificar la presencia de disfunciones sexuales en la mujer. Las variables utilizadas fueron datos sociodemográficos y variables obstétricas relacionadas con la dispareunia. Los factores asociados fueron evaluados comparando los dos grupos por medio del Odds Ratio (OR) y el intervalo de confianza del 95%.
**Resultados:**
975 mujeres fueron incluidas, edad promedio de 25.74±4.65 años; el 72.61% eran hispánicas y el 58.87% amas de casa. Se confirmó la presencia de parto instrumentado en el 4.75% [espátulas (2.99%) o fórceps (1.76%)]; 49.11% fueron sometidas a episiotomía y 41.74% a cesárea. La prevalencia de dispareunia en esta población de mujeres fue de 35.69% (n=348/975) [OR: 25.47; IC 95% 22,54-41,73), (p=0.006)]. La etiología más frecuente de la dispareunia fue: parto instrumentado (45.45%), episiotomía (44.91%) y dos o más cesáreas (33.76%). Las multíparas tuvieron mayor riesgo de presentar dispareunia, [(OR: 2.04; IC 95% 1.32-327)]. Las mujeres con dispareunia tienen menos encuentros sexuales semanales (1.71±0.47) que las mujeres sin dispareunia (5.79±2.59) [OR: 2.62; IC 95% 1.42-4.57) (p=0.003)].
**Conclusión:**
Se hace necesario promover programas preventivos, dirigidos a médicos que asisten a la mujer durante el parto, acerca del análisis de la verdadera necesidad de la episiotomía o la cesárea.

**Palabras clave**: Dispareunia; cesárea; coito; epidemiología; postparto; mujeres.

**GPO-18**

## CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CLIMATÉRICAS AFRODESCENDIENTES CON ALTERACIONES EN LA LUBRICACIÓN GENITAL

Benavides-Nieves J, Parra-Almeida S, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La deprivación estrogénica propia de la menopausia produce cambios en el tracto urogenital en especial a nivel vaginal, entre ellos se destacan: la pérdida de los pliegues rugosos y de la elasticidad, acortamiento y estrechez. Estudios realizados en mujeres colombianas de mediana edad, han señalado menor compromiso del dominio urogenital de afrodescendientes con respecto a otras etnias, sin embargo no se ha estudiado el impacto de la alteración en la lubricación genital (ALG) en la calidad de vida (CV). El objetivo fue establecer si la ALG se comporta como factor de riesgo para deterioro de la CV en afrodescendientes.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), realizado en mujeres afrodescendientes residentes en municipios del Urabá Antioqueño (Apartadó, Turbo, Carepa y Chigorodó), con edades entre 40-59 años, que fuesen activas sexualmente, definido como haber tenido coito en las últimas cuatro semanas. Las mujeres fueron seleccionadas en sus propias comunidades, los formularios aplicados por médicos y enfermeras de forma anónima y voluntaria. Investigación aprobada por comité de ética, estudio sin riesgos y sin impacto en la integridad de las participantes. Se aplicó formulario que incluía características sociodemográficas, Escala Menopause Rating Scale (MRS) y el Índice de Función Sexual Femenina Abreviada (IFSF-6), ambas en español. A mayor puntuación de cada ítem, dominio y puntuación total de MRS, mayor severidad de síntomas, deterioro somático, psicológico, urogenital y de la CV. Una puntuación total superior a 16 define la presencia de deterioro severo de la calidad de vida. IFFS-6 se utilizó para identificar las mujeres que tenían ALG, definida como lubricación escasa o nula (puntuación <3 en ítem 3 de IFSF-6). Se realizó análisis con Epi–info 7.

**RESULTADOS:** Fueron estudiadas 369 mujeres, edad promedio 49.6±5.3, posmenopáusicas 45.5%, IMC 27.4±4.6, uso de terapia hormonal 12.2%, hipertensas 36.8%, diabéticas 23.0%. Se identificaron 33 mujeres (8.9%) con ALG y 336 (91.1%) sin alteración. No se observaron diferencia estadísticamente significativa en ninguna de las variables establecidas, excepto edad. Las mujeres con ALG fueron mayores, 53.3±5.2 frente 49.3±5.2, p<0.01. Las mujeres con ALG tuvieron significativamente peor estado de ánimo depresivo, mayor nerviosismo, mayor ansiedad, más problemas sexuales, más problemas urinarios, más resequedad vaginal, mayor deterioro psicológico, mayor deterioro urogenital y mayor deterioro severo de la CV, p<0001. La puntuación de la lubricación se correlacionó inversa y significativamente con todas las mediciones de MRS, p<0.001, ALG fue identificado como factor de riesgo para deterioro severo de la CV, OR: 2.66 [IC95%:1.22-5.82], deterioro severo psicológico OR: 2.74 [IC95%:1.10-6.85] y severo urogenital OR: 4.34 [IC95%:2.08-9.05].

**CONCLUSIONES:** La ALG se asoció a cuatro veces el riesgo de deterioro severo urogenital y dos veces el deterioro severo de la CV en mujeres afrodescendientes colombianas del Urabá Antioqueño

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Grupos étnicos; Climaterio; Calidad de vida.

**GPO-23**

# PREVALENCIA DE DISPAREUNIA EN MUJERES CON PARTO VAGINAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREVALENCIA.

**Espitia De La Hoz, FJ. Dávila Arias, Liliana**
**espitiafranklin@hotmail.com**
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

**Resumen**

**Introducción**

La dispareunia en la mujer se define como el dolor recurrente o persistente, asociado con la actividad coital, que causa una marcada angustia o un conflicto interpersonal. La prevalencia oscila entre 10 y 64%, cuyas causas varían según el grupo de edad. La dispareunia después del parto es una condición usual, la que se asocia con dificultades obstétricas y ginecológicas, afectando de forma negativa la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

**Objetivo**

Determinar la prevalencia de la dispareunia en mujeres con parto vaginal, evaluar posibles factores de riesgo y la asociación con la episiotomía.

**Material y método**

Estudio descriptivo de prevalencia, con análisis secundario en mujeres con parto vaginal, en las que se realizó el cuestionario: Índice de Función Sexual Femenina abreviado, durante un periodo de 60 meses, en dos clínicas de alta complejidad en Armenia, Colombia. Muestreo consecutivo, con tamaño muestral de 5.886 mujeres; se midieron variables socio-demográficas, clínicas, quirúrgicas, hábitos, enfermedades crónicas, fármacos, condiciones psicológicas o psiquiátricas, y resultado del cuestionario Índice de Función Sexual Femenina abreviado. En el análisis se estimó la prevalencia de la dispareunia en mujeres con parto vaginal. Se obtuvo la razón de prevalencias como medida de asociación y el OR diagnóstico (ORD) con su respectivo intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %).

**Resultados**

En un periodo de 60 meses se analizaron 5.886 mujeres con parto vaginal y el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina abreviado diligenciado, 3.495 cuestionarios fueron compatibles con dispareunia con una prevalencia de 59.37%, esta fue más prevalente (68,17%) en mujeres sometidas a episiotomía (RP = 68,17% (IC 95 %: 60,57-79,15), mientras en las mujeres cuyo parto fue atendido sin episiotomía la prevalencia fue del 15,34% (IC 95 %: 10,38-27,26).

Respecto a la asociación de la episiotomía y la dispareunia se encontró asociación significativa con la episiotomía medio-lateral (ORD = 7.41; IC 95 %: 4.23-24.87), lesión del esfínter (ORD = 7.32; IC 95 %: 4.86-12.75), dehiscencia de la sutura (ORD = 6.48; IC 95 %: 4.92-14.28), formación de granulomas (ORD = 4.89; IC 95 %: 3.54-12.42), dos o más episiotomías (ORD = 4.05; IC 95 %: 3.48-7.59), estrechamiento del introito vaginal (ORD = 4.77; IC 95 %: 3.72-6.54) e infección de la episiorrafia (ORD = 4.76; IC 95 %: 3.17-8.25).

**Conclusión:**

La prevalencia de dispareunia en mujeres con parto vaginal es del 59.37%, y varió en función de la realización de episiotomía.

**Palabras clave**: Dispareunia, Episiotomía, Parto Normal, Prevalencia, Mujeres.

**GPO-31**

## PROGRAMA DE ADOPCIÓN EMBRIONARIA IN UTERO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UNA UNIDAD DE FERTILIDAD

Díaz-Yamal I. / Pineda–Lechuga Y. / Castañeda–Castañeda J. / Gómez–Corredor F. / Sotolongo – León R. / Villamil Pérez J.
Email: idiazyamal@gmail.com.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**
La donación de embriones, es una opción en parejas con infertilidad y en mujeres solas en la que no es posible concebir con sus propios gametos. El objetivo es evaluar el resultado de la transferencia embrionaria tanto en embriones donados por parejas a quienes se les realizó tratamiento de fertilidad y tuvieron embarazo cumpliendo paridad, como aquellos que se crearon a partir de la donación de gametos y fueron llevados a (FIV/ICSI).

**MATERIALES Y MÉTODOS:**
Estudio descriptivo, serie de casos, en pacientes con transferencia de embriones donados congelados – descongelados y embriones en fresco, entre (enero 2007 – enero 2017).
Los criterios de inclusión, fueron parejas con cualquier tipo de infertilidad y pacientes solas con deseo de embarazo, en los que no fue posible lograr embarazo con sus propios gametos.
El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico Stata 10, Se analizaron los resultados teniendo en cuenta dos grupos: **Grupo A:** (Embriones donados a partir de donación de Gametos) y el **Grupo B:** (Embriones donados por parejas), teniendo en cuenta: embriones donados por parejas, embriones creados por donación de gametos, calidad embrionaria al momento de la congelación, descongelación y transferencia, número de embriones descongelados, recuperados y transferidos, tasa de implantación, tasa de embarazo clínico y complicaciones. No existe conflicto ético por el tipo de estudio.

**RESULTADOS:**
Se realizaron 117 ciclos en 91 pacientes. 105 ciclos correspondieron al grupo A, y 12 ciclos al grupo B. La edad promedio de las receptoras fue 42 años; Con una tasa de implantación en el grupo A del 21.3% y del 29.6% en el grupo B, se presentaron un total de 50 embarazos en el Grupo A para una tasa de embarazo clínico por transferencia de 47.6%, y en el Grupo B: 7 embarazos para una tasa de embarazo clínico por transferencia del 58.3%. La mayoría tuvieron parto por cesárea y las complicaciones más frecuentes fueron el parto pretérmino y la preeclampsia.

**CONCLUSIONES:**
En el estudio, se muestra unas tasas de implantación y de embarazo clínico más altas en el grupo de embriones donados por parejas (41.6%). La razón de la alta eficiencia, puede estar relacionada con que estos embriones provienen de parejas que ya han tenido ciclos exitosos, y por lo tanto un mayor potencial de implantación. Los problemas del presente trabajo, están enmarcado en el tipo de estudio descriptivo, con la suboptima recopilación de datos. Dado el interés que suscita el definir qué hacer con los embriones restantes de parejas con ciclos que tuvieron embarazo y completaron paridad. La propuesta es recolectar la información del número de embriones donados y sus resultados en todas las clínicas de infertilidad del país.

**PALABRAS CLAVE:** (Mesh): embryo disposition, embryo transfer, cryopresevation.

**GPO-32**

# UN RARO CASO DE TUMOR DE SERTOLI LEYDIG EN ESTADO AVANZADO.

**AUTORES**.
Dr. Orlando Puentes, Ginecólogo Oncólogo; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Instructor asistente.
Dr. Edmundo Mora Padilla, Ginecólogo Oncólogo, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Instructor titular.
Dr. Carlos Albeiro Ruiz Correa, Residente de segunda especialidad de Ginecología Oncológica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
**INSTITUCIÓN**.
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

**INTRODUCCIÓN**.
Los tumores de los cordones sexuales y del estroma son raros, presentándose la mayoría en la infancia donde son solo el 10 % de los tumores. Presentan estructuras testiculares que producen andrógenos, lo que hace que la mayoría de sus manifestaciones clínicas se deriven de dicha producción y se manifiesten con virilización, hirsutismo, amenorrea secundaria, menorragia, pubertad precoz, dolor y masa palpable.

**MATERIALES Y MÉTODOS.**
Presentamos un raro caso de tumor de Sertoli y Leydig en una paciente de 40 años de edad, que sale del rango de edad usual, cuyo síntoma de presentación inicial fue dolor y palpación de una masa abdominal sin síntomas de virilización y se hace una revisión de la literatura para dar luces acerca de la mejor opción de tratamiento.

**RESULTADOS**.
La mayor serie de casos de este raro tumor la hace European Cooperative Study Group on Pediatric Rare Tumours (EXPeRT), con solo 44 casos, todos ellos niños con un promedio de edad de 13.9 años, con tamaño promedio de 11 cms, siendo la mayoría unilaterales, cuyo principal síntoma de presentación es la virilización y el hirsutismo.
Se hizo un manejo inicial basado en la cirugía, con conservación de la fertilidad en la mayoría de pacientes. Solo unos pocos casos recibieron manejo con quimioterapia.
Los estudios están de acuerdo que estos tumores presentan dificultades en generar una evidencia sólida frente a estrategias para su diagnóstico y manejo. La presencia histológica de elementos heterólogos, patrón retiforme y el grado de diferenciación histológica, lo mismo que la clasificación FIGO empeoran su pronóstico, es así como los tumores de bajo grado localizados se manejan de forma expectante, mientras que los tumores pobremente diferenciados y avanzados se manejan con quimioterapia adyuvante.

**CONCLUSIÓN**.
Los tumores de Sertoli y Leydig son tumores raros que se deben sospechar principalmente en la infancia y adolescencia y cuyo principal síntoma es la virilización y el hirsutismo, siendo la cirugía la piedra angular de su manejo basados en la escasa literatura existente. Este caso es representativo por ser un caso de un tumor raro que se presenta fuera del rango de edad usual y en estado avanzado, de los cuales hay pocos casos descritos.

**PALABRAS CLAVE**
Sertoli-Leydig Cell Tumor, Ovarian Neoplasms.

**GPO-41**

## CÁNCER DE OVARIO PEDIÁTRICO. SERIE DE CASOS.

AUTOR(ES): Sánchez-Jiménez Y, López-Murillo A, Murillo-Medina J.
yesid.sanchez@yahoo.com Teléfono: 3108585056
INSTITUCIÓN: Universidad del Tolima – Semillero de Investigación en Oncología, SION. Hospital Federico Lleras Acosta. Ibagué – Tolima – Colombia

INTRODUCCIÓN:

A pesar que los principales cánceres infantiles no son los ginecológicos, se ha observado que los tumores de ovario se presentan en 2,6 por cada 100.000 niños, los tumores malignos o potencialmente malignos son casi siempre tumores de origen germinal o del estroma, al contrario que los tumores epiteliales observados en el adulto. El objetivo principal es describir y analizar la supervivencia global de las pacientes menores de 18 años diagnosticadas y tratadas con cualquier tipo de cáncer ginecológico en el Hospital Federico Lleras acosta de Ibagué – Colombia, en el periodo de 2010 a 2016, estableciendo la efectividad de los tratamientos aplicados para cada caso, evaluando los distintos factores que intervienen en la eficacia del mismo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó revisión de una serie de casos, analizando los registros clínicos de las pacientes de 15 años o menos con cáncer ginecológico, diagnosticado y tratado oncológicamente entre los años 2010 y 2016 en el hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. En una ficha predefinida se registraron datos clínicos, exámenes de laboratorio, incluyendo pruebas de marcadores tumorales, imagenología, tipo de cirugía, estudio histopatológico del tumor, tratamiento complementario, presencia de metástasis y evolución de los pacientes.

Se solicitó aprobación al Comité de Bioética, Comité de Historias Clínicas y a la Oficina de Docencia e Investigación del hospital, además del consentimiento informado a las pacientes.

RESULTADOS:

El período analizado fue de 6 años, se trataron 6 niñas, cuya edad promedio fue de 13 años al momento del diagnóstico (edades entre 10 a 15 años). Los marcadores que se elevaron inicialmente en 5 pacientes fue la deshidrogenasa láctica (LDH) y en 1 paciente Alfa feto proteína (AFP). La intervención quirúrgica fue llevada a cabo con estudio por congelación y la cito reducción se practicó según el estadio de la enfermedad. Respecto a la clasificación, 2 pacientes se encontraban en estadio III C, 2 pacientes en IC, 1 paciente en IIIB y otra en IIC, en cuanto al tipo histológico se encontró que todas las pacientes presentaban tumor germinal, la inmunohistoquímica posquirúrgica evidenció disgerminoma en los 6 casos, en 4 casos presentándose de manera mixta con marcadores inmunohistoquímicos positivos para PLAP Y CD117, un caso presento metástasis a pulmón y otro a ganglio iliaco común derecho, 2 pacientes fallecieron a los 6 y 9 meses después del diagnóstico, el tiempo de supervivencia global fue entre 6 meses y 96 meses,

CONCLUSIÓN:

El tiempo que trascurrió entre la primera consulta y el diagnóstico de cáncer de ovario de las pacientes que fallecieron fue el más largo, hasta de 3 años; las pacientes que se diagnosticaron tempranamente tuvieron una mejor respuesta al tratamiento y mayor sobrevida. El tratamiento quirúrgico permite conservar útero, vagina y ovarios funcionales en la mayoría de los casos.

PALABRAS CLAVE: cáncer pediátrico, tumor germinal, disgerminoma.

**GPO-43**

# CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN LA UNIDAD DE LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA AVANZADA Y DOLOR PÉLVICO -ALGIA- DE LA CLÍNICA COMFAMILIAR PEREIRA ENTRE LOS AÑOS 2007 Y 2014

AUTORES
1. Villegas-Echeverri, JD (Autor Corresponsal: Jdvillegase@gmail.com;
2. Herrera-Betancourt, AL
3. López-Jaramillo, JD
4. López-Isanoa, JD
5. Zuluaga, LM
6. Piedrahita, DA

INSTITUCIÓN:
Unidad de laparoscopia ginecológica avanzada y dolor pélvico -ALGIA- de la Clínica Comfamiliar Pereira.

## INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) es una condición severa e incapacitante que afecta a aproximadamente al 15-20% de las mujeres en edad reproductiva. El DPC se asocia con varios factores físicos, psicológicos y sociales y a múltiples comorbilidades, que tienen un efecto negativo muy importante en la calidad de vida de las pacientes. En la actualidad en la Clínica Comfamiliar de Pereira se cuenta con la unidad ALGIA donde se atienden constantemente pacientes con dolor pélvico crónico de diferentes etiologías pero hasta el momento no se cuenta con estadísticas claras sobre esta población (perfil epidemiológico, caracterización del DPC). Objetivo: Describir el perfil socio demográfico y la prevalencia de patologías diagnosticadas como causas de dolor pélvico crónico observadas en las pacientes con dolor pélvico crónico atendidas en la unidad de laparoscopia ginecológica avanzada y dolor pélvico -ALGIA- de la Clínica Comfamiliar Pereira entre los años 2007 y 2014.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal retrospectivo. La población a estudio fueron pacientes atendidas por dolor pélvico crónico entre 2007 y 2014 en la Unidad Algia. Criterios de inclusión: pacientes atendidas en la unidad ALGIA entre 2007 a 2014 con diagnóstico de DPC y mayores de edad. Muestra: Se revisaron la totalidad de historias clínicas con cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión que corresponden a 1654 pacientes. Se analizaron variables socio demográficas clínicas, medición frecuencias relativas y absolutas junto con medidas de tendencia central, análisis bivariado con el objetivo de explorar algunas relaciones entre variables demográficas y los diagnósticos en DPC. Se usaron test paramétricos y no paramétricos en STATA 10.0. Estudio sin riesgo, el comité de bioética de la Clínica Comfamiliar eximió de consentimiento informado a los autores.

## RESULTADOS

Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 1290 historias clínicas de pacientes para el análisis. El diagnóstico más prevalente en pacientes con DPC fue el Síndrome Vesical Doloroso (83%), seguido del Síndrome de Congestión Pélvica (54%), Mialgia por Tensión del Piso Pélvico (52%) y Vulvodinia (47%). Los diagnósticos menos prevaleces fueron: Hernia femoral (0,7%), Idiopático (0,8%), Anomalías Müllerianas (0,9%), entre otros. Las causas

ginecológicas fueron útero retroverso sintomático, endometriosis III-IV, adenomiosis y endometriosis I-II (10%, 20%, 27%, 36%, respectivamente). Con relación a la presencia de diagnósticos coexistentes causales de DPC: 1 diagnóstico y 2 diagnósticos (8%), entre 3 y 9 diagnósticos (83%) y más de 10 diagnósticos presentes (3%).

CONCLUSIONES

El DPC es multicausal y similar a estudios previos en otras poblaciones diferentes a la población latina, en este caso pacientes de la Unidad ALGIA, menos del 10% de pacientes presentan un solo diagnóstico causal de DPC; los síntomas vesicales, musculares, entre otros son más prevalentes que síntomas ginecológicos como causa de dolor pélvico. Conociendo esta prevalencia de las causas de DPC en nuestra región y las características de la población, se podrían diseñar cambios en la enseñanza sobre DPC y se podrían conseguir algunos cambios en las políticas de salud.

PALABRAS CLAVE

Dolor Pélvico Crónico, Prevalencia.

**GPO-49**

## PREVALENCIA DE SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS EN POSMENOPÁUSICAS SOBREVIVIENTES DE CÁNCER DE SENO RESIDENTES EN EL CARIBE COLOMBIANO

Mercado-Lara M, Monterrosa-Castro Á, Gil-Barrera S, Ardila-Rojas E, Bonfante-Rodríguez M.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN**: El cáncer de seno (CS) es una patología de creciente prevalencia. Las diferentes terapéuticas o sus combinaciones suelen relacionarse con incremento en la sobrevivencia y con el establecimiento de estado posmenopáusicos a edades tempranas. La reducción del estrógeno permite la presencia de diversas manifestaciones que pueden afectar la calidad de vida. No existen estudios en el medio caribeño colombiano que hayan valorado la calidad de vida en sobrevivientes del CS. El objetivo del estudio fue identificar la presencia y severidad de síntomas climatéricos en mujeres posmenopáusicas sobrevivientes a CS.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal perteneciente al proyecto CAVICSEN [Calidad de Vida en Sobrevivientes de CS], brazo derivado del estudio Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas. Se involucraron mujeres con el antecedente de CS diagnosticado uno o más años y con uno o más años de postmenopausia. Las mujeres eran asistentes a las labores educativas de la Fundación Educativa "Mujeres por tus Senos" y a centros oncológicos en Cartagena, Colombia. Se aplicó cuestionario sociodemográfico, antecedentes médicos y sociales y Menopause Rating Scale. Participación voluntaria y anónima. Previo consentimiento informado. Se excluyeron mujeres con alteración física, psicológica que les impidió participar. El tamaño de muestra fue estimado en 260 mujeres según diagnósticos realizados en Cartagena en el año 2015. Estudio sin riesgo. Avalado por comité de Ética. Análisis estadísticos EPI-INFO-7.

**RESULTADOS:** 283 mujeres posmenopáusicas fueron identificadas en CAVICSEN. Edad 58,2±9,9 años. IMC 26,8±4,3. Tiempo de sobrevida 5,6±5,2 años. Promedio de lactancia 2,1±2.1 años. Sobrepeso/obesidad 64,7%. Postmenopausia tardía: 70,6%. Sin actividad sexual 68,9%. Carcinoma ductal invasivo fue el subtipo histológico más frecuente 62,5%, receptor estrogénico (+) 60%, progesterona (+) 47% y Her2neu (+) 25%. Estadio II o mayor 91,3%, el 54% con ganglios (+). El 15,9% tuvieron metástasis y al 5,0% le identificaron nuevos focos. El 92,3% fueron intervenidas, a la mitad realizaron mastectomía modificada. El 62,9% recibieron radioterapia y 85,5% quimioterapia. El 12,7% tenían realizada cirugía reconstructiva. El 60,4% manifestó oleadas de calor (OC). La mitad tenía molestias musculares, cansancio físico/mental o trastorno del sueño. Cuatro de cada diez con sequedad vaginal o ansiedad. Irritabilidad, estado de ánimo depresivo 30% y problemas sexuales 24%. El 20% informó oleadas de calor severo o molestias musculares severas y el 10% sequedad vaginal severa o trastornos del sueño severo. Problemas de vejiga severos fue el menos presente. Ansiedad severa, irritabilidad severa y estado de ánimo depresivo severo 8,4%, 5,6%, 4,2%, respectivamente.

**CONCLUSIONES:** Las OC severas fueron informadas por dos de cada diez y más de la mitad de mujeres caribeñas colombianas sobrevivientes de CS, presentaban varias manifestaciones climatéricas.

**PALABRAS CLAVE:** Climaterio; Sofocos; Neoplasias de la mama.

**GPO-51**

## PRESENCIA DE ANSIEDAD Y CALIDAD DEL SUEÑO DE MUJERES MESTIZAS CLIMATÉRICAS DE CARTAGENA, CIUDAD DE LA COSTA CARIBE COLOMBIANA

Cancino-Borbón D, Monterrosa-Castro A.
alvaromonterrosa@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** El climaterio es una etapa de múltiples cambios biológicos, psicológicos, con condiciones que causan impacto en otras condiciones o manifestaciones. Cuadros patológicos que hacen parte de la salud mental, como la depresión y ansiedad, suelen estar asociadas a otras manifestaciones que se hacen más prevalentes en el climaterio. Se ha observado asociación entre insomnio y depresión o ansiedad. No se conoce la relación existente entre la calidad del dormir y la presencia de ansiedad en climatéricas colombianas del caribe. El objetivo fue evaluar la calidad del sueño según la presencia del estado de ansiedad en climatéricas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal que pertenece al Proyecto de Investigación [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas], realizado en mujeres mestizas entre 40-65 años residentes de la ciudad de Cartagena (Colombia). Encuestadoras profesionales aplicaron cuestionario con información sociodemográfica, Escala Menopause Rating Scale - para identificar la presencia de ansiedad -, y la Escala de Pittsburg para evaluar la calidad de sueño. Una puntuación ≥ 5 indica mala calidad del sueño y los define como malas dormidoras. La participación fue voluntaria y anónima, con consentimiento informado. Se excluyeron embarazadas, histerectomizadas y mujeres que no comprendieron el formulario. Se eliminaron los documentos incompletos. Se calculó tamaño de muestra según datos de proyección del DANE. Los datos fueron analizados con Epi-Info 7 y Stata. Valor de $p<0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Estudio con aval de ética de la Universidad de Cartagena.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 412 mujeres de las cuales 56 (13,1%) manifestaron por medio de MRS presentar ansiedad. No se observaron diferencias en cuanto a edad, IMC, estado menopáusico, nivel socioeconómico y escolaridad. Las mujeres sin ansiedad fumaban casi tres veces más (20.7%) que mujeres con ansiedad (7.4%), $p=0.02$. Siete de cada 100 mujeres con ansiedad estaba en tratamiento con terapia hormonal frente a una de cada 100 mujeres sin ansiedad, $p=0.001$). El 7% de las mujeres ansiosas tenían depresión, evento presente en el 1% de las mujeres sin ansiedad. $p<0.001$. Entre los factores que más se asociaron significativamente con ansiedad se encontraron: consumo de café, OR: 2.46 y depresión OR: 17.29. No se encontraron diferencias significativas entre el consumo de licor, bebidas energizantes y actividad física, en los dos grupos. En relación con la calidad del sueño, se encontró que 7 de cada 10 mujeres con ansiedad eran malas dormidoras [Pittsburg: 7.0±3.3], a diferencia de 3 de cada 10 que no presentan ansiedad [Pittsburg: 4.4±1.1], $p<0.001$. Igual diferencia se observó en los siete componentes de la escala.

**CONCLUSIONES:** La calidad del sueño fue peor en un grupo de mestizas caribeñas colombianas en climaterio que informaron presentar ansiedad que otras que no informaron ansiedad.

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Grupos étnicos; Climaterio; Sueño.

**GPO-54**

## ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIÓN SEXUAL Y ALTERACIONES DEL DORMIR CON CALIDAD DE VIDA EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEXUALMENTE ACTIVAS

Monterrosa-Blanco A, Monterrosa-Castro A, Beltrán-Barrios T.
AlvaroGPO-18@gmail.com 3157311275
**INSTITUCIÓN:** Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

**INTRODUCCIÓN:** La histerectomía es frecuente cirugía ginecológica realizada para retirar el útero patológico. Es una intervención operatoria de elevada prevalencia, utilizada en el manejo de patologías benignas y malignas. Son escasos los estudios en mujeres colombianas histerectomizadas. El objetivo fue establecer si componentes del dormir y de la función sexual, están asociados a deterioro de la calidad de vida en mujeres histerectomizadas y sexualmente activas.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), se realizó estudio en residentes en dos ciudades del caribe colombiano, Cartagena y Montería. Encuestadoras invitaron a mujeres con edad entre 40-59 años a participar y en sus comunidades y unidades de residencia, aplicaron un formulario de características sociodemográficas y tres escalas: Female Sexual Function Index [IFFS-6], Atenas Insomnia Scale and Menopause Rating Scale. La primera para identificar mujeres con actividad sexual y valoración de deseo, orgasmo, excitación, satisfacción, dolor, lubricación genital y disfunción sexual. La segunda para identificar alteraciones del dormir. Tercera para valorar la calidad de vida. Tamaño de muestra fue estimado según proyección 2016 del DANE. Participación voluntaria, anónima con consentimiento informado. Investigación sin riesgo. Proyecto avalado por comité de ética de la Universidad de Cartagena. Se realizó regresión logística, definiendo variable dependiente deterioro severo de la calidad de vida e independiente aspectos del dormir y la sexualidad. Análisis con EPI-INFO-7.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 522 mujeres con edad promedio 50 años, 30% ooforectomizadas, 59,8% hispánicas, 40,2% afrodescendientes y 22,2% usuarias de terapia hormonal. El 80% tuvo deterioro somato/vegetativo, psicológico o urogenital, el 29,1% deterioro severo de la calidad de vida y 47,5% insomnio. Con IFFS-6, Se seleccionaron las mujeres sexualmente activas. En 390 (74,7%) que tenían actividad sexual, el 59,7% padecían disfunción sexual. Insomnio OR:3.05 [95%CI:1.86-4,99], disfunción sexual OR:3.52 [95%CI:2.01-6.17], insatisfacción con la sexualidad OR:4,77 [95%CI:2.08-10.93], bajo/nulo deseo sexual OR:2,94 [95%CI:1,65-5,25], somnolencia diurna OR:3,15 [95%CI:1,59-6,24] y disminución del bienestar diurno OR:3,18 [95%CI:1,79-5,64] fueron factores asociados a deterioro severo de la calidad de vida, mientras que la presencia de lubricación genital fue protector, OR:0,44 [95%CI:0,21-0,93], p=0,0332.

**CONCLUSIONES:** En mujeres climatéricas del caribe colombiano, sexualmente activas y previamente histerectomizadas, se observó que insomnio y disfunción sexual se comportaron como factores asociados a tres veces más deterioro severo de la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** Menopausia; Insomnio; Climaterio; Disfunción sexual; Calidad de vida.

**GPO-58**

# AFECTACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES INTERVENIDAS POR HISTERECTOMÍA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CORTE TRANSVERSAL

**Espitia De La Hoz, FJ. Rosero Mera, F**
espitiafranklin@hotmail.com
**3127436696**
Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

**Resumen**

**Introducción**

La histerectomía es un procedimiento que le sigue, en frecuencia, a la cesárea como la segunda cirugía realizada en mujeres en edad reproductiva. Las alternativas técnicas que ofrece destacan la opción abdominal, vaginal, laparoscópica, vaginal asistida por laparoscopia y cirugía robótica, cada una con diferentes ventajas y limitaciones. Reportándose tasas de complicaciones oscilantes entre el 9 y 41%, además de tener repercusiones en la función sexual de la mujer, ya que es un procedimiento que suele provocar daño de los nervios pélvicos y de las estructuras de soporte del piso pélvico.

**Objetivo**

Evaluar la afectación de la sexualidad en las mujeres intervenidas por histerectomía.

**Material y método**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal multicéntrico, a partir de una muestra no probabilística por conveniencia en 282 mujeres, que fueron sometidas a histerectomía total (abdominal o vaginal) por patología benigna, en dos clínicas de Armenia, Colombia, entre abril de 2013 y abril de 2017. Se dividieron las mujeres en dos grupos: A (histerectomía abdominal total) y B (histerectomía vaginal total). Se desarrollaron seguimientos para la evaluación de la sexualidad, a los 6 meses, a los 12, a los 24 meses y a los 36 meses. El seguimiento de la afectación de la sexualidad se evalúo a través del cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF), validado en español.

**Resultados**

La edad media de la población general de mujeres fue de 50,47±10,86 años (rango entre 36 y 78 años). La afectación de la sexualidad en las mujeres a las que se les realizó histerectomía abdominal total fue del 41,49% (n=61/147) frente al 29,62% (n=40/135) de las que fueron sometidas a histerectomía vaginal total; el dolor coital fue la disfunción más prevalente (38,77% y 27,40%, respectivamente, p=0,024), seguida de la alteración del deseo (36,73% y 24,44%, respectivamente, p=0,015); no obstante, la insatisfacción sexual disminuyó, de forma significativa, a lo largo del tiempo. Se encontró asociación entre el bajo nivel de escolaridad, bajo nivel socioeconómico, origen rural, estar soltera, tabaquismo, ser mayor de 50 años, antecedente de disfunción sexual, antecedente de episiotomía y parto instrumentado o cesárea para la aparición de disfunciones sexuales en el postoperatorio.

**Conclusión:**

La histerectomía se asocia con afectación de la sexualidad, constituyéndose en un factor de riesgo para disfunciones sexuales.

**Palabras clave:** Histerectomía, Sexualidad, Mujeres, Dispareunia, cirugía.

**GPO-61**

## COMPROMISO GANGLIONAR PARA-AÓRTICO EN ESTADIOS TEMPRANOS DE CÁNCER DE ENDOMETRIO DE ACUERDO CON EL ALGORITMO DE KUMAR Y COL.

Luis Orlando Puentes MD*, Claudia Alexy Rojas MD**, Edmundo Mora MD***, Jairo Mendoza MD****.

Correo electrónico autor principal Dr. Luis Orlando Puentes: Orlando-puentes@hotmail.com

* Ginecólogo Oncólogo. Profesor adscrito de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.
** Fellow de Ginecología Oncológica de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.
*** Ginecólogo Oncólogo. Profesor Titular. Coordinador del Programa de Ginecología Oncológica Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.
**** Ginecólogo Oncólogo, Hospital de San José. Introducción y Objetivos. La linfadenectomía para-aórtica en pacientes con estadios tempranos de cáncer de endometrio continúa siendo controversial, debido a que algunos estudios sugieren mayor morbilidad y costo sin un claro beneficio en la sobrevida global. Objetivo: determinar el compromiso ganglionar para-aórtico en pacientes con cáncer de endometrio en estadios tempranos de acuerdo con él algoritmo de Kumar y col.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo tipo serie de casos que incluyó pacientes llevadas a cirugía clasificatoria por vía abierta o laparoscópica (histerectomía total, salpingo-oforectomía bilateral más linfadenectomía pélvica y para-aórtica) con diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio tipo endometriode, aplicación del algoritmo y evaluación de las diferencias que resultaran.

Resultados. Se incluyeron 15 pacientes, en 2 de las 9 (28.5%) hubo compromiso ganglionar para-aórtico (GPA) clasificadas por el algoritmo de Kumar y col. como de alto riesgo y en ninguna en el grupo de bajo riesgo. Cuatro (26,6%) pacientes presentaron complicaciones derivadas del procedimiento, 75% fueron tempranas, una ingresó a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) y no hubo muertes asociadas a los procedimientos quirúrgicos.

Conclusiones. Las pacientes de bajo riesgo según el algoritmo de Kumar y col. fueron negativas para compromiso GPA; sin embargo, no ocurrió lo mismo para las de alto riesgo, por lo cual no podemos recomendar el uso rutinario de la realización de la linfadenectomía para-aórtica. Tendrán que realizarse estudios prospectivos para validar este algoritmo con el número de pacientes con el que fue planteado.

**GPO-62**

# TUMOR DEL LECHO PLACENTARIO ASOCIADO A NEFROPATÍA POR IGA COMO MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Luis Orlando Puentes, Médico Gineco-oncólogo, Hospital Universitario San Ignacio.
Kateir Contreras, Médica Internista y Nefróloga, Nefróloga – Hospital Universitario San Ignacio.
Jorge Luis Rodríguez Sarmiento, Médico Patólogo, Hospital Universitario San Ignacio
Samuel Morales Naranjo, Médico Patólogo, Hospital Universitario San Ignacio
Angélica Parra, Médica Residente de Ginecoobstetricia, Pontificia Universidad Javeriana.
Juan David Botero, Médico Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Javeriana
Servicios de Ginecología y obstetricia, Medicina Interna (Unidad de Nefrología) y Patología, Hospital Universitario San Ignacio.
orlando-puentes@hotmail.com

**Resumen**

**Objetivo:** reportar un caso de tumor del lecho placentario cuya manifestación clínica fue síndrome nefrótico por nefropatía por Ig A, y hacer una revisión de la literatura.

**Materiales y métodos:** se describe el caso de una paciente que consulta a un centro de salud en zona rural por síndrome edematoso, de allí es remitida cuarto nivel, donde los estudios evidencian síndrome nefrótico-nefrítico secundario a nefropatía por IgA, asociado a un tumor del lecho placentario, tratada con histerectomía abdominal total. Se realizó una revisión de la literatura vía PubMed, con los términos “placental site trophoblastic tumour” OR “trophoblastic tumor, placental site” and “Glomerulonephritis IgA” OR “IgA nephropathy”.

**Resultados:** posterior al tratamiento quirúrgico la paciente evoluciona satisfactoriamente, con resolución de los edemas y descenso de proteinuria. Se propone manejo con metotrexate por el tumor del lecho placentario, pero no acepta, continúa estable, en seguimiento médico. La búsqueda de la literatura no encontró resultados en los que se reporte esta forma de presentación clínica, este es el primer caso informado.

**Conclusiones:** El tumor trofoblástico del lecho placentario es un tumor infrecuente, hace parte del diagnóstico diferencial de la enfermedad trofoblástica gestacional, puede manifestarse con fenómenos paraneoplásicos a nivel renal. El tratamiento del tumor conlleva a la resolución de este último. La nefropatía por Ig A puede ser secundaria a patologías inflamatorias crónicas y como en este caso, a patologías neoplásicas.

**Palabras clave:** tumor trofoblástico del lecho placentario, nefropatía Ig A, síndrome nefrótico.

**GPO-71**

# IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA VPH ANAL, EN MUJERES CON LEIAG Y CÁNCER IN SITU DE CÉRVIX EN UNA POBLACIÓN DE BOGOTÁ.

**AUTORES: Arias-Parra G**, Castillo–Zamora M, Restrepo-Castro O, Rosero- Díaz del Castillo F.
**INSTITUCIÓN:** Universidad de la Sabana Chía, Cundinamarca, Colombia.

**Introducción**: El cáncer anal es una enfermedad cuya incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años, el diagnóstico y tratamiento temprano cambia el pronóstico significativamente respecto al tardío en donde la tasa de supervivencia es menor al 50% casos y las comorbilidades por su sitio de ubicación son potencialmente fatales ; está asociado etiológicamente en un 93% a infección de VPH y uno de los factores de riesgo más importantes reportados en la literatura es la historia previa de LEIAG y CA in situ de cérvix. El objetivo de este estudio es caracterizar la posibilidad de ocurrencia y los factores de riesgo asociados a la infección por VPH anal concomitante con estas patologías de origen cervical en una población de Bogotá.

**Métodos**: Se realizó un estudio observacional de corte transversal en 119 mujeres con diagnostico histopatológico de lesión intraepitelial de alto grado y CA in situ de cérvix en dos instituciones de salud de Bogotá a las que se les tomo muestra anal para detección de VPH con genotipificación usando cobas. Todas las pacientes completaron una encuesta de historia médica y factores de riesgo asociados según revisión sistemática de literatura.

**Resultados**: Se encontró VPH anal en el 37,8% de los casos, todos para genotipos de alto riesgo: Alto riesgo AR 64,4%; tipo 16 8,8%; tipo 18 4,4%; tipo 16 y 18 y otros de AR 2,2%; tipo 16 y otro de AR 13,3 %, tipo 18 y otro de AR 6,6%. En cuanto a otros factores de riesgo se encontró respectivamente entre las pacientes con VPH anal positivo y negativo: Fumar 20%-9,4%; Tres o más compañeros sexuales el 73,3%-63,51%; Inicio de vida sexual menor a 20 años en el 33,3%-51,35%; Relaciones sexuales anales en el 55,5%-47,29% y de los pacientes dentro del estudio con algún tipo de supresión todos presentaron infección por VPH anal positiva.

**Conclusión:** La infección concomitante entre LEIAG y CA in situ de cérvix con infección por VPH anal afecto a 1 de cada tres pacientes de nuestro estudio, como principales factores de riesgo se encontró el tener algún tipo de inmunosupresión y el hallazgo de genotipos de alto riesgo de VPH .Se evidencio riesgo aumentado si fuma y tres o más compañeros sexuales aunque no tan significativo.

**Palabras clave:** Virus del papiloma humano, infección cervical, infección anal, factores de riesgo.

**GPO-78**

# EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE DOS TERAPIAS ESTROGÉNICAS LOCALES CON UN LUBRICANTE VAGINAL, PARA EL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS DE LA VULVOVAGINITIS ATRÓFICA SEVERA.

**Espitia – Dela Hoz F, Ruiz-Hoyos BM.**

**Correo:** espitiafranklin@hotmail.com
**Celular: 3127436696**

**Introducción:** Las manifestaciones de los trastornos tisulares del aparato urogenital y del piso pélvico, se hacen más evidentes después de la llegada de la menopausia, tornándose más severos con el progresivo envejecimiento. La terapia local con estrógenos promueve la revascularización y engrosamiento del epitelio vaginal y del tracto urinario inferior, resultando en una mayor lubricación, mejora de la elasticidad, disminución del pH vaginal, con efectos positivos sobre el índice de maduración vaginal. Los lubricantes a base de agua proporcionan lubricación para mejorar la sequedad vaginal, concediendo mayor comodidad durante la actividad sexual, aunque no suministran humedad a largo plazo.
**Objetivo:** Evaluar la eficacia de la combinación de dos terapias estrogénicas locales con un lubricante vaginal, para el control de los síntomas de la vulvovaginitis atrófica severa.
**Materiales y métodos**: Estudio prospectivo, controlado y aleatorizado. Se incluyeron 57 mujeres posmenopáusicas atendidas en la consulta de climaterio del autor, entre julio de 2014 y julio de 2016. Se establecieron dos grupos, 30 mujeres recibieron 0.625 mg de estrógenos equinos conjugados intravaginales dos veces a la semana (grupo A), y 27 mujeres recibieron estriol a dosis de 0,5 mg intravaginales dos veces a la semana durante seis meses (grupo B). Ambos grupos recibieron, adicional a la terapia hormonal, 5 gramos intravaginales del lubricante cada 6 horas. Para evaluar el estatus hormonal, a todas las mujeres, antes del inicio y a los seis meses, se les determinó el índice de maduración vaginal y, en simultánea, se les calculaba el índice de salud vaginal, el que se continuó realizando mensualmente en cada control, hasta el sexto mes.
**Resultados**: En ambos grupos hubo mejoría de la sequedad vaginal y la dispareunia, y la tasa de satisfacción sexual mejoró en ambos grupos con aumento de la actividad coital, no hubo diferencias en la frecuencia de infección urinaria; ninguna de las mujeres presentó complicaciones relacionadas con la terapia, sin embargo, en el grupo con estriol más lubricante (grupo B), hubo una mejoría estadísticamente significativa del índice de maduración vaginal. Al final del estudio, las mujeres del grupo A mostraron una reducción en la sintomatología del 72% frente a 87% del grupo B, diferencia más evidente en los síntomas del tracto urinario inferior.
**Conclusiones**: El uso de la terapia estrogénica local, en la vulvovaginitis atrófica severa, es una medida bien tolerada; a los seis meses de seguimiento evidencia una mejoría significativa de los síntomas y el índice de salud vaginal. El uso de estriol con lubricante, se asoció con mejores resultados y menores efectos adversos, en comparación con los estrógenos equinos conjugados y el lubricante; las tasas de satisfacción sexual fueron similares.

**Palabras clave:** Vaginitis atrófica, dispareunia, posmenopausia.

**GPO-209**

# CIRUGÍA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER VULVAR: SERIE DE CASOS EN INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, BOGOTÁ- COLOMBIA. 2007-2018

**AUTOR(ES):** Suescún-Garay O (oscarsug@gmail.com teléfono: 3153719410), Merchán-Jiménez A, Rodríguez-Castillo JL, Hernández- Sánchez DC, Grupo de Ginecología Oncológica
**INSTITUCIÓN:** Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer vulvar es infrecuente, correspondiendo al 4% de las neoplasias ginecológicas (1).El Instituto Nacional de Cancerología atiende cerca de 23 pacientes al año con este diagnóstico, siendo el 6% estadios FIGO IB (2).
El compromiso ganglionar es el factor pronóstico más importante. Su presencia se asocia con supervivencia reducida (3). La estadificación quirúrgica con mapeo ganglionar hace parte del tratamiento en estadios tempranos. El ganglio centinela (GC) tiene una sensibilidad del 91,7%, con tasa de falsos negativos 6%(4). Con su uso se elimina la necesidad de linfadenectomía inguinofemoral y así la morbilidad asociada (5)
El Instituto es un centro de referencia en el país para esta neoplasia. A la fecha en Colombia no existen estudios publicados sobre cirugía de GC en cáncer vulvar.
**MATERIALES Y MÉTODOS:** El objetivo es describir una serie de 25 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer infiltrante vulvar llevadas a biopsia de GC en la institución de enero 2007-febrero 2018. Se reportan los datos demográficos, clínicos, histopatológicos, complicaciones intra y postoperatorias y seguimiento clínico. Se realizó un análisis univariado, expresando los datos según la variable cuantitativa o cualitativa. Este estudio se considera sin riesgo.
**RESULTADOS:** La edad promedio fue 65.5 años (±12.8 años). La mediana de tamaño tumoral fue 3 cm, con ubicación medial 40%, lateral 36%, lateral ambigua 24%. El tipo histológico predominante fue escamocelular (80%) y melanoma (20%). El estadío más frecuente fue FIGO IB/T1BN0M0. Se realizó validación de la técnica de GC con linfadenectomía en 10 casos.
La detección de GC por linfogammagrafía fue unilateral en 15 casos y bilateral en 9 que se correlaciono con la detección intraoperatoria. El promedio de ganglios resecados fue 2.36.
En 3 casos el ganglio centinela fue positivo, requiriendo en un caso radioterapia adyuvante, otro caso quimioterapia+radioterapia adyuvante, y en el tercer caso linfadenectomía pélvica extraperitoneal e inguinofemoral derecha retardada. En un caso se detectó falla en la migración del radiocoloide y en otro falla en la técnica por no extracción del GC. El tiempo quirúrgico promedio fue 171.8 minutos, no hubo complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio 20% de las paciente presentaron dehiscencia de herida, 20% infección del sitio operatorio superficial, 16% linfocele, 4% linfoquiste. 12% tuvieron linfedema y 8% dolor crónico en el seguimiento. 12% presentaron recaída inguinal, todas con progresión de enfermedad. A la fecha 56% se encontraban libres de enfermedad y un 20% murieron. Hubo una perdida en el seguimiento del 24%.
**CONCLUSIÓN:** Este estudio se constituye como la primera experiencia reportada de biopsia de ganglio centinela en cáncer vulvar en Colombia. Se recomienda su realización dentro del manejo de esta neoplasia en estadios tempranos. El estudio presenta limitaciones como perdida en el seguimiento, carácter retrospectivo.

**PALABRAS CLAVE:** ganglio centinela; cáncer de vulva; linfadenectomía.

**GPV-7**

## RESECCIÓN DE MASA ANEXIAL POST HISTERECTOMÍA. RIESGO DE LESIÓN URETERAL

Juan Camilo Muñoz Escandón*, Jullieth Stephanny Moncada*, Álvaro Fajardo Enriquez**, Juan Carlos Ramírez***
*Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Rosario
** Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Bosque
*** Ginecólogo y Obstetra, Endoscopia Ginecológica, Clínica del Country / Cínica la Colina

Introducción
La lesión ureteral es una de las complicaciones más frecuentes durante la cirugía pélvica ginecológica con una incidencia global de aproximadamente del 0.08% (95% CI 0.07–0.10). La incidencia de lesión durante la resección de masa anexial es del 0.09%. Se presenta el caso clínico de la resección de una masa anexial en contacto directo con el ureter y su elevado riesgo de lesión.
Caso Clínico:
Paciente de 49 años remitida de consulta externa para control por hallazgo de masa anexial. Niega síntomas de alarma. Reporte ecográfico: hacia anexo derecho se visualiza imagen quística multilobulada de 76x56x62mm para un volumen de 142cm3 con un lóbulo dominante, con área sólida en su interior de 19x17mm. Antecedentes de importancia: histerectomía abdominal, cesárea segmentarias # 3. Paraclínicos adicionales: marcadores tumorales negativos. Se programa para resección de masa por laparoscopia.

Conclusión
La lesión inadvertida del uréter durante la resección de masas anexiales puede suceder de manera fácil por lo que el conocimiento de la anatomía y de la experiencia del cirujano va a influenciar en el resultado final de la paciente.

Palabras Clave: masa anexial, uréter, lesión ureteral.

**GPV-11**

## HEMIHISTERECTOMÍA Y SALPINGECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA

Jullieth Stephanny Moncada Juan Camilo Muñoz Escandón*, Sandy García**, Leonardo Gómez Polanía***, Jonathan Rincón ****
*Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Rosario
** Ginecóloga y Obstetra Universidad del Rosario
*** Ginecólogo y Obstetra Especialista en Ginecología Urológica Hospital Universitario Mayor – MÉDERI
****Ginecólogo y Obstetra Hospital Universitario Mayor –MÉDERI, Bogotá D.C

CASO CLÍNICO
Paciente de 26 años que consulta por dolor pélvico que se exacerba con los ciclos menstruales y es remitida a la institución para realización de histeroscopia por hallazgo de útero bicorneo y hematómetras a repetición con antecedente de 4 legrados por lo cual es llevada a Histeroscopia diagnóstica.
Hallazgos de histeroscopia
Se lleva paciente en agosto 2015 a histeroscopia – laparoscopia diagnostica con hallazgo de cuello central de aproximadamente 3 cm, cavidad uterina única lateralizada hacia la derecha con ostium derecho único permeable, adherencias en el fondo laxas. Pared uterina lateral izquierda completa.

Con dichos hallazgos se considera llevar paciente a hemihisterectomía y salpingectomía por vía laparoscópica.

Hallazgos de laparoscopia
Trompa y ovario derecho de aspecto macroscópico normal, cuerno izquierdo dependiente del fondo uterino no comunicante de aproximadamente 5 cm. Trompa uterina izquierda con adherencias laxas.

CONCLUSIONES
El útero bicorne representa el 20-40% de las malformaciones uterinas y frecuente asociación a malformaciones urinarias.
El diagnóstico de bicorne se puede sospechar por ecografía o histerosalpingografía (HSG), pero el diagnóstico diferencial es exacto con RNM, o la combinación laparoscopia e histeroscopia
El abordaje recomendado para el tratamiento de útero bicorne es la laparoscopia.

**GPV-13**

## SACROCOLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA

Álvaro Eduardo Fajardo Enríquez*, Juan Camilo Muñoz Escandón**, Jullieth Stephanny Moncada**, Juan Carlos Ramírez***
*Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Bosque
**Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Rosario
*** Ginecólogo y Obstetra, Endoscopía Ginecológica. Clínica Del Country / Clínica la Colina

INTRODUCCIÓN: El prolapso de órganos pélvicos, es una condición común que afecta a cerca de la mitad de las mujeres. Se relaciona con el incremento de la edad, así como con la histerectomía, siendo de esta, la principal complicación a largo plazo, ocurriendo aproximadamente entre el 0,2-43% de los casos.
Se estima que una de cada 9 mujeres se le realizará histerectomía en el transcurso de su vida, y en el 10% de estas mujeres, se requerirá reparación quirúrgica.
Los objetivos de cualquier manejo quirúrgico del prolapso vaginal es restaurar la anatomía vaginal, y mantener la función sexual y la durabilidad.
La colposacropexia Se considera como el estándar de oro para el manejo del prolapso vaginal apical, debido a que preserva el eje normal de la vagina, la profundidad máxima de la misma, y el uso de material sintético provee la fuerza suficiente en pacientes con tejido nativo débil, por lo que es superior a la cirugía vía vaginal. La tasa de éxito se ha reportado entre el 93-100% con este tipo de procedimiento quirúrgico, y del 74% de éxito a largo plazo.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 80 años de edad, con antecedentes de multiparidad (G8P8V8) e histerectomía hace 37 años por patología benigna, con cuadro de 8 años de evolución de sensación de masa en vagina, al realizar esfuerzos físicos, que se exacerba hace un año, con exteriorización de la misma. Al examen físico: Prolapso anterior grado II, Prolapso posterior grado II, Prolapso apical grado III-IV.

CONCLUSIÓN: La cirugía laparoscópica para realización de sacrocolpopexia, combina las ventajas del procedimiento abierto, con las ventajas propias de los procedimientos de mínima invasión, con resultados clínicos comparables entre ambos procedimientos; a la vez que permite múltiples tratamientos para la disfunción del piso pélvico, como el prolapso uterino, el prolapso vaginal, el rectocele o el enterocele.

**GPV-15**

## HEMI-HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DE MALFORMACIÓN MÜLLERIANA U4aC0V0

Zambrano-Moncayo C P, López- Isanoa J D, López-Jaramillo J D, Herrera AL, Piedrahita D L, Villegas–Echeverri J D.

El hemi-útero o útero unicorne (clase U4 ESHRE/ESGE o clase IIb ASRM) representa el 5-13% de las anomalías del conducto de Müller y se asocia con la presencia de cuerno rudimentario en el 74-90% de los casos (25% con endometrio funcional)1. El manejo quirúrgico de elección es la hemi-histerectomía laparoscópica del cuerno rudimentario, en aquellas pacientes que tienen endometrio funcional no comunicado con la cavidad contralateral2.

OBJETIVO: Presentar el caso de una paciente con malformación mülleriana U4aC0V0 tratada con hemi-histerectomía laparoscopia.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 27 años, nulípara con antecedente de Salpingo-oforectomía derecha y apendicetomía por absceso tuvoovárico. Reingresa por urgencias con abdomen agudo y TAC que evidencia un hematómetra, por lo que se realiza laparoscopia. Hallazgos: hemiútero con cuerno rudimentario no comunicante y hematómetra a tensión. Se realiza hemi-histerectomía por laparoscopia sin complicaciones. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

CONCLUSIONES:
Muchas de las pacientes con cuerno uterino no comunicante pueden permanecer asintomáticas debido a que el cuerno drena a través de la trompa. En pacientes llevadas a salpingectomía que reconsultan por dolor abdominal, con hallazgo imagenológico de masa pélvica, se debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales esta malformación mülleriana con presencia de hematómetra a tensión y, en estos casos, el manejo de elección es la hemi-histerectomía por laparoscopia.